

รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ภายใต้สภาวะความชุกต่ำในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

Leprosy Case Finding Model by Household Contact Survey in Low Prevalence Area; Nadun district, Mahasarakham province

สุพัตรา สิมมาตัน ส.ม.(บริหารสาธารณสุข)*

Supattra Simmatan M.P.H.(Public Health Administration)

นิชนันท์ โยธา ส.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)*

Nitchanan Yotha M.P.H.(Public Health)

นิภาพร ฮามพิทักษ์ พย.บ.*

Nipaporn Hampituk B.N.S.

สมัย ทองพูล ส.ม.**

Smai Thongpool M.P.H.

อิทธิเดช ไชยชนะ วท.ม.(โรคติดเชื้อและวิทยาการระบาดสาธารณสุข)*

Attidej Chaichana M.Sc.(Public Health Infectious Disease and Epidemiology)

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

The Office of Disease Prevention and Control 7th Khon Kaen

**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาดูน

Nadun District Public Health Office

Received: June 7, 2021

Revised: September 23, 2021

Accepted: October 8, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน พัฒนาแผนการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน เพื่อหารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ภายใต้สภาวะความชุกต่ำ โดยนำแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) โดยใช้วิธีการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถาม โดยเก็บข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคเรื้อนระดับอำเภอ และระดับตำบล อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคเรื้อนระดับอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 คน ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม โดยการอภิปรายและสนทนากลุ่ม กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลนาดูนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 10 คน ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุที่ไม่ได้มีกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ ได้แก่ ด้านนโยบาย ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน ด้านระบบบริการสาธารณสุข ขาดระบบการคัดกรองและการส่งต่อข้อมูล ด้านบุคลากรสาธารณสุข ขาดความรู้ และด้านประชาชน ขาดความตระหนัก ไม่สนใจ เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้เกิดแผนในการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่ จำนวน 5 แผน ได้แก่ 1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการควบคุมโรคเรื้อน 2. การค้นหาเชิงรุก (กลุ่มเสี่ยง) 3. พัฒนาศักยภาพให้ความรู้ด้านโรคเรื้อนกับแกนนำ อาสาสมัครชุมชน 4. พัฒนาศักยภาพ ให้ความรู้ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ด้านการจัดทำแผน ระบบการส่งต่อข้อมูล 5. กิจกรรมการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ผลการศึกษา ควรมีการพัฒนากระบวนการคัดกรองผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน จัดทำฐานข้อมูลผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ผู้สัมผัสโรคในชุมชน การส่งต่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสานให้เกิดความเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้ถูกกำหนดเป็นนโยบายในระดับพื้นที่ และองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นได้รับทราบถึงข้อมูลสถานการณ์ของโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของคนในชุมชน กำหนดให้เป็นโรคที่ยังเป็นปัญหาในพื้นที่ เพื่อให้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลในการจัดการปัญหาโรคเรื้อนมุ่งสู่การลดโรคอย่างเป็นรูปธรรม เกิดรูปแบบที่เหมาะสมของการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในสถานการณ์ความชุกต่ำ

คำสำคัญ: การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน สภาวะความชุกต่ำ

Abstract

This action research aimed; 1) To study problems of new case findings in leprosy patients' household contacts. 2) To develop working processes and evaluate results of the processes, according to the plan of new case findings in leprosy patients' household contacts to develop a model of the leprosy case finding in low prevalence area under PDCA (Plan-Do-Check-Act) process. The quantitative and qualitative study was conducted at Nadun District, Mahasarakham Province, using two researched tools. The first tool was a questionnaire, in which the samples were 20 health personals who responsible for the leprosy program in the district and subdistrict levels. The second tool was the focus group discussion. The discussion in groups was performed, including district hospital nurses and technical officers from health-promoting hospitals were 10 health personals. The results revealed that leprosy new case finding policy was not the key performance indicator in the service plan since there was no activity and monitoring. Moreover, the health care system lacked screening and data referral systems, health care personal lacked knowledge, and local residences lacked health care perception. There were five planning projects to solve the problems, which consisted of 1) potential improvement for health care personnel in the leprosy control program. 2) Active case finding in risk groups. 3) Leprosy knowledge training for community leaders and volunteers. 4) Strengthening potentials in health care personnel about leprosy health care planning and referral system. 5) Risk communication for public awareness to prevent and control the disease.

The results had shown that 1) Screening in suspected cases should be initiated. 2) Data management of community contacts should be developed. 3) Effectiveness of the referral system should be enhanced, leading to collaboration between each local health care system and a settlement of policy advocacy. Furthermore, the local government organization could become aware of the leprosy situation and its effects in the area so that allocating health funding to support leprosy case finding models in low prevalence areas would be initiated.

Keywords: Leprosy case finding, Household contact screening, Low prevalence area

บทนำ

โรคเรื้อน (Leprosy) เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ *Mycobacterium leprae* ทำให้เกิดอาการในผู้ป่วยโรคเรื้อน อาการทางคลินิกที่พบมีความแตกต่างกัน ทั้งอาการทางผิวหนัง และอาการจากเส้นประสาทที่ถูกทำลาย ซึ่งอวัยวะหลักที่เกิดความพิการที่พบ คือ ใบหน้า ตา มือและเท้า ประเทศไทยได้ปรับแผนการรักษาตามมาตรฐานการรักษาขององค์การอนามัยโลกโดยการ

เปลี่ยนมาใช้ยาสูตรผสมระยะสั้น (MDT: Multidrug Therapy)⁽¹⁾ โรคเรื้อนในอดีตจัดเป็นปัญหาทั้งทางสาธารณสุขและสังคมอย่างมากและเป็นโรคที่สังคมมีความรังเกียจตียดฉันท์ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องทนทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิทยา สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการยอมรับในสิทธิและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์⁽²⁾ องค์การอนามัยโลก กำหนดเป้า

หมยตามยุทธศาสตร์โรคเรื้อน (2016-2020) ภายในปี 2020 ต้อง 1) ไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนเด็กที่มีความพิการ 2) ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการ ไม่เกิน 1 ราย ต่อ 1 ล้านประชากร (เท่ากับ 0.01 ต่อหมื่นประชากร) ซึ่งประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายลดความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ไว้ไม่เกิน 0.3 ต่อประชากร 1 ล้านคน (ประมาณ 20 ราย) และลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ไม่เกิน 100 ราย ภายในปี 2563⁽³⁾ การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนที่ผ่านมาสามารถกำจัดโรคเรื้อนให้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (อัตราความชุกโรคในระดับประเทศต่ำกว่า 1 รายต่อประชากร 10,000 คน) ตั้งแต่ปี 2537 จนถึงปัจจุบัน เข้าสู่ระยะหลังการกำจัดโรคเรื้อน (Post-elimination phase) สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องโดยในปี 2562 อัตราความชุกของโรค (Prevalence rate) เหลือเพียง 0.04 ต่อประชากร 10,000 คน (ความชุกโรคเรื้อน คือ 269 ราย) และอัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (Detection rate) 0.02 ต่อประชากร 10,000 คน จากผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ในปี 2553-2562 ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จำนวน 405, 280, 220, 188, 208, 187, 163, 164, 125 และ 119 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปีมีแนวโน้มค่อย ๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2562 กำหนดค่าเป้าหมายจำนวนการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ คือ ≥ 120 ราย ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จะมีแนวโน้มลดลงในแต่ละปี แต่ยังคงพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 โดยในปี 2553-2562 พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 จำนวน 60, 29, 38, 18, 31, 27, 24, 26, 25 และ 18 ราย ตามลำดับ เมื่อคำนวณเป็นค่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ในปี 2553-2562 คือ ร้อยละ 14.8, 10.4, 17.3, 9.6, 14.9, 14.4, 14.7, 15.9, 20.0 และ 15.1 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 14.7) แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของค่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ยังไม่ลดลง เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความล่าช้าในการ

ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ซึ่งก็สอดคล้องกับข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการของโรคเรื้อนจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐานมาตรฐาน (Since of onset: SOS) ≤ 12 เดือน ซึ่งกำหนดค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ 50.0 ในปี 2562 ค่า SOS ≤ 12 เดือน ร้อยละ 44.5 (จำนวน 53 ราย พบความพิการระดับ 2 จำนวน 2 ราย) ไม่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด และยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีค่า SOS มากกว่า 12 เดือน มีจำนวนผู้พิการระดับ 2 มากกว่า 8 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีค่า SOS ≤ 12 เดือน⁽⁴⁾ จากผลการประเมินงานควบคุมโรคเรื้อน (Leprosy Elimination Monitoring: LEM) พ.ศ.2558 พบว่า ความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยเฉลี่ย 3.3 ปี โดยสาเหตุความล่าช้ามี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความล่าช้าที่เกิดจากตัวผู้ป่วย (Patient delay) นาน 2.1 ปี ส่วนที่ 2 ความล่าช้าของระบบบริการสาธารณสุข (Health service delay) นาน 1.3 ปี อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อน ร้อยละ 100.0 ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 10 ปี แต่จากข้อมูลการสำรวจพบว่าในปีแรกผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อนครอบคลุมเพียงร้อยละ 53.3 และในปีที่ 2-5 ลดลงเหลือร้อยละ 37.1, 24.1, 14.3 และ 9.6 ตามลำดับ⁽⁵⁾

สถานการณ์โรคเรื้อนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกับสถานการณ์ของประเทศ โดยมีผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2553-2562 จำนวน 70, 43, 27, 22, 22, 18, 18, 10, 19 และ 7 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยเด็ก ในปี พ.ศ. 2553 พ.ศ. 2554 ปีละ 3 ราย และพ.ศ. 2555 พ.ศ. 2558 พ.ศ. 2560 ปี พ.ศ. 2561 ปีละ 1 ราย ซึ่งจังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทุกปี และมีจำนวนมากที่สุดคือ จังหวัดขอนแก่น รองลงมา คือ จังหวัดมหาสารคาม โดยทั้ง 2 พื้นที่เป็นแหล่งรังโรคเดิม และยังคงพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 จำนวน 14, 4, 2, 3, 1, 1, 2, 1, และ 2 ราย ตามลำดับ

เมื่อคำนวณเป็นค่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีความพิการระดับ 2 ในปี 2553-2562 คือ ร้อยละ 20.0, 9.3, 7.4, 13.6, 4.5, 5.5, 11.1, 10.0, 15.7 และ 28.5 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 16.6) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ แสดงให้เห็นว่ายังมีความล่าช้าในการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (สคร.) สาเหตุของการค้นหาผู้ป่วยที่ยังพบความล่าช้าในการเข้าสู่ระบบการรักษา เกิดจาก 2 ส่วน ส่วนแรก จากตัวผู้ป่วยเอง (Patient Delay) เนื่องจากไม่มีความรู้ เรื่อง โรคเรื้อน ไม่ตระหนัก ไม่สนใจ เพราะอาการของโรคไม่รุนแรง ไม่กระทบกับการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนที่ 2 เกิดจากระบบสาธารณสุข (Health Service Delay) บุคลากรสาธารณสุขไม่ทราบอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อน ขาดทักษะในการดูแลและรักษาผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ลดน้อยลง ดังนั้น จึงส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อนในพื้นที่ไม่ต่อเนื่อง บางจังหวัดไม่มีกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน ในขณะเดียวกันการดำเนินการควบคุมโรคเรื้อนยังคงต้องดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย ลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ไม่เกิน 11 รายในปี 2563 โดยมีเกณฑ์ข้อบังคับสำหรับการดำเนินงานในอำเภอเป้าหมายที่มีข้อบังคับทางระบาดวิทยา ได้แก่ 1) พบผู้ป่วยรายใหม่ทุกปีติดต่อกันในรอบ 10 ปี 2) พบผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ในรอบ 10 ปี และ 3) พบผู้ป่วยรายใหม่ที่มียอดรวมตั้งแต่ 7 รายขึ้นไปในรอบ 10 ปี ถึงแม้จะมีเกณฑ์ในการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่การดำเนินกิจกรรมการคัดกรองในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ยังคงต้องดำเนินกิจกรรมทั้งในอำเภอที่มีข้อบังคับทางระบาดวิทยา และอำเภอที่ไม่มีข้อบังคับทางระบาดวิทยา โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact) ของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง มีผลการดำเนินงานเพียงร้อยละ 38.0 (ปี 2561) เมื่อเทียบกับเป้าหมายร้อยละ 100.0 และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีเชื้อมากยังคงสูง และสะท้อนกับตัวชี้วัดอื่นๆ ที่สะท้อนให้เห็นความล่าช้าในการค้นพบผู้ป่วยราย

ใหม่ เช่น สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ที่สูงเกินเกณฑ์ และสัดส่วนผู้ป่วยซึ่งรับการรักษาในระยะเวลาสั้นกว่า 12 เดือนเริ่มตั้งแต่มีอาการที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ร้อยละ 50.0 ซึ่งผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยเชื่อมากนี้จัดเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อนสูงกว่าผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยเชื่อน้อยและบุคคลทั่วไป ดังนั้น การมีผู้ป่วยเชื่อมากอยู่ในชุมชนเป็นสัดส่วนที่สูงย่อมมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคเรื้อนรายใหม่ในผู้สัมผัสโรค และสอดคล้องกับรายงานผลการนิเทศงานที่พบว่า กิจกรรมการตรวจผู้สัมผัสโรคยังไม่ได้ดำเนินการในหลายพื้นที่ จึงเป็นสิ่งที่น่ากังวล⁽⁶⁾ ซึ่งจากการสืบค้นงานวิจัยพบว่าการศึกษาที่เกี่ยวกับการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีการศึกษาน้อยมาก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านภายใต้สภาวะความชุกต่ำในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อหารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน ให้ได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันความพิการลดการแพร่เชื้อในชุมชน สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้เพิ่มขึ้น ตลอดจนปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับสภาวะความชุกของโรคต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาแผนการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยนำแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ทำการศึกษา 1 ตุลาคม 2562-31 กรกฎาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคเรื้อนระดับอำเภอ และระดับตำบล อำเภอนาตุ จังหวัดมหาสารคามทุกแห่ง ที่เคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนในรอบ 10 ปี จำนวน 20 ราย โดยใช้วิธีการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถาม เพื่อประเมินกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน ประเมินความรู้ก่อน หลังการอบรมพัฒนาศักยภาพ ประเมินความพึงพอใจต่อโครงการ ชุดที่ 2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม โดยการอภิปรายและสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแผนการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลนาตุและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอนาตุ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 10 คน

ขั้นตอนการศึกษา

1. ประชุมวิเคราะห์ สถานการณ์และสภาพปัญหา ร่วมกับเครือข่าย เพื่อวางแผนพัฒนาการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในอำเภอที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา
2. วางแผนการดำเนินงาน โดยนำผลการวิเคราะห์ สถานการณ์และสภาพปัญหา มาร่วมกัน จัดทำแผนงาน จำนวน 5 แผนงาน
3. ร่วมติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินงาน โดยจัดเวทีประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานของพื้นที่
4. คืบข้อมูล โดยการจัดสนทนากลุ่ม
5. จัดทำสรุปรายงานผลการวิจัย และเผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยรับทราบและสมัครใจ พร้อมทั้งมีสิทธิถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกขณะ เมื่อเกิดความอึดอัด กังวลใจ
2. การนำเสนอข้อมูล เป็นภาพรวมของพื้นที่ที่ไม่ได้นำเสนอเป็นรายบุคคล และต้องผ่านการเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่างก่อนทุกครั้ง พร้อมทั้งเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับ โดยกำหนดรหัสการเข้าถึงข้อมูล มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินกิจกรรมการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในอำเภอเป้าหมายที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา ใช้เก็บข้อมูลก่อนการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยหน่วยงาน อำเภอ บทบาทรับผิดชอบ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับ ปฏิบัติงาน รับผิดชอบงานโรคเรื้อนในตำแหน่งปัจจุบันมาเป็นระยะเวลาและเคยอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนหรือไม่ ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ ตามมาตรฐานการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในอำเภอเป้าหมายในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นเพื่อการปรับปรุง
2. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ เรื่อง โรคเรื้อน ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การติดต่อ การป้องกันความพิการและการเฝ้าระวังและการรักษา ใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังจากการอบรมให้ความรู้ มีคำถามทั้งหมด 28 ข้อ มี 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบถูก” ให้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom(1971)⁽¹⁰⁾ มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้
ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 21-28 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.9 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 15-20 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 0-14 คะแนน)

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคที่บ้าน ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย หน่วยงาน เพศ ตำแหน่ง ระดับตำแหน่ง ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อโครงการ 2 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรู้จากการอบรม และด้านการพัฒนาระบบการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากผู้สัมผัสโรค

4. แบบบันทึกประเด็นสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นกิจกรรมการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) พบว่าทุกข้อคำถาม มีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป นำเครื่องมือไปใช้ทดลองกับพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน สำหรับแบบประเมินความรู้ฯ หาค่า $KR-20 = 0.85$ สำหรับแบบประเมินความพึงพอใจฯ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของคอนบาค (Cronbach) ได้ค่า = 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์และสังเคราะห์สภาพปัญหา (Situation Analysis)

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ได้นำผลที่ได้มาสังเคราะห์สภาพปัญหา พบว่ากิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในรอบหลายปีที่ผ่านมา มีการดำเนินกิจกรรมน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการร่วมกับหน่วยงานระดับเขต คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ลงพื้นที่สอบสวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (Index Case) เพื่อหา Primary Case ที่แพร่เชื้อให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (Index Case) พบว่าสาเหตุที่หน่วยงานในพื้นที่ ไม่ได้ดำเนินกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การสังเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุของการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรค ร่วมบ้าน ภายใต้สภาวะความซุกต่ำในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2563

ประเด็นปัญหา	สาเหตุ	ความเห็นที่ประชุม
ด้านนโยบาย	โรคเรื้อนไม่ได้เป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน ทำให้ในแต่ละปีที่ผ่านมาไม่มีแผนงาน/โครงการ	ไม่สามารถรองรับงบประมาณ P&P Area base ของพื้นที่ได้ ตามแนวทางบริหารงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเนื่องจากไม่ใช่โรคที่ให้บริการตามนโยบายแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพชาติประจำปี
ด้านระบบบริการ สาธารณสุข	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนน้อยลง 2. ระบบการคัดกรอง การส่งต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนยังไม่ชัดเจน (Flow chart) 3. การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (สคร. สสจ. รพ. รพ.สต.) ล่าช้า 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มกิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานเครือข่าย 2. พัฒนาระบบการคัดกรองและการส่งต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน 3. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนระดับ สคร. สสจ. รพ.ชุมชน และ รพ.สต.
ด้านบุคลากร สาธารณสุข	บุคลากรสาธารณสุข (แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ขาดความรู้เรื่องโรคเรื้อน	พัฒนาศักยภาพความรู้โรคเรื้อน อย่างต่อเนื่อง
ด้านประชาชน	ประชาชน ไม่ตระหนัก ไม่สนใจเนื่องจาก การขาดความรู้ เรื่องโรคเรื้อน	เน้นการสื่อสารความเสี่ยง รมรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุม

2. การจัดทำแผนการแก้ไขปัญหา (Plan)

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่โรงพยาบาลนาดูนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม โดยผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาดูน โรงพยาบาลนาดูน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 คน เกิดแผนในการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่ จำนวน 5 แผน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แผนการดำเนินงานแก้ไขสภาพปัญหาการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน โรงพยาบาลนาตุณและ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอนาตุณ จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2563

แผนงานโครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	KPI	ผู้เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ	แหล่งงบประมาณ
1. พัฒนาศักยภาพ บุคลากรสาธารณสุขด้าน การควบคุมโรคเรื้อน (ครู ก)	-เพื่อให้บุคลากร สาธารณสุขเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเรื้อน	ร้อยละ 80.0 ของ บุคลากรสาธารณสุขมี ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเรื้อน	-รพ.สต. -อสม. -เครือข่าย อปท.	สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอนาตุณ	สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
2. การค้นหาเชิงรุก (กลุ่มเสี่ยง) -ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน -เพื่อนบ้านในระยะ 20 เมตร -มีกิจกรรมทางสังคม ร่วมกัน -กลุ่มที่มีอาการสงสัย	-เพื่อให้ผู้ที่มีอาการ สงสัยโรคเรื้อนได้รับ การวินิจฉัยเร็วขึ้น ลด การแพร่เชื้อและลด ความพิการในผู้ป่วย โรคเรื้อน	ร้อยละ 80.0 ของผู้ สัมผัสโรคได้รับการ ตรวจคัดกรอง	-อสม. -รพ.สต. -สสอ. -รพ. -อปท.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล	สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอนาตุณ
3. พัฒนาศักยภาพให้ ความรู้ด้านโรคเรื้อนกับ แกนนำ อาสาสมัครชุมชน (ครู ข)	-เพื่อให้แกนนำ อาสา สมัครชุมชน สาธารณสุข เกิดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเรื้อน	ร้อยละ 80.0 ของ แกนนำอาสาสมัครมี ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเรื้อน	-รพ.สต. -รพ. -สสอ. -อปท.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล	กองทุนสุขภาพ ตำบล
4. กิจกรรมพัฒนา ศักยภาพ ให้ความรู้ใน กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข -ด้านการจัดทำแผน -ระบบการส่งต่อ -ระบบข้อมูล	-เพื่อให้บุคลากร สาธารณสุขสามารถ วิเคราะห์สภาพปัญหา เกี่ยวกับโรคเรื้อน ร่วมกันจัดทำแผนงาน โครงการ	ร้อยละ 80.0 ของ บุคลากรสาธารณสุข สามารถจัดทำแผน งานโครงการจากการ วิเคราะห์สภาพปัญหา ในพื้นที่	-สสอ. -สตร. (สนับสนุน วิทยากร) -สสจ. -รพ. -อปท./อบจ.	สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอร่วมกับ โรงพยาบาล นาตุณ	กองทุนสุขภาพ ตำบล
5. กิจกรรมเฝ้าระวังโรค เรื้อนในชุมชน -ประชาสัมพันธ์ -กิจกรรมการคัดกรอง ในพื้นที่	-สร้างความตระหนัก เรื่องโรคเรื้อน	ร้อยละ 80.0 ของ ประชาชนมีความรู้	-รพ.สต. -รพ. -สสอ. -อปท.	สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอร่วมกับ โรงพยาบาล นาตุณ	กองทุนสุขภาพ ตำบล

3. ผลการพัฒนาตามแผนการแก้ไขปัญหา (Do)

การประชุมอบรมพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านโรคเรื้อน ให้กับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลนาตุณ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอนาตุณ จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2563 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาตุณ จังหวัดมหาสารคาม ผู้เข้าประชุมประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล

นาตุณและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในพื้นที่อำเภอนาตุณ จำนวน 20 คน ผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการประชุมอบรม (Pre-Post Test) พบว่าผู้เข้ารับการอบรมพัฒนาขึ้นถึงร้อยละ 95.24 มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 55.0 และระดับกลาง ร้อยละ 45.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม (Pre Test) 17.58 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม (Post Test) 21.05 คะแนน รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ด้านโรครี้นก่อนและหลังการประชุมอบรมพัฒนาศักยภาพ

	n	S.D.	Mean difference	95%CI		t	df	p-value
				Lower	Upper			
ก่อนการอบรม	20	17.58	2.06					
หลังการอบรม	20	21.05	2.04	3.20	2.11 4.29	6.14	19	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนจากการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคในชุมชน (Check)

ผลการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนจากการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคในชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมหลังการพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 4 แห่ง ที่ในหมู่บ้านรับผิดชอบเคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อน รอบ 10 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปี 2553- 2562 คือ รพ.สต.ดงยาง กุโนนเมือง ดอนตู และหนองแต้ โดยแต่ละแห่งได้จัดทำ

ฐานข้อมูลผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน และผู้สัมผัสโรคในชุมชน และดำเนินกิจกรรมการคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านและผู้สัมผัสโรคในชุมชน ในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2563 มีผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 14 ราย ดำเนินการคัดกรองผู้สัมผัสโรคเรื้อนร่วมบ้าน จำนวน 17 ราย ผู้สัมผัสโรคในชุมชน 43 ราย พบผู้ที่มีอาการสงสัย 1 ราย พบผู้ที่มีอาการสงสัย คือ วงต่างขาว ชาไม่ชัดเจน เผ่าระวัง สังเกตอาการต่อ 3 เดือน รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนจากการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคในชุมชนพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2563

หน่วยงาน	ผู้ป่วยโรคเรื้อน (จำนวน/ราย)		ผู้สัมผัสโรค (จำนวน/ราย)		ผลการตรวจ
	กำลังรักษา	รักษาครบ	ร่วมบ้าน	ชุมชน	
1. รพ.สต.ดงยาง	1	1	2	6	ปกติ
2. รพ.สต.กุโนนเมือง	-	2	3		ปกติ (2 ราย) วงต่างขาว (1 ราย)
3. รพ.สต.ดอนตู	-	2	6	24	ปกติ
4. รพ.สต.หนองแต้	3	5	6	13	ปกติ
รวม	4	10	17	43	ปกติ

5. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ของโรงพยาบาลนาอนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตาม ตำบลในพื้นที่อำเภอนาอน จังหวัดมหาสารคาม พบสภาพ
แผนการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อน ให้กับบุคลากรสาธารณสุข ปัญหาจากการดำเนินงาน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อน ในพื้นที่ อำเภอนาอน จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2563

ประเด็น	รายละเอียด	มติ
1. พัฒนาศักยภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ (โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนโยกย้ายบุคลากร บุคลากรบรรจุใหม่ ไม่เคยพบผู้ป่วยโรคเรื้อน ไม่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน - อบรมให้ความรู้กับแกนนำอาสาสมัครในชุมชน ให้มีบทบาทในการคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ผู้สัมผัสโรคในชุมชน และผู้ที่มีอาการสงสัย เช่น ผู้ที่มีอาการของโรคผิวหนังเรื้อรัง 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขแกนนำ อาสาสมัครในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นโรคที่ยังเป็นปัญหาตามบริบทในพื้นที่ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน
2. การค้นหาเชิงรุก (กลุ่มเสี่ยง)	<ul style="list-style-type: none"> - จากการลงพื้นที่คัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน และผู้สัมผัสในชุมชน พบว่ายังมีประเด็นเรื่องการปกปิดผู้ป่วยโรคเรื้อนบางรายยังไม่เปิดเผยตัว ไม่บอกให้ญาติรู้ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อน - ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดการรังเกียจในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมีกิจกรรมที่สร้างความเข้าใจ ลดประเด็นการรังเกียจในชุมชน (Stigma) เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับอาสาสมัครและประชาชนในพื้นที่ ประชาคมในหมู่บ้านที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อน
3. การประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> - การคืนข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนให้กินยารักษาต่อเนื่อง ครบถ้วน และจัดทำทะเบียนผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ผู้สัมผัสในชุมชน ให้ได้ตามเกณฑ์ - การส่งต่อข้อมูลผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยได้รวดเร็ว ลดความล่าช้า ป้องกันความพิการ - เนื่องจากสถานการณ์ความชุกของโรคที่ต่ำลง ทำให้โรคลดความสำคัญ ไม่เป็นตัวชี้วัด ทำให้ไม่มีแผนงาน โครงการและงบประมาณการดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - การหาแหล่งงบประมาณ ในการดำเนินกิจกรรมควบคุมโรคในพื้นที่ - การบูรณาการการดำเนินงานกับโรคอื่น ๆ ที่ยังมีความสำคัญเชิงนโยบาย เช่น โรคฉี่หนู ไข้เลือดออก และโรคพยาธิใบไม้ในตับ เป็นต้น - หน่วยงานระดับเขต (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค) และ/หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่ - ควรมีแนวทางการบริหารจัดการระบบข้อมูลในพื้นที่ ให้มีความชัดเจน เช่นการจัดทำแนวทางปฏิบัติในกรณีพบผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน ควรดำเนินการอย่างไร หรือในกรณีพบผู้ป่วยโรคเรื้อน ขึ้นทะเบียนรักษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างไร เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังควบคุมโรคในพื้นที่

6. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

ประเมินความพึงพอใจของผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอนาตุ้ม จังหวัดมหาสารคาม ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 15 คน ผลการประเมินความพึงพอใจ รายละเอียด ดังตารางที่ 6

พบว่า กลุ่มเป้าหมาย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 40.0 เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการควบคุมโรคเรื้อน ร้อยละ 60.0 รายละเอียด ดังตารางที่ 6.1 และ ตารางที่ 6.2

ตารางที่ 6 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโครงการวิจัยฯ ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอนาตุ้ม จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2563

ตารางที่ 6.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ตอบ (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	-	
- หญิง	15	100
อายุ		
- อายุ 20 – 29 ปี	3	20
- อายุ 30 – 39 ปี	10	66.7
- อายุ 40 ปีขึ้นไป	2	33.3
สถานภาพสมรส		
- โสด	5	33.3
- สมรส	8	53.3
- หย่าร้าง	2	13.3
การศึกษา		
- พยาบาลวิชาชีพ	6	40.0
- นักวิชาการสาธารณสุข	5	33.3
- เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3	20.0
- อื่น ๆ ระบุ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	1	6.7
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
- ระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-3 ปี	4	26.7
- ระยะเวลาปฏิบัติงาน 4-6 ปี	3	20.0
- ระยะเวลาปฏิบัติงาน 7-9 ปี	2	13.3
- ระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี	6	40.0
การผ่านการอบรมเกี่ยวกับการควบคุมโรคเรื้อน		
- เคย	9	60.0
- ไม่เคย	6	40.0

ตารางที่ 6.2 ความพึงพอใจต่อโครงการวิจัยฯ

ตารางสรุปร้อยละและค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลนูนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอนานูน จังหวัดมหาสารคาม ต่อโครงการวิจัยฯ จำแนกตามประเด็นคำถาม

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ		
	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
ด้านความรู้จากการอบรม			
1. หัวข้อและเนื้อหาของการบรรยายมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการอบรม การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคที่บ้าน	4.40	0.507	มากที่สุด
2. หัวข้อและเนื้อหาของการบรรยายมีความเหมาะสมต่อการพัฒนาความรู้และทักษะ การดำเนินงานของท่าน	4.40	0.507	มากที่สุด
3. เนื้อหาทำให้ท่านได้เรียนรู้การดำเนินงานโรคเรื้อนเพิ่มมากขึ้น	4.53	0.516	มากที่สุด
4. ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้และทักษะการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคที่บ้านมีความเหมาะสม	4.27	0.594	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวมด้านความรู้จากการอบรม	4.40	0.461	มากที่สุด
ด้านระบบการคัดกรองผู้สัมผัสโรคที่บ้าน			
1. ระบบการคัดกรองเอื้อให้การคัดกรองผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน สะดวก ใช้งานง่าย และสามารถใช้ในการปฏิบัติงานได้	4.20	0.561	มาก
2. แบบฟอร์มตามระบบคัดกรอง เช่น ทะเบียนผู้สัมผัสโรคที่บ้าน แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน เป็นต้น ใช้งานได้ง่าย	4.20	0.676	มาก
3. ระบบคัดกรองมีขั้นตอนที่เอื้อต่อการส่งต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน	4.13	0.834	มาก
4. ระบบคัดกรองช่วยในการจัดการส่งต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนในพื้นที่ของท่าน	4.27	0.594	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวมด้านระบบการคัดกรองผู้สัมผัสโรคที่บ้าน	4.20	0.635	มาก
ด้านระบบการติดตามคัดกรองผู้สัมผัสโรคที่บ้าน			
1. ท่านเห็นด้วยกับการดำเนินงานของผู้ประสานงานโรคเรื้อนในโรงพยาบาล (จุดบำบัด)	4.27	0.594	มากที่สุด
2. ท่านเห็นด้วยกับระบบคัดกรองที่เอื้อต่อการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยมีสถานพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน	4.33	0.488	มากที่สุด
3. ท่านเห็นด้วยกับกระบวนการดำเนินงานด้วยระบบคัดกรองที่มีผู้ประสานงานโรคเรื้อนในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้กำกับให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามให้ผู้สัมผัสโรคที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนมารับการตรวจคัดกรองตามกำหนด	4.27	0.594	มากที่สุด
4. ท่านเห็นด้วยกับกระบวนการดำเนินงานด้วยระบบคัดกรองที่ผู้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ติดตามให้ผู้สัมผัสโรคที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนมารับการตรวจคัดกรองตามกำหนด	4.13	0.640	มาก
ค่าเฉลี่ยรวมด้านระบบการติดตามคัดกรองผู้สัมผัสโรคที่บ้าน	4.25	0.472	มากที่สุด
ด้านระบบการติดตามการดำเนินงาน			
ระยะเวลาในการประชุมติดตามงาน และการแก้ไขปัญหา อุปสรรคในระหว่างการทำงาน มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	4.20	0.676	มาก
ค่าเฉลี่ยรวมด้านระบบการติดตามการดำเนินงาน	4.20	0.676	มาก

การอภิปรายผล

รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ภายใต้สภาวะความซุกต่ำ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยอมรับและเข้าใจปัญหาการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน เพื่อร่วมกันวางแผนการดำเนินงานควบคุมโรคตามบริบทของพื้นที่ 2) พัฒนาแผนการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ฯ จากสภาพปัญหาที่ร่วมกันวิเคราะห์ โดยมีแผนในการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่ 5 แผน ได้แก่ 1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการควบคุมโรคเรื้อน 2. การค้นหาเชิงรุก (กลุ่มเสี่ยง) 3. พัฒนาศักยภาพให้ความรู้ด้านโรคเรื้อนกับแกนนำ อาสาสมัครชุมชน 4. พัฒนาศักยภาพ ให้ความรู้ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ด้านการจัดทำแผน ระบบการส่งต่อข้อมูล 5. กิจกรรมการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค 3) ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ฯ จากกระบวนการดำเนินงานดังกล่าวทำให้เห็นการพัฒนาที่เกิดจากการรับรู้สภาพปัญหาร่วมกันของหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการควบคุมโรคที่ไม่ใช่โรคเนโบายที่เป็นตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงาน แต่ยังเป็นโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ หาแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกัน มองหาแหล่งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน และมีการวางบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจน

การนำรูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านฯ สู่การปฏิบัติ โดยนำแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ซึ่งจากผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า โรคเรื้อนไม่มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงานในพื้นที่ การดำเนินงานระบบการคัดกรอง การส่งต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนยังไม่ชัดเจน การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (สคร. สสจ. รพ. รพ.สต.) มีความล่าช้า บุคลากรสาธารณสุข ยังขาดความรู้ เรื่องโรคเรื้อน ประชาชนไม่ตระหนักและไม่สนใจ เนื่องจากไม่มีอาการรุนแรง ผื่นอาการผิวหนังไม่เจ็บ ไม่คัน และยังพบประเด็นการปกปิด

ไม่เปิดเผยตัว กลัวการถูกรังเกียจ การดำเนินกิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อนไม่ครอบคลุมข้อเสนอแนะตามมาตรการในการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในอำเภอเป้าหมาย ตามหลักเกณฑ์การกำหนดอำเภอเป้าหมายที่เป็นอำเภอที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนลดน้อยลง ความสำคัญของโรคลดลง ทำให้ไม่มีแผนงาน โครงการควบคุมโรคในพื้นที่ สอดคล้องกับผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อน พ.ศ.2558-2563⁽⁴⁾ ที่พบว่าโรคเรื้อนไม่ใช่ปัญหาสำคัญหรือเร่งด่วนเมื่อเทียบกับปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ ในระดับพื้นที่ ดังนั้นจึงไม่ได้มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดและไม่ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม สาเหตุความล่าช้าของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยและญาติ ไม่ทราบอาการเริ่มแรก และญาติผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องไปรับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 10 ปี และยังพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลขาดความรู้และทักษะด้านการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน และสถานบริการสาธารณสุขไม่ได้มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนจากโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษากลับไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบพื้นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโรคเรื้อน ดังนั้นจึงไม่ได้มีการติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคอย่างจริงจัง ประกอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนอาศัยอยู่ไม่ทราบขั้นตอนการติดตามตรวจคัดกรองโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัสโรค จึงทำให้กลุ่มผู้สัมผัสโรคที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง และจากการวิเคราะห์สาเหตุยังพบว่าประเด็นของการปกปิด ผู้ป่วยโรคเรื้อนบางรายยังไม่เปิดเผยตัว ไม่บอกให้ญาติรู้ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อน ชุมชนยังไม่เข้าใจ เรื่องโรค ดังนั้นจึงควรมีกิจกรรมที่สร้างความเข้าใจ ลดประเด็นการรังเกียจในชุมชน (Stigma) เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับอาสาสมัครและประชาชนในพื้นที่ ประชาคมในหมู่บ้านที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อน เช่นเดียวกับการศึกษาการตีตราของชุมชนและระยะห่างทางสังคมต่อผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนในเขต Chandauli ของประเทศอินเดีย โดย ARANKA V. BALLERING และ

คณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า ระดับทัศนคติเชิงลบของชุมชนต่อโรคเรื้อนอยู่ในระดับสูงในอำเภอจันตาลี ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนหลายด้าน และพบว่าในกลุ่มแม่บ้านมีเพียงร้อยละ 8.1 และร้อยละ 10.5 เท่านั้นที่มีความรู้เกี่ยวกับการแพร่เชื้อและสาเหตุของโรคเรื้อน เช่นเดียวกับการศึกษาการประเมินประสิทธิผลโครงการกำจัดโรคเรื้อนในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 ของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ธรงค์ และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยล่าช้านั้นอาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลัวการถูกรังเกียจจึงหลบซ่อนไม่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่มีอาการเริ่มแรก ผลการประเมินรูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านๆ พบว่าการพัฒนากระบวนการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ควรเน้นการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ จากนั้นพัฒนาแผนงาน/โครงการ ตามสภาพปัญหา เพื่อหาแนวทางการแก้ไขและปรับปรุงให้การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมองหาช่องทางแหล่งงบประมาณ สนับสนุนในการจัดทำแผนงานโครงการจากหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการนำเสนอข้อมูลสภาพปัญหาการดำเนินงานและข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน การพัฒนาระบบคัดกรองผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน การส่งต่อให้เกิดประสิทธิภาพ การประสานให้เกิดความเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ที่ยังคงมีปัญหาการแพร่เชื้อของโรคเรื้อนตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ถูกกำหนดเป็นนโยบายในระดับพื้นที่ การบูรณาการกับโรคอื่นๆ ที่เป็นโรคที่เป็นนโยบายสำคัญในพื้นที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับทราบถึงข้อมูลสถานการณ์ของโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของคนในชุมชน ร่วมกันกับหน่วยงานสาธารณสุขกำหนดให้เป็นโรคที่ยังเป็นปัญหาในพื้นที่ เพื่อให้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลในการจัดการปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่ มุ่งสู่การลดโรคอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมของการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในสถานการณ์ความซุกต่ำ

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินกิจกรรมในการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ควรมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันวางแผนงาน โครงการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลในการจัดการปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่
2. กิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข แกนนำอาสาสมัคร ยังคงมีความจำเป็นต้องมีความต่อเนื่องในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้สัมผัสโรคเรื้อนและผู้สัมผัสในชุมชน เพื่อดำเนินการเร่งรัดตรวจผู้สัมผัสให้ครบตามเกณฑ์
3. หน่วยงานสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการสื่อสาร สร้างความรอบรู้ เรื่องโรคเรื้อน ให้กับประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความตระหนัก ลดความล่าช้าในการเข้าถึงระบบบริการ และลดการรังเกียจในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอนาดูน ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาดูน โรงพยาบาลนาดูน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยนี้ และขอขอบพระคุณ ดร.บุญทวนกร พรหมภักดี ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ และช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคเรื้อน. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2544.
2. อีระ งามสุด. บทบาทพระมหากษัตริย์ และพระบรมวงศานุวงศ์ ราชวงศ์จักรี ด้านงานโรคเรื้อน ในรอบ 105 ปี ที่ผ่านมา. กรุงเทพฯ: บริษัท มาสเตอร์คีย์ จำกัด; 2555.

3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) ในการป้องกันควบคุมโรค เอดส์ ซิฟิลิส โรคเรื้อน มาลาเรียและโรคพยาธิใบไม้ในตับ [อินเทอร์เน็ต]. 2558[เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://plan.ddc.moph.go.th/meetingplan/index.html>.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์และนโยบายการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนภายใต้สถานะความชุกต่ำสำหรับบุคลากรสาธารณสุขระดับประเทศ เขต จังหวัดและอำเภอ ปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1503120201009045436.pdf>
5. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. การประเมินผลงานควบคุมโรคเรื้อนปี 2558. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค; 2559.
6. ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, พจนา ัญญุกิตติกุล. การประเมินประสิทธิผลโครงการกำจัดโรคเรื้อนในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2561; 25(3): 109-20.
7. Aranka VB, Ruth MH, Mitzi MW, Mohammad AA, Mishra CP, Wim HV. Community stigma and desired social distance towards people affected by leprosy in Chandauli District, India. *Leprosy Review* 2019; 90(4): 418-32.
8. ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. การประเมินประสิทธิผลโครงการกำจัดโรคเรื้อนภายใต้แผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 5 ปี (พ.ศ.2553-2557) และแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 6 ปี (พ.ศ.2558-2563) พ.ศ.2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://rajpracha.ddc.moph.go.th/site/documents/research/Effectiveness%20of%20the%20Leprosy%20Elimination%20Program.pdf>
9. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการวินิจฉัยโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักพิมพ์พระพุทธศาสนา; 2553.
10. Bloom BS. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill; 1971.