นิพนธ์ต้นฉบับ **Original Article**

การพัฒนาระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ

The development of national leprosy specialized facility to provide comprehensive care

สราญจิต วิมูลชาติ[1]
จุมพล ตันติวงษากิจ[1]
บุษบัน เชื้ออินทร์[2]
รุจิรา เพิ่มธัญญกรรม[1]
พจนา ธัญญกิตติกุล[1]
[1]*สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค*
[2]*สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค*

Saranjit Wimoolchart[1]
Jumpol Tantivongsakij[1]
Boosbun Chua-Intra[2]
Rujira Phoemthanyakam[1]
Pojana Thanyakittikul[1]
[1]*RajprachaSamasai Institute, Department of Disease Control*
[2]*Office of Senior Expert Committee, Department of Disease Control*

DOI: 10.14456/dcj.2023.28
Received: October 10, 2022 | **Revised:** January 5, 2023 | **Accepted:** January 19, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ รูปแบบการศึกษาเชิงปฏิบัติการ มี 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนาระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบฯ ระยะที่ 4 ประเมินผลระบบฯ ประชากรเป้าหมายการประเมิน คือ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวม 32 คน และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการ 19 คน ระยะเวลาศึกษา 2 ปี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยตรวจสอบข้อมูลเชิงสามเส้า วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นเป็นการให้บริการแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงมีการให้คำปรึกษา และรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนในกรณีที่เครือข่ายโรคเรื้อนไม่สามารถให้การดูแลได้ ซึ่งผลการประเมินระบบพบว่า (1) ผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการยอมรับระบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก (2) ผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพ พึงพอใจระบบในระดับมาก ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการพึงพอใจระบบในระดับมากที่สุด (3) การประเมินผลลัพธ์การตรวจรักษาหลังจากการพัฒนาระบบฯ พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่วินิจฉัยได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาตรวจเพิ่มขึ้นจากก่อนมีระบบฯ และอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการใช้ยารักษาโรคเรื้อนสูตรผสมระยะสั้น (Multidrug therapy/Prednisolone) ลดลงจากก่อนมีระบบฯ ผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจประเมินป้องกันความพิการร้อยละ 100 ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนที่ถูกส่งต่อมาได้รับการฟื้นฟูสภาพตามกระบวนการร้อยละ 100 จากผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เหมาะสมกับสภาวะความชุกโรคต่ำของประเทศไทย

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สราญจิต วิมูลชาติ อีเมล : moady@windowslive.com

Abstract

The objective of this study was to develop national leprosy specialized facility in providing leprosy related comprehensive care. The study was divided into 4 phases: (i) situation analysis; (ii) developing the service system of comprehensive care; (iii) implementing pilot project; (iv) monitoring and evaluation. There were 51 subjects including 32 medical personnel and 19 leprosy patients. Duration of study was 2 years. Frequency and percentage were used in quantitative analysis. Triangular technique and content analysis were used to validate and analyze qualitative data. The study showed that the developed service system was a multidisciplinary service including counseling and referral for leprosy patients in cases where the leprosy network was unable to provide care. The results showed that (1) the medical personnel and leprosy patients accepted the system at a high level. (2) The medical personnel were satisfied and the leprosy patients were very satisfied with the system. (3) After developing the system, the treatment outcomes were better in terms of increasing the percentage of patients diagnosed at the first visit and reducing the incidence of severe complications related to treatment. One hundred percentage of high-risk leprosy patients were assessed nerve function and 100 percent of persons affected by leprosy were referred to get rehabilitation. From the results showed that the National Leprosy Specialized Facility improve the quality of health services for leprosy patients that suitable for the low prevalence of the disease in Thailand.

Correspondence: Saranjit Wimoolchart E-mail: moady@windowslive.com

คำสำคัญ
โรคเรื้อน, ระบบบริการครบวงจร, สถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน, สถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ

Keywords
leprosy, comprehensive care, leprosy node, national leprosy specialized facility

บทนำ

หลังจากที่ประเทศไทยสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี 2537 โดยมีอัตราความชุกต่ำกว่า 1/10,000 ประชากร จากนั้นแนวโน้มการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปีค่อย ๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ปี 2560-2564 เท่ากับ 164, 125, 119, 89 และ 62 ราย ตามลำดับ และพบว่าขณะที่จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ลดลง สัดส่วนความพิการระดับ 2 (ความพิการที่มองเห็นได้) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ยังคงสูงถึงร้อยละ 11-15[1] สะท้อนให้เห็นถึงความล่าช้าในการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยในสภาวะความชุกโรคเรื้อนต่ำส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ขาดความเชี่ยวชาญและทักษะในการวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน นอกจากนี้ในสภาวะความชุกโรคเรื้อนต่ำยังส่งผลให้นโยบายสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนลดลงทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณ จึงไม่สามารถคงไว้ซึ่งบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญโรคเรื้อนในทุกหน่วยบริการสาธารณสุข

จากสภาพปัญหาดังกล่าว สถาบันราชประชาสมาสัย จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน (Leprosy Node) ภายใต้ระบบบริการสุขภาพทั่วไปขึ้นในปี 2553 ซึ่งเป็นการปรับรูปแบบของเครือข่าย

การให้บริการสุขภาพด้านโรคเรื้อนในสภาวะความชุกโรคเรื้อนต่ำในประเทศไทย โดยการพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำหน้าที่คัดกรองโรคเรื้อน และส่งต่อผู้มีอาการสงสัยโรคเรื้อนไปรับการวินิจฉัยยืนยันที่สถานบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ซึ่งทำหน้าที่วินิจฉัย รักษา ป้องกันความพิการ และฟื้นฟูสภาพ หากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการวินิจฉัย รักษา หรือมีภาวะแทรกซ้อนจะส่งต่อไปที่สถานบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ และสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับตติยภูมิ (Tertiary Leprosy Node) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลสังกัดคณะแพทยศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อน ตามลำดับ โดยจากการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิที่ผ่านมายังพบปัญหาที่สำคัญ คือ บุคลากรมีความเชี่ยวชาญโรคเรื้อนลดลง ขาดระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีปัญหาด้านการวินิจฉัย รักษา และผ่าตัดในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนมายังสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับตติยภูมิ หรือสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ (National Leprosy Node)

จากการศึกษาการประเมินผลการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนในพื้นที่ 4 ภูมิภาคของประเทศไทย โดยศึกษาในบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ปี 2561 ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมด้านบริบทการพัฒนาสถานบริการฯ มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ความชุกโรคต่ำ และจำเป็นต่อเครือข่ายการบริการโรคเรื้อน และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน แต่ในด้านผลผลิตบุคลากรพบว่า ในสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนบางแห่งบุคลากรทางการแพทย์ยังมีความรู้ และทักษะทางด้านโรคเรื้อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีการหมุนเวียนของบุคลากรบ่อยครั้ง และมีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สร้างเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา[2] และจากการศึกษารูปแบบศูนย์บริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนของต่างประเทศ เห็นว่าสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนที่ครบวงจร ควรสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ซับซ้อนได้ ทั้งในเรื่องการวินิจฉัยและจำแนกชนิดของโรคเรื้อน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้การรักษาด้วยยารักษาโรคเรื้อนสูตรผสมระยะสั้น (Multidrug therapy: MDT) และยาเสริมอื่นๆ เช่น ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ การผ่าตัดหรือใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพทางกาย ป้องกันการเกิดความพิการ การดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น ตา มือ เท้า รวมถึงการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวโดยผู้เชี่ยวชาญ และเป็นแหล่งฝึกอบรมให้แก่สถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนในระดับภูมิภาค[3]

สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นสถาบันที่มีวิสัยทัศน์ ที่จะเป็นเลิศด้านโรคเรื้อนในระดับนานาชาติภายในปี 2570 ซึ่งสถาบันให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนในระดับตติยภูมิ โดยมีผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพที่มีองค์ความรู้ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน ทั้งในเรื่องการวินิจฉัย รักษาตัวโรค และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งทางด้านกาย จิต และสังคม ที่ผ่านมายังไม่ได้ดำเนินการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศอย่างเป็นระบบ การมีระบบบริการครบวงจรเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ เป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบหลักของสถาบันราชประชาสมาสัย จะทำให้เกิดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อนครบวงจรแบบองค์รวม ในด้านการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษา ฟื้นฟูสภาพ และรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะแทรกซ้อน มีช่องทางให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพ รวมถึงการส่งเสริมสนับสนุนด้านวิชาการให้แก่เครือข่ายสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวจะเป็นแนวทางในการสนับสนุนการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ที่จะนำไปสู่การกำจัดโรคเรื้อนให้หมดไป (Interruption of Transmission)

จากประเทศไทย ในปี 2570 ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกต่อไป[4]

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกระบวนการดำเนินการ 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ทำความเข้าใจปัญหาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนแบบครบวงจรในระดับชาติ โดยทีมผู้ศึกษาประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ ประเมินปัญหาร่วมกับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในสถาบันราชประชาสมาสัย ประเด็นการระดมสมอง ได้แก่ ปัญหาการวินิจฉัยล่าช้า การรักษาภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนแบบองค์รวมทั้งกาย จิต และสังคม ระบบการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนแบบครบวงจร โครงสร้างองค์ประกอบสำคัญของระบบการให้บริการครบวงจรผู้ป่วยโรคเรื้อนระดับชาติ ขั้นตอนและวิธีการรวมถึงบุคลากร สถานที่ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วม แผนงาน โครงการ งบประมาณ ปัญหาการปฏิบัติงานของบุคลากร ความต้องการ และความพร้อมที่จะพัฒนาระบบบริการครบวงจรในสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ ระยะที่ 2 พัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรในสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ โดยนำข้อสรุปที่เป็นผลจากการวิเคราะห์และประเมินการศึกษาในระยะที่ 1 มาประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจำนวน 4 ครั้ง ในปี 2562 ระยะที่ 3 ทดลองใช้ตั้งแต่ปี 2563-2564 ซึ่งมีการประเมินและปรับปรุงระบบบริการฯ ภายหลัง 6 เดือนแรกของปี 2563 โดยผู้ปฏิบัติงานสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 4 ประเมินผลการปฏิบัติตามระบบบริการแบบครบวงจรในสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ ในปี 2564 ด้วยการศึกษาจากข้อมูลผลลัพธ์ตัวชี้วัดของคณะกรรมการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ การให้บริการตามระบบ และสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยที่มารับบริการ ประชากรเป้าหมาย รวม 51 คน ประกอบด้วย (1) ผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพในสถาบันราชประชาสมาสัย 32 คน ได้แก่ ตจแพทย์ จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ตกแต่ง ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ แพทย์สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู อายุรแพทย์ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลให้คำปรึกษา นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักกายอุปกรณ์ และนักโภชนากร (2) ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการ จำนวน 19 คน ระยะเวลาศึกษา 2 ปี ระหว่าง 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2564 (ปีงบประมาณ 2563-2564)

เครื่องมือที่ใช้ในศึกษา คือ

1) แบบบันทึกการตรวจความพิการ (ปพ.1) เป็นการบันทึกผลการตรวจเส้นประสาท และทดสอบกำลังกล้ามเนื้อ มี 11 ข้อ ประกอบด้วย ตรวจการกระพริบตา ตาแดงหรือปวดตา นับนิ้วมือในระยะ 6 เมตร ตาหลับไม่สนิท ตรวจเส้นประสาท Facial nerve, Great Auricular nerve, Ulnar nerve, Median nerve, Radial nerve, Common Peroneal nerve, Posterior Tibial nerve รวมทั้งผลการทดสอบความรู้สึกฝ่ามือ ฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้าง

2) แบบคัดลอกข้อมูลผลลัพธ์การให้บริการตามระบบบริการฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยทีมผู้ศึกษา คัดลอกข้อมูลจากตัวชี้วัดของสถาบันราชประชาสมาสัย เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อนรายใหม่ล่าช้ามากกว่า 3 เดือน ร้อยละของผู้ป่วยที่วินิจฉัยได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาตรวจ อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการใช้ยา MDT ร้อยละของการคัดกรองอย่างถูกต้องเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ซึ่งมีเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจโรคผิวหนังด้วยคำถาม 5 ข้อ ดังนี้ 1) มีผื่นวงด่างชา/ตุ่มนูนแดง 2) กินยา/ทายานานเกิน 3 เดือนแล้วไม่หาย/ไม่ดีขึ้น 3) มีอาการอ่อนแรง/ฝ่อลีบกล้ามเนื้อ มือ/เท้า 4) คนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน 5) เป็นชาวต่างชาติในพื้นที่ระบาดของโรค หากพบว่ามีผู้มีอาการข้อใดข้อหนึ่งให้ซักประวัติและตรวจร่างกายตามแบบคัดกรองโรคเรื้อนว่ามีอาการสงสัยโรคเรื้อนหรือไม่ เป็นต้น

3) แบบประเมินการยอมรับ (5 ข้อ) ความพึงพอใจในระบบบริการฯ ของผู้ปฏิบัติงานสหสาขาวิชาชีพ

(5 ข้อ) แบบประเมินการยอมรับ (3 ข้อ) และความพึงพอใจในระบบบริการฯ ของผู้ป่วยโรคเรื้อน (2 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็น rating scale 6 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ไม่ยอมรับ/ไม่พึงพอใจ โดยให้คะแนนจาก 5 ถึง 0 ตามลำดับ เกณฑ์การพิจารณาระดับการยอมรับ ความพึงพอใจ และการแปลความหมายของค่าคะแนน พิจารณาจากค่าเฉลี่ย (mean) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.50 หมายถึง น้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.51-2.50 หมายถึง น้อย
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.50 หมายถึง ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51-4.50 หมายถึง มาก
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.51-5.00 หมายถึง มากที่สุด

เก็บรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยทีมผู้ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

1) ปัญหาก่อนพัฒนาระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ

จากการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเก็บสถิติตัวชี้วัดของหน่วยงาน จากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จำนวน 32 คน พบว่าสถานการณ์ของระบบบริการเดิมก่อนพัฒนา มีการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนโดยทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) โรคเรื้อน ซึ่งยังไม่เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบกับ PCT อื่น ๆ สหสาขาวิชาชีพรวมทั้งหน่วยงานเฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยัง พบว่าการกำหนดตัวชี้วัดยังไม่ครอบคลุมการให้บริการแบบองค์รวม กล่าวคือ การเก็บตัวชี้วัดไม่เป็นระบบ แต่ละหน่วยงานเก็บเฉพาะของตนเอง ไม่มีหน่วยงานกลางเก็บรวบรวมวิเคราะห์ตัวชี้วัด จึงทำให้ข้อมูลเชิงคุณภาพบางประเด็นถูกละเลยไป

2) ระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ ประกอบด้วย 2 ระบบ คือ ระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ

(1) ระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนมีเพื่อการวินิจฉัย รักษาโรคเรื้อน และภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรคเรื้อน ซึ่งเป็นการรับ-ส่งต่อมาจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน จากทั้ง 4 ภูมิภาคทั่วประเทศไทย ประกอบด้วยระบบย่อย 4 ระบบ กล่าวคือ ระบบวินิจฉัย รักษา ระบบป้องกันความพิการและภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรค ระบบฟื้นฟูสภาพทางกาย จิต สังคม และระบบการรับ-ส่งต่อ ซึ่งภายในระบบย่อยแต่ละระบบมีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline: CPG) แผนการดูแลผู้ป่วย (Care Map) คู่มือปฏิบัติงาน (Work Instruction: WI) ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

(2) ระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และทางแอปพลิเคชันไลน์ ตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับเครือข่ายแพทย์ พยาบาล ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนทั่วประเทศ ระบบนี้ให้ความสำคัญกับแพทย์ที่ยังไม่เชี่ยวชาญในการวินิจฉัย รักษาโรคเรื้อน และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน นอกจากนี้ยังให้คำปรึกษาแก่สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการกรีดผิวหนัง (Slit Skin Smear) รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านการใช้ยารักษาโรคเรื้อนและภาวะแทรกซ้อน

3) ผลลัพธ์การรักษา หลังจากการพัฒนาระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ

หลังการพัฒนาระบบบริการฯ พบว่ามีผลการประเมินของตัวชี้วัดหลายตัวที่ดีขึ้น เช่น ร้อยละของการคัดกรองอย่างถูกต้องเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่วินิจฉัยได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาตรวจ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ได้รับความรู้และคำแนะนำการใช้ยา MDT โดยเภสัชกร ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้รับการส่งตรวจคัดกรองโพรงจมูกอักเสบ ภายใน 3 เดือนหลังจากได้รับ

การวินิจฉัย ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการตรวจคัดกรองโรคทางจักษุ ภายใน 3 เดือนหลังจากได้รับยาสเตียรอยด์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อนรายใหม่ล่าช้ามากกว่า 3 เดือน มีจำนวนลดลง อย่างไรก็ตาม พบว่ามีอุบัติการณ์ของความพิการที่เพิ่มขึ้นระหว่างรักษาจำนวน 1 ราย รายละเอียดผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดทางการรักษาอื่น ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดทางการรักษาของระบบฯ ใหม่ที่พัฒนาขึ้น

Table 1 Outcomes according to the clinical indicators of the new system

ตัวชี้วัด	ก่อนมีระบบ ปี 2562	เริ่มทดลองใช้ระบบ ปี 2563	หลังทดลองใช้ระบบ ปี 2564	ผลลัพธ์การรักษา
1. ร้อยละของการคัดกรองอย่างถูกต้องเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่	50.00	66.67	83.33	เพิ่มขึ้นจากก่อนมีระบบบริการฯ
2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อนรายใหม่ล่าช้ามากกว่า 3 เดือน	0	1	0	ลดลงจากก่อนมีระบบบริการฯ
-ร้อยละของผู้ป่วยที่วินิจฉัยได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาตรวจ	70.60	71.40	88.90	
-ร้อยละของผู้ป่วยที่วินิจฉัยหลังจากมาตรวจครั้งแรกที่ 2 สัปดาห์	11.80	14.30	11.10	
-ร้อยละของผู้ป่วยที่วินิจฉัยหลังจากมาตรวจครั้งแรกที่ 4 สัปดาห์	17.60	7.15	0.00	
-ร้อยละของผู้ป่วยที่วินิจฉัยหลังจากมาตรวจครั้งแรกเกิน 3 เดือน	0.00	7.15	0.00	
3. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการ ใช้ยา MDT (ราย)	0	3	0	ลดลงจากก่อนมีระบบบริการฯ
4. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการใช้ยา Prednisolone (ราย)	0	3	0	ลดลงจากก่อนมีระบบบริการฯ
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ได้รับความรู้และคำแนะนำการใช้ยา MDT โดยเภสัชกร	100	92.85	100	เพิ่มขึ้นจากก่อนมีระบบบริการฯ
6. อุบัติการณ์การเกิดแพ้ยาซ้ำ (Repeated ADR type B)	0	0	0	ไม่เปลี่ยนแปลง
7. อุบัติการณ์การเกิด Fatal drug interaction (ราย)	0	0	0	ไม่เปลี่ยนแปลง
8. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้รับการส่งตรวจคัดกรองโพรงจมูกอักเสบ ภายใน 3 เดือนหลังจากได้รับการวินิจฉัย	52.63	69.23	83.33	เพิ่มขึ้นจากก่อนมีระบบบริการฯ
9. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการตรวจคัดกรองโรคทางจักษุภายใน 3 เดือนหลังจากได้รับยาสเตียรอยด์	58.33	60.00	83.33	เพิ่มขึ้นจากก่อนมีระบบฯ
10. ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการตรวจรักษา ส่งต่อในโรคทันตกรรม ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่	100	100	100	ไม่เปลี่ยนแปลง
11. ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ที่เหมาะสม	100	100	100	ไม่เปลี่ยนแปลง
12. ร้อยละของผู้ป่วยแผลเรื้อรังใต้ฝ่าเท้าได้รับการ OFF-Loading ที่ถูกต้องเหมาะสม	100	100	100	ไม่เปลี่ยนแปลง
13.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจประเมินป้องกันความพิการ	100	100	100	ไม่เปลี่ยนแปลง
14. อุบัติการณ์ของความพิการที่เพิ่มขึ้นระหว่างรักษา (ราย)	0	0	1	เพิ่มขึ้นจากก่อนมีระบบบริการฯ
15. ร้อยละของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนที่ถูกส่งต่อมาได้รับการฟื้นฟูสภาพตามกระบวนการ	100	100	100	ไม่เปลี่ยนแปลง
16. ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับบริการสวัสดิการสังคม	100	100	100	ไม่เปลี่ยนแปลง

4) การยอมรับระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ

(1) ผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ตจแพทย์ จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ตกแต่ง ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ แพทย์สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู อายุรแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพพยาบาลให้คำปรึกษา นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักกายอุปกรณ์ และนักโภชนากร จำนวน 32 คน ให้การยอมรับระบบบริการฯ อยู่ในระดับมากทุกข้อ กล่าวคือ การนำไปปฏิบัติได้จริง สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ มีส่วนร่วมในการสร้างระบบบริการฯ มีประโยชน์ในการทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการบริการครบตามแผนการรักษาปรากฏตามตารางที่ 2

(2) ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการ จำนวน 19 คน ยอมรับระบบบริการฯ ที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก-มากที่สุด โดยให้การยอมรับว่าระบบบริการฯ ไม่ยุ่งยากซับซ้อนระดับมาก และยอมรับว่าระบบบริการฯ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน ระดับมากที่สุด รวมทั้งยอมรับว่าระบบบริการฯ มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อนมากที่สุด สำหรับผู้ป่วยต่างด้าวให้ความเห็นว่าระบบบริการฯ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน อยู่ในระดับน้อย จำนวน 2 คน สาเหตุเพราะผู้ป่วยต้องการให้ระบบการรักษาฟรีไม่ต้องยื่นเอกสารที่แผนกการเงิน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ระดับการยอมรับระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศของผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพ (n=32)
Table 2 Multidisciplinary service providers' acceptance level of comprehensive service system for national leprosy node (n=32)

หัวข้อประเมิน	ระดับการยอมรับ (จำนวน (ร้อยละ))						mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ยอมรับ			
1. ระบบบริการฯ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของหน่วยบริการ	11 (34.37)	18 (56.25)	3 (9.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.25	0.62	มาก
2. ระบบบริการฯ มีความสะดวก และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติงาน	11 (34.37)	16 (50.00)	5 (15.63)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.18	0.69	มาก
3. ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการสร้างระบบบริการฯ	9 (28.12)	15 (46.88)	8 (25.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.03	0.73	มาก
4. มีประโยชน์ในการทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับบริการครบตามแผนการรักษา	10 (31.25)	19 (59.37)	3 (9.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.21	0.60	มาก
5. ท่านยอมรับระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน	10 (31.25)	18 (56.25)	4 (12.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.18	0.64	มาก

ตารางที่ 3 ระดับการยอมรับระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการ (n=19)

Table 3 The level of acceptance of the comprehensive service system at the national leprosy node of leprosy patients receiving services (n=19)

หัวข้อประเมิน	ระดับการยอมรับ (จำนวน (ร้อยละ))						mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ยอมรับ			
1. ระบบบริการฯ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	8 (42.10)	7 (36.84)	2 (10.53)	2 (10.53)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.10	0.99	มาก
2. มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน	14 (73.68)	5 (26.32)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.73	0.45	มากที่สุด
3. ท่านยอมรับระบบบริการฯ	14 (73.68)	5 (26.32)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.0)	4.73	0.45	มากที่สุด

5) ความพึงพอใจต่อระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ

(1) ผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อระบบบริการฯ ที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากทุกข้อ กล่าวคือ มีความพึงพอใจด้านนโยบาย การจัดการระบบ การประสานงานระหว่างหน่วยงาน ภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยบริการ และพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของระบบบริการฯ ดังตารางที่ 4

(2) ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการ พึงพอใจต่อระบบบริการฯ ที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุด ในประเด็นการให้บริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ และได้รับบริการตามที่คาดหวัง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจต่อระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศของผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพ (n=32)

Table 4 Level of satisfaction with multidisciplinary service providers' national level of leprosy node (n=32)

หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ (จำนวน (ร้อยละ))						mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่พึงพอใจ			
1. ความพึงพอใจด้านนโยบายการเป็นสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนฯ	9 (28.12)	21 (65.63)	2 (6.25)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.21	0.55	มาก
2. ความพึงพอใจด้านการจัดการระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนฯ	8 (25.00)	21 (65.63)	3 (9.37)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.15	0.57	มาก
3. ความพึงพอใจด้านการประสานงานระหว่างหน่วยงานในระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนฯ	8 (25.00)	17 (53.10)	7 (21.90)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.03	0.69	มาก
4. ความพึงพอใจต่อภาพลักษณ์ที่ดีขึ้นของหน่วยบริการ	9 (28.12)	19 (59.38)	4 (12.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.15	0.62	มาก
5. ความพึงพอใจระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนฯ โดยภาพรวม	9 (28.12)	20 (62.50)	3 (9.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.18	0.59	มาก

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจต่อระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการ (n=19)

Table 5 Level of satisfaction of the comprehensive service system, national leprosy specialist node of leprosy patients receiving services (n=19)

หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ (จำนวน (ร้อยละ))						mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่พึงพอใจ			
1. ความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ	15 (78.95)	4 (21.05)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.78	0.41	มากที่สุด
2. ได้รับบริการตามที่คาดหวัง	14 (73.70)	5 (26.30)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.73	0.45	มากที่สุด

วิจารณ์

สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นหน่วยงานเพียงแห่งเดียวในประเทศไทยที่รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ดังนั้นจำเป็นต้องสร้างระบบทั้งเชิงรุกและเชิงรับในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ภายใต้สภาวะความชุกโรคต่ำ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการได้มีการวิเคราะห์ และจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยอ้างอิงมาตรฐานการปฏิบัติงานจาก Indian Association of Leprologists (IAL)[5] เพื่อการพัฒนาระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างครบวงจร เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนในระดับประเทศต่อไป โดยระบบบริการฯ ที่พัฒนาขึ้นมีจุดแข็ง คือ สหสาชาวิชาชีพของสถาบันฯ มีองค์ความรู้ด้านโรคเรื้อนที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะแทรกซ้อน และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ในทุกมิติ ทั้งในเรื่องการคัดกรอง วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การสนับสนุนด้านวิชาการให้แก่เครือข่ายสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนในพื้นที่ ส่วนจุดอ่อนเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนในระดับประเทศมีจำนวนลดลง อาจทำให้ความเชี่ยวชาญของผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อนในสถาบันฯ ลดลงด้วย สถาบันราชประชาสมาสัย จึงมีแนวทางการถ่ายทอดองค์ความรู้โดยใช้โปรแกรมพี่เลี้ยงน้องเลี้ยง เพื่อให้คงไว้ซึ่งความเชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อนของบุคลากร โดยสอดคล้องกับความต้องการของกรมควบคุมโรค ในด้านการคงไว้ซึ่งองค์ความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคต่าง ๆ ต่อไป

ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการฯ จึงมีเป้าหมายในการพัฒนา ดังนี้

เป้าหมายที่ 1 สามารถคัดกรอง วินิจฉัยโรคเรื้อนได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว โดยเป้าหมายนี้มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานทั้งแพทย์และพยาบาล ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวชี้วัดก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการฯ ในเรื่องการคัดกรองอย่างถูกต้องเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ พบว่าหลังการพัฒนาระบบบริการฯ มีการพัฒนาที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนพัฒนาระบบบริการฯ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีการคัดกรองที่คลาดเคลื่อนในผู้ป่วยบางราย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมาด้วยอาการไม่สอดคล้องกับอาการแสดงสำคัญของโรคเรื้อน เช่น มีอาการคันบริเวณผื่นร่วมด้วย ทำให้ยากในการคัดกรองได้ถูกต้อง ซึ่งทีมผู้ศึกษาได้มีการนำผู้ป่วยกรณีดังกล่าวมาเป็นกรณีศึกษาเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลประจำคลินิก เพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะในการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้ดียิ่งขึ้น ส่วนในเรื่องของการวินิจฉัยล่าช้ามากกว่า 3 เดือน พบว่าลดลงเมื่อเทียบกับก่อนพัฒนาระบบบริการฯ เนื่องจากมีการใช้แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน (Clinical Practice Guideline Leprosy: CPG Leprosy) ในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกราย แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ในปี 2563 มีผู้ป่วยโรคเรื้อน 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยไม่มาตามนัด

เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ซึ่งคล้ายกับปัญหาที่พบในการศึกษาของประเทศอินเดียที่พบว่าสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 มีผลทำให้การค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ลดลง[6] ทีมผู้ศึกษาจึงได้มีการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนทางไกล (Telemedicine) ขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหานี้ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในภาพรวมหลังการพัฒนาระบบบริการฯ พบว่า ในปี 2564 แพทย์สามารถให้การวินิจฉัยโรคเรื้อนได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารับการตรวจถึงร้อยละ 88.90 (8/9) ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 11.11 (1/9) สามารถให้วินิจฉัยได้ที่ 2 สัปดาห์หลังจากมาตรวจครั้งแรก เนื่องจากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มเชื้อน้อยที่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการกรีดผิวหนัง (Slit Skin Smear) ในครั้งแรกไม่พบเชื้อ และรอผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจากชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค

เป้าหมายที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในการรักษา จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวชี้วัดก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการฯ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการใช้ยา MDT และ Prednisolone หลังการพัฒนาระบบบริการฯ ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนพัฒนาระบบบริการฯ แต่อย่างไรก็ตาม ในปี 2563 มีผู้ป่วยโรคเรื้อน 3 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการใช้ยา MDT และ Prednisolone ซึ่งทีมผู้ศึกษาและพัฒนาระบบบริการฯ ได้วางแนวทางป้องกันโดยทบทวน CPG Leprosy และ CPG Prednisolone ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก มีภาวะเส้นประสาทอักเสบ หรือโรคเห่อชนิดรุนแรงที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา Prednisolone จะมีการนัดตรวจติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น ทุก 1-2 สัปดาห์ เพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที

สำหรับการให้ความรู้และคำแนะนำการใช้ยา MDT โดยเภสัชกร พบว่าหลังการพัฒนาระบบบริการฯ มีการพัฒนาที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนพัฒนาระบบบริการฯ ขณะเดียวกันไม่พบอุบัติการณ์การเกิดแพ้ยาซ้ำ (Repeated adverse drug reaction type B: Repeated ADR type B) และอุบัติการณ์การใช้คู่ยาที่มีอันตรกิริยารุนแรง (Fatal drug interaction) ซึ่งสะท้อนถึงการบริหารความเสี่ยงเรื่องการใช้ยาอย่างเป็นระบบ และคุณภาพการทำงานของเภสัชกรในระบบบริการได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้นทีมผู้ศึกษาได้จัดทำระบบการคัดกรองปัจจัยกระตุ้นภาวะโรคเห่อ (Leprosy Reactions) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทุกราย โดยจะมีการส่งตรวจคัดกรองโพรงจมูกอักเสบ ความผิดปกติทางตา และมีการตรวจฟันภายใน 3 เดือน หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อนหรือหลังจากได้รับยาสเตียรอยด์ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนพัฒนาระบบบริการฯ

จากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ เช่น ในประเทศอินเดียและบราซิล มีระบบการให้บริการแบบบูรณาการไปกับการให้บริการสุขภาพทั่วไป โดยทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาโรคเรื้อนที่ครบถ้วน หรือจำเป็นต้องเปลี่ยนสูตรยาที่ใช้ในการรักษา[7-8]

เป้าหมายที่ 3 ผู้ป่วยไม่เกิดความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาด้วยยา MDT เป้าหมายนี้เป็นเป้าหมายหลักของ WHO คือ Zero Disability เพื่อให้ระบบบริการฯ สามารถเฝ้าระวังไม่ให้เกิดความพิการระหว่างการรักษา โดยการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยการตรวจประเมินความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกรายและทุกครั้งที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนมารับยา ณ สถานบริการ ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการทำงานของพยาบาลผู้ดูแล (Working performance) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวชี้วัดก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการฯ พบว่าร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจประเมินป้องกันความพิการ อยู่ในเกณฑ์ดีเหมือนเดิม (ร้อยละ 100) แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ในปี 2564 มีอุบัติการณ์ของความพิการที่เพิ่มขึ้นระหว่างรักษา จำนวน 1 ราย ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมา

รับบริการตามนัดได้ จึงได้มีการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนทางไกล (Telemedicine) ขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหานี้

จากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ เช่น ในประเทศอินเดีย พบว่า จุดสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนถูกเปลี่ยนจากการรักษาโรคเรื้อนด้วยยาเพียงอย่างเดียวมาเป็นการป้องกันการเกิดความพิการ โดยจากการศึกษานี้พบว่า ความพิการสามารถเกิดขึ้นได้ถึงแม้จะได้รับการรักษาโรคเรื้อนจนครบแล้ว ดังนั้นควรมีการตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอในระยะยาว ทั้งในระหว่างรักษาและหลังจากการให้ยารักษาโรคเรื้อนครบแล้ว[9] ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานของระบบบริการฯ ที่ได้พัฒนาขึ้น

เป้าหมายที่ 4 ผู้ป่วยที่มีความพิการจากโรคเรื้อนได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งทางกาย จิต และสังคม สำหรับระบบบริการด้านการฟื้นฟูสภาพนั้น สถาบันราชประชาสมาสัย สามารถให้บริการได้อย่างครบวงจร เนื่องจากมีบริการฟื้นฟูสภาพแก้ไขความพิการทั้งทางตา มือ และเท้า อีกทั้งยังมีการบริการสนับสนุนกายอุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น รองเท้าสำหรับผู้พิการจากโรคเรื้อน การลดแรงกดที่ตำแหน่งแผล (OFF-Loading) ให้แก่ผู้พิการจากโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังใต้ฝ่าเท้า การทำขาเทียม ซึ่งเครือข่ายสามารถขอความอนุเคราะห์ หรือส่งตัวผู้ป่วยผู้พิการจากโรคเรื้อนมารับการรักษาที่เหมาะสมได้ โดยจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวชี้วัดก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการฯ พบว่า ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ ที่เหมาะสม ร้อยละของผู้ป่วยแผลเรื้อรังใต้ฝ่าเท้าได้รับการ OFF-Loading ที่ถูกต้องเหมาะสม ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับบริการสวัสดิการสังคม รวมถึงร้อยละของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนที่ถูกส่งต่อมาได้รับการฟื้นฟูสภาพตามกระบวนการยังคงดีเท่าเดิม (ร้อยละ 100)

โดยจากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ พบว่า ความพิการจากโรคเรื้อน นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนทางกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ สังคม และเศรษฐานะ ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยที่มีความพิการจากโรคเรื้อนควรจะได้รับการฟื้นฟูสภาพในทุก ๆ ด้าน[10] ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนา ระบบบริการฯ ในการศึกษานี้

ระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ ที่ทางสถาบันราชประชาสมาสัยได้พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกสาขาวิชาชีพ ร่วมกันจัดทำเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งในด้านการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษา ฟื้นฟูสภาพ และรับส่ง-ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะแทรกซ้อนนั้น สามารถช่วยลดปัญหาบุคลากรมีความเชี่ยวชาญโรคเรื้อนลดลง รวมถึงการขาดระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีปัญหาด้านการวินิจฉัยรักษา และผ่าตัดในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นปัญหาเช่นเดียวกับที่พบในประเทศอินเดียและบราซิล[7-9] จากการประเมินการยอมรับระบบบริการฯ รวมถึงความพึงพอใจของผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก น่าจะอธิบายได้จากระบบบริการฯ นี้ได้พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกสาขาวิชาชีพ จึงทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีการยอมรับและพึงพอใจต่อระบบมาก สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการ ผลการประเมินการยอมรับระบบบริการฯ รวมถึงความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับผลลัพธ์การรักษาหลังจากการพัฒนาระบบบริการฯ

จากการทบทวนวรรณกรรมวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ในประเทศที่ยังมีความชุกโรคเรื้อนสูง เช่น ประเทศอินเดีย บราซิล ศรีลังกา[11-13] การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนจะบูรณาการไปกับการให้บริการสุขภาพทั่วไป (General Health Services) ซึ่งมีทั้งประสบความสำเร็จ และไม่ประสบความสำเร็จในการบูรณาการ แต่อย่างไรก็ตาม สำหรับประเทศไทยซึ่งมีสถานการณ์ความชุกโรคเรื้อนต่ำ การมีสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน (Leprosy Node) ในพื้นที่ 4 ภูมิภาค รวมถึงการมีระบบบริการครบวงจรเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ (National Leprosy Node) น่าจะเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ ในภาวะสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

เช่น สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ที่เกิดขึ้นในระหว่างการศึกษานี้ ทำให้เกิดผลกระทบกับผลลัพธ์การรักษา ดังนั้นอาจต้องมีการตั้งรับและปรับเปลี่ยนกลวิธีในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อนำไปสู่การกำจัดโรคเรื้อนให้หมดไป (Interruption of Transmission) จากประเทศไทย ภายในปี 2570 ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกต่อไป

แหล่งทุน

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการของสถาบันราชประชาสมาสัย ปี2563 และงบสนับสนุนจากเงินบำรุง สถาบันราชประชาสมาสัย ปี 2564

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเรื้อน คณะผู้บริหาร ผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพในสถาบันราชประชาสมาสัย ทุกท่านที่ร่วมปฏิบัติการตลอดระยะเวลา 2 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. Raj PrachaSamasai Institute (TH). Annual Report 2021 [Internet]. Samut Prakan. Raj PrachaSamasai Institute; 2021 [cited 2021 Oct 15]. 116 p. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1282920220606095246.pdf (in Thai)
2. Sermrittirong S, Prompunjai N, Chua-Intra B. The Effectiveness Evaluation of Leprosy Specialized Facilities' Development in 4 Regions of Thailand in 2018. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 15];13(1):44-55. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/article/view/186408/131020 (in Thai)
3. Rao P.S.S S. Referral system: A vital link in the sustainability of leprosy services. Leprosy Review [Internet]. 2010 [cited 2021 Oct 15];81(4):292-8. Available from: https://leprosyreview.org/article/81/4/29-2298
4. World Health Organization. Towards zero leprosy Global Leprosy (Hansen's disease) Strategy 2021-2030 [Internet]. Geneva. World Health Organization; 2021 [cited 2021 Oct 15]. 30 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789290228509
5. Kumar B, Kar HK. IAL Textbook of Leprosy. 2ndedition [Internet]. New Delhi. The Health Sciences Publisher; 2016. [cited 2021 Oct 15]. 774 p. Available from: https://www.amazon.com/Ial-Textbook-Leprosy-Bhushan-Kumar/dp/9351529916?asin=B09HK8HZ87&revisionId=&format=4&depth=1
6. Arquer GRd, Kumar A, Singh RK, Satle N, Mamidi R, Biswas P. COVID-19 and leprosy new case detection in India. Leprosy Review [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 15];92(1):88-91. Available from: https://leprosyreview.org/article/92/1/20-21008
7. Deps PD, Nasser S, Guerra P, Simon M, Birshner RDC, Rodrigues LC. Adverse effects from Multi-drug therapy in leprosy: A Brazilian study. Leprosy Review [Internet]. 2007 [cited 2021 Oct 15];78(3):216-22. Available from: https://leprosyreview.org/article/78/3/21-6222
8. Vineetha M, Celine M, Sadeep MS, Kurien G. Adverse Reactions of Multi Drug Therapy of Leprosy- A Case Series. Indian Journal of Leprosy [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 15]; 89:165-71. Available from: https://www.ijl.org.in/published-articles/140920211410276_M_Vineeta_et_al_(165-171).pdf
9. Rathod SP, Jagati A, Chowdhary P. Disabilities

in leprosy: an open, retrospective analyses of institutional records. An Bras Dermatol [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 15];95(1):52-6. Available from: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S036505961930176X?token=084D8BEB7C1C54A56C109E729A2DDF30F3D7588E49877B331880098126FB48DDFEB9F3951E074DAAF47DF4772EFD8EEF55&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221209034337

10. Brakel WHv, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. Glob Health Action [Internet]. 2012 [cited 2021 Oct 15];5:18394:1-11. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.3402/gha.v5i0.18394?needAccess=true&role=button

11. Pandey A, Rathod H. Integration of Leprosy into GHS in India: A Follow up study (2006-2007). Leprosy Review [Internet]. 2010 [cited 2021 Oct 15];81(4):306-17. Available from: https://leprosyreview.org/article/81/4/30-6317

12. Wijesinghe TS, Wijesinghe PR. Integration of leprosy services into the General Health Service in Sri Lanka: overcoming challenges to implementation in a remote district. WHO South-East Asia Journal of Public Health [Internet]. 2013 [cited 2021 Oct 15];2(1):63-7. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329773/seajphv2n1_p63.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Barbieri RR, Sales AM, Hacker MA, Nery Nery JAdC, Duppre NC, Machado AdM, et al. Impact of a Reference Center on Leprosy Control under a Decentralized Public Health Care Policy in Brazil. PLOS Neglected Tropical Diseases. [Internet]. 2016 [cited 2021 Oct 15];10(10) e0005059:1-11. Available from: https://journals.plos.org/plosntds/article/file?id=10.1371/journal.pntd.0005059&type=printable