วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 เม.ย.-มิ.ย. 2537

Journal of Health Science
Vol. 3 No. 2 Apr. - Jun. 1994

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลกระทบการเพิ่มประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุขจังหวัดต่อประสิทธิผลของการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่

Impact of Increasing Potential of Integrated Health Services on Effectiveness of Detection of New Cases of Leprosy

ศุภวาร ปุราคม วท.บ. (สุขาภิบาล)
สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 9 พิษณุโลก

Supvan Purakom B.Sc. (Sanitation)
Office of Communicable Disease Control Region 9, Pitsanuloke

บทคัดย่อ

ผู้วิจัยได้เพิ่มประสิทธิภาพของงานควบคุมโรคเรื้อนที่ผสมผสานในบริการสาธารณสุขจังหวัดใน 6 จังหวัดในเขต 9 โดยการปรับปรุงเพิ่มงานสุขศึกษา ฝึกอบรม สอนแนะผู้ป่วยเก่า ตรวจผู้สัมผัส นักเรียน และการส่งทีมเคลื่อนที่ไปสำรวจแบบเร็วร่วมกับการให้สุขศึกษา และสาธิตงานโรคเรื้อนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครและเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษาพบมีการเพิ่มประสิทธิผลเชิงคุณภาพส่วนใหญ่และเชิงปริมาณบางส่วนของการตรวจและค้นพบผู้ป่วยใหม่ตามวิธีการค้นหาต่างๆ แต่การตรวจนักเรียนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังได้ผลต่ำมาก ผู้วิจัยได้เสนอแนะให้คงเพิ่มการเร่งรัดงานสุขศึกษาและสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว และตรวจโรงเรียนซ้ำทุกปีโดยเจ้าหน้าที่โรคเรื้อน รวมทั้งใช้ประโยชน์ผู้ป่วยเก่าในพื้นที่ที่จะเร่งรัดเพื่อกำจัดโรคเรื้อนและพื้นที่ที่ยังมีโรคเรื้อนชุกชุม เพื่อเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยใหม่และเก่าที่หลงเหลือมารับการรักษาด้วยยาผสมแบบใหม่จนสามารถบรรลุความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนได้ในปี 2543 ต่อไป

ABSTRACT

Evaluating study of the impact of increasing potential of integrated leprosy control services in 6 provinces of Leprosy Center Region 9 on the detection of new cases of leprosy was conducted. Refresher training, strengthening health education through all mass media including also village broadcasting centers together with rapid village surveys and field demonstrations were undertaken. The results revealed definite increase in quality and some quantity of new leprosy case finding programme in terms of voluntary attendance, contact tracing, school children examination and rapid village survey. The author has suggested that active health education, repeated school surveys and more rapid village survey should be still conducted annually as an intensification prior to the attainment of leprosy elimination by the year 2000.

Scanned by CamScanner

บทนำ

โครงการควบคุมโรคเรื้อนในเขตรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 9 พิษณุโลกได้ผสมผสานในบริการสาธารณสุขใน 6 จังหวัด คือ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ แพร่ น่าน เพชรบูรณ์ และสุโขทัย ในปี พ.ศ.2514[1] โดยก่อนโอนมอบงานได้อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับเป็นเวลา 3 วันเพื่อดำเนินการควบคุมโรคเรื้อนตามหลักเกณฑ์ที่กองโรคเรื้อนกำหนด[2-4] และต่อมาเนื่องจากเกิดปัญหาเชื้อโรคเรื้อนปรับตัวดื้อยาแด๊ปโซนซึ่งใช้มานาน[5-6] จึงเปลี่ยนระบบยาเคมีบำบัดเป็นโครงการใช้ยาผสมแบบใหม่ (Multidrug therapy หรือ MDT)[7-9] ซึ่งก่อนเริ่มโครงการก็ได้มีการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้ง 6 จังหวัดอีกด้วย[10]

ต่อมาเมื่อการขยายโครงการใช้ยาผสมแบบใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพได้ครอบคลุมครบทั้ง 6 จังหวัดในปี พ.ศ.2532 ทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยเก่าได้มากขึ้นและส่งผลกระทบให้อัตราความชุกและการค้นพบผู้ป่วยใหม่ลดลงอย่างรวดเร็ว[11] ผู้ป่วยเกิดและพบใหม่มีน้อยและกระจัดกระจายมากยากต่อการค้นหาเพื่อให้ยาผสมเพื่อให้หายและกำจัดโรคเรื้อนได้ในที่สุดตามเป้าหมายในปี พ.ศ.2543[3,12,13] ศูนย์โรคเรื้อนเขต 9 จึงได้ดำเนินงานเร่งรัดเพิ่มประสิทธิภาพของงานควบคุมโรคเรื้อนใน 6 จังหวัดในปี พ.ศ.2535 และ 2536 ด้วยการอบรมโรคเรื้อนในสนามแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข การเพิ่มงานสุขศึกษาในทุกสื่อที่มีอยู่ รวมทั้งหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน รวมทั้งการใช้ยุทธศาสตร์เชิงรุกส่งทีมเคลื่อนที่เข้าไปสำรวจโรคเรื้อนแบบเร็ว (Rapid survey) ร่วมกับการสาธิตการปฏิบัติงานและสอนแนะในสนามแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขตลอดจนเป็นการให้สุขศึกษาตอกย้ำและเพิ่มการมีส่วนร่วมชุมชนไปด้วย[1,10]

การวิจัยเรื่องนี้จึงเป็นการวิจัยเชิงประเมินผลเพื่อประเมินว่าการเพิ่มประสิทธิภาพดังกล่าวได้เกิดประสิทธิผลต่อการค้นหาผู้ป่วยใหม่ใน 6 จังหวัดทั้งด้านคุณภาพและปริมาณหรือไม่เพียงไร เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงงานควบคุมโรคเรื้อนต่อไป

วิธีการศึกษา

1. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของวิธีการเพิ่มประสิทธิภาพโดยการฝึกอบรม การสุขศึกษา การสำรวจหมู่บ้านและโรงเรียน การสาธิตในสนามแก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข จากระเบียนและรายงานของกิจกรรมดังกล่าวในปี พ.ศ.2535 และ 2536 เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้า (Input) ของการเพิ่มประสิทธิภาพของการผสมผสานบริการควบคุมโรคเรื้อนเข้าไปในกระบวนการบริการสาธารณสุขท้องถิ่นและสาธารณสุขมูลฐาน (Process)

2. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากระเบียนและรายงานนี้ใช้ในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ทุกวิธีในปี พ.ศ.2534, 2535 และ 2536 เพื่อเปรียบเทียบผลของการเพิ่มประสิทธิภาพ (Output) ต่อไปโดยใช้ดัชนีชี้วัดต่างๆ คือ

1) อัตราการมาตรวจเองของผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ต่อประชากร 10,000 คน
2) อัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่จากผู้สัมผัส 10,000 คน
3) อัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่จากนักเรียน ป.1 ถึง ป.6 10,000 คน
4) อัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่จากการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว
5) อัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่จากการนำส่งต่อ
6) การเปลี่ยนแปลงภาวะผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่

Scanned by CamScanner

ค้นพบ

3. เปรียบเทียบประสิทธิผลตามดัชนีชี้วัด และตัวแปรที่เกี่ยวข้องก่อนเพิ่มประสิทธิภาพในปี 2534 กับในช่วงที่เพิ่มประสิทธิภาพในปี 2535 และ 2536 เพื่อวิเคราะห์และประเมินผลต่อไป

ผลการศึกษา

ได้รวบรวมและวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 1 - 4 ซึ่งสรุปผลได้ดังนี้

1. การพัฒนาประสิทธิภาพงานควบคุมโรคเรื้อน

จากตารางที่ 1 ศูนย์โรคเรื้อนเขต 9 พิษณุโลก ได้เพิ่มประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่และอาสาสมครสาธารณสุขใน 6 จังหวัดที่รับผิดชอบในปี พ.ศ.2535 และ 2536 ดังสรุปได้คือ

1) ได้ฝึกอบรมอบรมแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวม 1,626 คน อาสาสมัครและผู้นำท้องถิ่น รวม 1,920 คน

2) ได้เผยแพร่สุขศึกษาโดยการแจกเอกสารสุขศึกษา 35,369 ฉบับ ผ่านหอกระจายข่าวและวิทยุ

ตารางที่ 1 สรุปการพัฒนาประสิทธิภาพงานควบคุมโรคเรื้อนของบริการสาธารณสุขจังหวัดใน 6 จังหวัดของเขต 9, ปี พ.ศ. 2535 - 2536

การพัฒนาประสิทธิภาพ	ผลการพัฒนา ปี 2535	ปี 2536	รวม
1. การฝึกอบรม- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (คน)	1,271	355	1,626
อาสาสมัครและผู้นำท้องถิ่น (คน)	189	105	294
รวม (คน)	1,460	460	1,920
2. การเผยแพร่สุขศึกษาโรคเรื้อนโดยการแจกเอกสารสุขศึกษา (ฉบับ)	19,970	15,399	35,369
3. การเผยแพร่สุขศึกษาโรคเรื้อนทางวิทยุท้องถิ่นและหอกระจ่ายข่าว(ครั้ง)	53	22	75
4. การเผยแพร่สุขศึกษาโรคเรื้อนทางหนังสือพิมพ์และนิทรรศการในสถานบริการสาธารณสุขและคลีนิคโรคเรื้อน (ครั้ง)	2	5	7
5. การเผยแพร่สุขศึกษาโรคเรื้อนทางโทรทัศน์ (ครั้ง)	-	1	1
6. การให้สุขศึกษาและสำรวจโรคเรื้อนในหมู่บ้าน รวมทั้งการสาธิตอาสาสมัครและเพิ่มการมีส่วนร่วมประชาชน โดยทีมเคลื่อนที่ของศูนย์โรคเรื้อนเขต 9			
ก. จำนวนประชากรได้รับสุขศึกษา (คน)	3,731734	3,823828	7,555562
ข. จำนวนประชากรได้รับการตรวจและแนะนำ (คน)	43,246	21,387	64,633
7. การให้สุขศึกษาแก่ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (คน)	2,712	1,180	3,892
8. การให้คำปรึกษาและสอนแนะผู้ป่วยโดยคลีนิคดูแลตนเอง (คน)	1,913	920	2,833
9. การให้คำปรึกษาและสอนแนะผู้ป่วยที่มาตรวจระหว่างรับยาผสม(คน)	402234	636	
10. การให้คำปรึกษาและสอนแนะผู้ป่วยที่มาตรวจหลังหยุดยาผสม (คน)	343	685	1,028

Scanned by CamScanner

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลของการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่โรคเรื้อน ก่อนและระหว่างการพัฒนาประสิทธิภาพงานควบคุมโรคเรื้อนใน 6 จังหวัดในเขต 9 ระหว่างปี 2534 - 2536

วิธีการค้นหาผู้ป่วยใหม่	ประสิทธิผลก่อนการพัฒนาประสิทธิภาพปี 2534			ประสิทธิผลระหว่างการพัฒนาประสิทธิภาพ ปี 2535			ปี 2536		
	จสส	จรร	รวม	จสส	จรร	รวม	จสส	จรร	รวม
1. การค้นหาผู้ป่วยใหม่จากประชากรที่มาตรวจเอง									
- ประชากรที่มาตรวจเอง	165,102	3,660	168,672	300,277	5,305	305,582	137,615	4,772	142,387
- พบเป็นโรคเรื้อน	40	22	62	26	17	43	23	19	42
- อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ต่อ 10,000 ประชากร	0.24	60.10	3.67	0.86	32.04	1.41	1.67	39.81	2.95
2. การค้นหาผู้ป่วยใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสร่วมบ้าน									
- ผู้สัมผัสที่มีทั้งหมด	4,662	4,662	4,662	3,801	3,801	3,801	2,707	2,707	2,707
- ได้รับการตรวจ	2,164	448	2,957	2,199	513	2,712	914	266	1,180
- พบเป็นโรคเรื้อน	2	4	6	0	9	9	0	9	9
- อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ต่อผู้สัมผัส 10,000 คน	4.29	8.58	12.87	0	23.98	23.67	0	33.25	33.25
3. การค้นพบผู้ป่วยใหม่จากการตรวจนักเรียน ป.1-6									
- จำนวนนักเรียนทั้งหมด	484,937	484,937	484,937	364,449	364,449	364,449	314,953	314,953	314,953
- ได้รับการตรวจ	219,855	14,301	234,156	262,285	14,298	276,583	191,304	8,698	200,002
- พบเป็นโรคเรื้อน	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- อัตราการค้นพบต่อนักเรียน 10,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. ผู้ป่วยที่ค้นพบจากการส่งต่อ	0	3	3	0	0	0	1	0	1
รวมผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบทั้งหมด	42	29	71	26	26	52	24	28	52

จสส = เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จรร = เจ้าหน้าที่โรคเรื้อน

Scanned by CamScanner

4. การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสภาวะผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่ค้นพบก่อนและหลังการเพิ่มประสิทธิภาพได้สรุปไว้ในตารางที่ 4 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 สภาวะของผู้ป่วยใหม่ที่ตรวจพบในปี 2534, 2535 และ 2536 ใน 6 จังหวัดในเขต 9

สภาวะผู้ป่วยค้นพบ	ก่อนเพิ่มประสิทธิภาพ ปี 2535		ระหว่างเพิ่มประสิทธิภาพ ปี 2535		ปี 2536	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1. ผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก (0-14 ปี)	7	7.77	5	7.24	3	5.00
2. ผู้ป่วยใหม่ชนิดพบเชื้อมาก	45	50.00	34	49.27	33	55.00
3. ผู้ป่วยใหม่ชนิดพบเชื้อน้อย	45	50.00	35	50.72	27	45.00
4. ผู้ป่วยใหม่ที่ตรวจพบเชื้อโรคเรื้อน	14	15.55	19	27.54	9	15.00
5. ผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2	8	8.89	11	15.94	8	13.33
6. ผู้ป่วยเพศชาย	61	67.77	45	65.21	39	65.00
7. ผู้ป่วยเพศหญิง	29	32.22	24	34.78	21	35.00
รวม	90	100	69	100	60	100

วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

1. ประสิทธิผลของการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ในภาพรวมในปี พ.ศ.2535 (69 คน) และ 2536 (60 คน) รวม 129 คน จากปี 2534 ซึ่งพบ 90 คน สะท้อนให้เห็นว่าการเพิ่มประสิทธิภาพจากการอบรมและสุขศึกษาในพื้นที่ที่โรคเรื้อนได้ลดต่ำลงมากแล้ว อันเป็นผลกระทบจากการใช้ยาเคมีบำบัดผสม ทำให้อัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ลดลงปีละ 8.12%[11] จึงไม่มีผลต่อการค้นพบผู้ป่วยใหม่ในเชิงปริมาณในภาพรวม เพราะการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนในท้องถิ่นได้ลดลงไปแล้ว[14-15] แต่ก็มีผลกระตุ้นให้ประชาชนสนใจมาตรวจเองมากขึ้นชัดเจน โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 281.72 จาก 168,162 คนในปี 2534 เป็น 305,582 คนในปี 2535 และกลับลดลงเป็น 145,057 คนในปี 2536 อันอาจจากความชินชา (complacency) ของประชาชน ดังนั้นการให้สุขศึกษาจึงควรตอกย้ำเฉพาะโอกาสและวันสำคัญเป็นระยะ ไม่ควรให้ซ้ำซากติดต่อ

Scanned by CamScanner

กันนานเกินไปจนประชาชนเกิดความชินชาและเบื่อหน่ายไม่สนใจ[4,16-17] เช่นให้ในสัปดาห์ราชประชาสมาสัย (16 มกราคม) ของทุกปี และวันสำคัญอื่นๆ เช่นวันสาธารณสุขแห่งชาติ วันเฉลิม พระชนม์พรรษา เป็นต้น

2. การเพิ่มประสิทธิภาพในการอบรมเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ส่งผลในเชิงปริมาณได้ดังจะเห็นจากอัตราการตรวจผู้สัมผัสมาตรวจเพิ่มขึ้นในปี 2535 เป็น 71.35% จาก 63.42% ในปี 2534 แต่ก็กลับลดลงเป็น 43.59% ในปี 2536 ขณะที่อัตราการตรวจนักเรียนก็เพิ่มเป็น 75.89% และ 63.50% ในปี 2535 ในขณะที่พบเพียง 48.28% ในปี 2534 สะท้อนถึงความจำเป็นต้องกระตุ้นและฟื้นฟูความรู้โรคเรื้อนแก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่เสมอในพื้นที่ที่โรคเรื้อนได้ลดต่ำลงมากอันเป็นผลกระทบจากการใช้ยาผสม[11,14] ดังกล่าวแล้ว โดยการฝึกอบรมสาธิตและสอนแนะในสนาม (On the spot training) ระหว่างที่ทีมเคลื่อนที่ของศูนย์โรคเรื้อนเขต 9 ออกไปสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว และระหว่างการออกไปติดตามตรวจร่างกายผู้ป่วยระหว่างให้ยาผสมและเฝ้าระวังหลังหยุดยาผสมแล้ว เป็นต้น เพราะจำนวนผู้ป่วยเก่าและใหม่ที่เหลือน้อยลงมาก ย่อมยากที่จะทำให้มีตัวอย่างผู้ป่วยสำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขได้คุ้นเคย และสร้างประสบการณ์การเรียนรู้และพัฒนาให้คงทักษะทางคลินิคให้คงอยู่ในระดับเดิมต่อไปได้ การฝึกอบรมในสนามเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อรักษาคุณภาพและมาตรฐานของงานควบคุมโรคเรื้อนให้คงไว้ในระยะของการกำจัดโรคเรื้อน จนกว่าจะประสบความสำเร็จ ในปี 2543 ตามเป้าหมายต่อไป[3,10,12-13,18]

3. การเพิ่มประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการฝึกอบรม แม้ไม่ส่งผลกระทบต่อการเพิ่มประสิทธิผลในเชิงปริมาณของการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่มากขึ้น เพราะภาวะการระบาดและแพร่ติดต่อของโรคตามธรรมชาติได้ลดลงมากแล้วจากผลกระทบของการใช้ยาเคมีบำบัดผสมดังกล่าวแล้ว แต่ก็มีผลต่อการเพิ่มประสิทธิผลเชิงคุณภาพพอสมควร โดยคุณภาพหรือประสิทธิภาพของการตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยโรคเรื้อนย่อมมีความแม่นยำและถูกต้องสูงขึ้น ดังจะเห็นจากผลการศึกษาที่พบว่าอัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่จากผู้สัมผัสเพิ่มขึ้นร้อยละ 83.99 และ 158.35 ตามลำดับ เป็น 23.68 และ 33.25 ในปี 2535 และ 2536 จากอัตรา 12.87 ต่อผู้สัมผัส 1 หมื่นคนในปี 2534 และการส่งต่อผู้ป่วยลดลงจาก 3 คนในปี 2534 เป็น 0 และ 1 คนในปี 2535 และ 2536 สะท้อนให้เห็นความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อนได้เอง จึงไม่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจ

4. การสำรวจหมู่บ้านแบบเร็วแม้อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ในปี 2535 และ 2536 จะไม่เพิ่มขึ้นจากที่พบในปี 2534 เนื่องจากการแพร่ติดต่อและเกิดผู้ป่วยใหม่ได้ลดลง แต่ก็มีความจำเป็นต้องดำเนินการต่อไปทุกปี เพื่อใช้เป็นการอบรมสาธิตเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขในสนาม และเพื่อเป็นการให้สุขศึกษาย้ำแก่ประชาชนเพื่อรักษาความรู้และสนใจมีส่วนร่วมในงานโรคเรื้อน รวมทั้งเพื่อพิสูจน์ว่าในหมู่บ้านนั้นๆ ไม่พบมีผู้ป่วยโรคเรื้อนจริงเพื่อประกาศเป็นเขตปลอดโรคเรื้อนต่อไป[12,18]

5. ประสิทธิผลเชิงคุณภาพที่พบในการค้นหาผู้ป่วยใหม่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างประสิทธิผลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่โรคเรื้อนในตารางที่ 3 โดยการใช้มาตรฐานคุณภาพของเจ้าหน้าที่โรคเรื้อนเป็นหลักในการเปรียบเทียบการตรวจวินิจฉัยเพื่อค้นหาโรคเรื้อนใหม่ในประชากรที่มาตรวจเองที่สถานบริการสาธารณสุข จากการตรวจผู้สัมผัสและตรวจ

Scanned by CamScanner

นักเรียนในภาวะที่โรคเรื้อนแพร่ติดต่อและเกิดใหม่ลดลงมากจากผลกระทบของยาผสมดังกล่าว ก็สะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพและคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นดังจะเห็นจาก

ก. อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่จากประชากรที่มาตรวจเองได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 258 และ 596 ตามลำดับ เป็น 0.86 ในปี พ.ศ.2535 และ 1.67 ในปี 2536 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตรา 0.24 ต่อประชากร 1 หมื่นคนในปี 2534 ก่อนเพิ่มประสิทธิภาพ

ข. อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านยังไม่ดีขึ้น โดยไม่อาจพบเลยในปี พ.ศ.2535 และ 2536 ในขณะที่เจ้าหน้าที่โรคเรื้อนไปตรวจซ้ำยังพบสูงขึ้นจาก 8.58 เป็น 23.98 และ 33.25 ต่อผู้สัมผัส 1 หมื่นคน จึงสะท้อนให้เห็นความจำเป็นต้องติดตามการนิเทศและฝึกอบรมในสนามอย่างสม่ำเสมอต่อไปทุกปี โดยเฉพาะระหว่างมีการติดตามตรวจร่างกายผู้ป่วยซ้ำ

ค. อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ในเด็กนักเรียนพบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างการตรวจโดยเจ้าหน้าที่โรคเรื้อนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจแสดงถึงประสิทธิภาพและคุณภาพใกล้เคียงกัน และอัตราการติดต่อและเกิดโรคในเด็กลดลงตามธรรมชาติอันเป็นผลกระทบจากการใช้ยาผสมแบบใหม่ดังที่มีการศึกษาวิจัยต่าง ๆมาแล้ว[11,19-22] แต่ก็ยังจำเป็นต้องติดตามตรวจต่อไปให้แน่ใจว่ากำจัดโรคเรื้อนได้แน่นอน

ง. สภาวะผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบในปี 2535 และ 2536 เทียบกับปี 2534 ดังตารางที่ 4 พิสูจน์ยืนยันถึงผลกระทบของการใช้ยาผสมแบบใหม่ที่ทำให้ภาวะระบาดและการติดต่อของโรคเรื้อนในท้องที่ 6 จังหวัดในเขต 9 ลดลงตามธรรมชาติดังกล่าวอ้างมาข้างบนจริง เช่น สัดส่วนผู้ป่วยใหม่วัยเด็กลดลง และสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ชนิดพบเชื้อมากสูงขึ้นเป็นต้น ซึ่งสอดคล้องการวิจัยที่ผ่านมา[11,19-22]

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์นิรัช หุ่นดี ผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 9 ผู้บังคับบัญชา ที่ได้กรุณาส่งเสริมและสนับสนุนในทุก ๆ ด้านอย่างดียิ่ง จนเป็นผลให้การศึกษาในครั้งนี้เป็นผลสำเร็จด้วยดีและขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน 6 จังหวัดที่ทำการศึกษาที่ให้ความร่วมมือด้วยดีตลอดมา.

เอกสารอ้างอิง

1. Teera Ramasoota. Development of leprosy control in Thailand: the integrative and primary health care approach. Paper presented at the International Federation of Anti-Leprosy Association Meeting, Bangkok, 14 December 1990, 1-14. เอกสารอัดสำเนา.
2. ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์, 2535:453-8.
3. คณะผู้เชี่ยวชาญด้านพื้นที่ปลอดโรคเรื้อน กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะเพื่อการขยายพื้นที่ปลอดปัญหาโรคเรื้อนในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์หิรัญพัฒน์ จำกัด, 2535:12-15.
4. กองโรคเรื้อน. คู่มือโรคเรื้อน, พิมพ์ครั้งที่ 2. ประจวบคีรีขันธ์: โรงพิมพ์ศูนย์การทหารราบ, 2519.

Scanned by CamScanner

5.Jacobson RR, Hasting RC. 1978. Primary sulfone – resistant leprosy. International Journal of Leprosy 1978;46:116.

6.Teera Ramasoota, Rungruang S, Sampatavanich S, Rasamipraba K, Kongsoebchat K and Sampoonachot P. Preliminary study on dapsone resistant leprosy in Thailand. Journal of Public Health 1983;2:115-27.

7.ธีระ รามสูต. แนวคิดการเกิดเชื้อดื้อยาแด็ปโซนของเชื้อโรคเรื้อนและวิธีป้องกันแก้ไข. วารสารโรคติดต่อ 2532;6:256-71.

8.World Health Organization. WHO Technical Report Series, No. 675, 1982: Chemotherapy of leprosy for control programmes: report of WHO study group. Geneva: World Health Organization, 1984:30-45.

9.ธีระ รามสูต. ความก้าวหน้าและข้อควรปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาเคมีบำบัดโรคเรื้อนผสมแบบใหม่ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก. แพทยสภาสาร 2530;10:5-13.

10.กองโรคเรื้อน, กรมควบคุมโรคติดต่อ. งานโรคเรื้อนในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7. กรุงเทพ: กองโรคเรื้อน, 2535:66-9. เอกสารอัดสำเนา.

11.ศุภวาร ปุราคม, กิตติ พุฒิกานนท์, พรสุรางค์ ราชภักดี. การศึกษาผลกระทบของการใช้ยาผสมแบบใหม่ต่อการลดอัตราความชุกและการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนในศูนย์โรคเรื้อนเขต 9. เอกสารวิจัย, 2537:1-10.

12.กองโรคเรื้อน. แผนดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อน พ.ศ.2537-2543. กองโรคเรื้อน, 2537:1-13. เอกสารอัดสำเนา.

13.กรมควบคุมโรคติดต่อ. งานโรคเรื้อนในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - 2539). กรุงเทพ: กองโรคเรื้อน, 2535:9-22.

14.Noordeen SK. Multidrug therapy (MDT) and leprosy control. Indian Journal of Leprosy 1990;62:4540.

15.Feenstra P. Needs and propects for epidemiological tools in leprosy control. Lepr Rev 1992;63(Supplement 1):3s-4s.

16.World Health Organization. A guide to leprosy control, Second edition. Geneva: World Health Organization, 1988:74-90.

17.ธีระ รามสูต. แนวคิดและประสบการณ์การดำเนินงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ในงานควบคุมโรคติดต่อเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า. เอกสารประกอบการบรรยายในการสัมมนาเรื่อง "การพัฒนางานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ ในงานโรคติดต่อ ณ รุ่งอรุณรีสอร์ต อำเภอสันกำแพง เชียงใหม่ วันที่ 25 พฤษภาคม 2536. (22 หน้า)

18.Noordeen SK. Elimination of leprosy as a public health problem. Leprosy Review 1992;63:1-4.

19.Pirayavaraporn C, Peerapakorn S. The measurement of the epidemiological impact of multidrug therapy. Leprosy Review, 1992;63:84-92.

Scanned by CamScanner

20.Chum, HJ. The impact of multidrug therapy implementation in the Tanzanian national TB-Leprosy programme. Leprosy Review 1986;57:63-6.

21.ศรีบุษย์ เทพสี. การศึกษาผลกระทบทางระบาดวิทยาของการใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ในโครงการควบคุมโรคเรื้อนจังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2536;2:49-61.

22.วิไล คำนวณทิพย์. การศึกษาผลกระทบของการใช้ระบบยาแด๊ปโซนอย่างเดียวและยาผสมแบบใหม่ต่ออัตราการเกิดและตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ใน 7 จังหวัดในศูนย์โรคเรื้อนเขต 4 ราชบุรี. วารสารวิชาการ 2537;3:26-39.

Scanned by CamScanner