

บทที่ 6

บทสรุปและข้อเสนอแนะ



สรุปและอภิปรายผล

6.1 วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์และข้อมูล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบและขนาดของต้นทุน ต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม และประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสมซึ่งรวมถึงประสิทธิผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสมในสถานบำบัดโรคผิวหนัง วัคมกุฎกษัตริยาราม ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะตัวอย่างเท่านั้น การวิเคราะห์ต้นทุนดังกล่าวจะแบ่งเป็น 3 ประเภทด้วยกัน ได้แก่ ต้นทุนต่อหน่วยแยกตามประเภทเชื้อน้อยและเชื้อมาก ต้นทุนต่อหน่วยแยกตามชนิดของโรคเรื้อนและต้นทุนต่อหน่วยตามระยะเวลาของการรักษา การวิเคราะห์ต้นทุน จะเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการรักษาจนสามารถหยุดยาผสมซึ่งแตกต่างจากการรักษาพยาบาลทั่วไปเนื่องจากการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องใช้เวลาที่ยาวนาน ผู้ป่วยต้องมารับบริการหลายครั้ง (visit) อย่างต่อเนื่องจนสามารถหยุดยาได้เมื่ออาการไม่กำเริบ* ศึกษาถึงองค์ประกอบของต้นทุน จะแบ่งเป็นต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อมในการรักษาพยาบาล สำหรับการวิเคราะห์ประสิทธิผลนั้น เพื่อดูความสำเร็จในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม และการจัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสมโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกรายที่เข้ารับการรักษาด้วยยาผสมทุกรายสามารถหยุดยาได้

ข้อมูลสำหรับใช้ในการวิเคราะห์นี้เป็นข้อมูลประเภททุติยภูมิเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเก็บรวบรวมได้จากข้อมูลที่บันทึกไว้ที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัคมกุฎกษัตริยาราม กองโรคเรื้อน และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 1 กรุงเทพมหานคร ในกรอบระยะเวลาที่ศึกษา ซึ่งเป็นการ

* รายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 141.

ศึกษาย้อนหลัง จึงมีความจำกัดในการเก็บข้อมูล เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังหลาย ๆ ปี ข้อมูลบางตัวไม่ครบถ้วน เช่น ต้นทุนด้านครุภัณฑ์ บางส่วนมีการบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่มีวันที่รับสิ่งของครุภัณฑ์นั้น ๆ ท้าให้ต้องใช้เป็นวิธีการประมาณการ อย่างไรก็ตามก็ตีการประมาณการก็ได้พยายามกระทำให้ใกล้เคียงมากที่สุด

6.2 ผลการศึกษา

6.2.1 จากการวิเคราะห์ต้นทุนรวมทั้งหมดที่ใช้ในการจัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ารับการรักษาทันที ทั้งที่ประสบความสำเร็จในการรักษาจนสามารถหยุดยาผสมได้ และรายที่ขาดการรักษาเกิน 2 ปี รวมทั้งในรายที่ยังคงรักษาอยู่ พบว่า การใช้ต้นทุนได้มาจากงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากกองโรคเรื้อนโดยผ่านสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 1 กรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงเล็กน้อยที่ใช้จ่ายบำรุงของสถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฏกษัตริยาราม ใช้จ่ายเป็นค่าตอบแทนเงินเดือน แก่แพทย์ที่ปรึกษา และค่าตอบแทนความเสี่ยงของแพทย์ในการรักษาโรคเรื้อน ยาและเวชภัณฑ์อื่น ๆ ซึ่งใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคผิวหนัง บางส่วนได้ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อนโดยไม่คิดมูลค่า ซึ่งในส่วนนี้ไม่สามารถแยกได้ชัดเจนว่าเป็นเท่าไร

6.2.2 ต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนจนสามารถหยุดยาได้ จากการศึกษาพบว่าต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากจนสามารถหยุดยามีต้นทุนสูงกว่าต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื่อน้อย ประมาณ 7.8 เท่า โดยต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากเฉลี่ยเป็น 8,718.47 บาท และในต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื่อน้อยเฉลี่ย 1,115.46 บาท สำหรับผู้ป่วยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาในประเภทเชื่อน้อยเฉลี่ยรายละ 1111.43 บาท และต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาในประเภทเชื้อมากเฉลี่ยเป็น 6816.12 บาท ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Revanker (1986) ซึ่งศึกษาเฉพาะต้นทุนค่ายาของระบบยาระยะสั้นหลาย ๆ ระบบพบว่าต้นทุนระบบยาผสมระบบนี้ ในเด็กมีต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาเป็นครึ่งหนึ่งของผู้ใหญ่

6.2.3 เมื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสมจนสามารถที่จะหยดยาแยกตามรายชนิดของโรคเรื้อน พบว่าในชนิดอินดิเทอมีเนมมีต้นทุนต่อหน่วยของการของการรักษาผู้ป่วยจนสามารถหยดยาเฉลี่ยเป็น 898.55 บาทเป็นต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาที่ต่ำที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยชนิดอินดิเทอมีเนมมีมีจำนวนครั้งของการมารับบริการ 6 ครั้งทุกราย ทำให้สัดส่วนการใช้ต้นทุนแรงงาน ต้นทุนเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ ประกอบกับผู้ป่วยชนิดอินดิเทอมีเนมมีอาการไม่รุนแรงจึงทำให้มีค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่าชนิดอื่นในกลุ่มประเภทเชื้อน้อยสำหรับชนิดทิวเบอร์คูลอยด์ซึ่ง พบว่ามีต้นทุนต่อหน่วยเฉลี่ยในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนเฉลี่ยเป็น 1,138.29 บาท ผู้ป่วยชนิดนี้มีอาการไม่มาก รักษาครบตามเกณฑ์ที่กำหนดในระยะเวลา 6 เดือนเป็นส่วนใหญ่ ไม่ปรากฏโรคเห่อ หรืออาการแทรกซ้อนอื่น ๆ จึงทำให้ต้นทุนต่อหน่วยไม่สูง ชนิดบอร์เดอร์ไลน์ทิวเบอร์คูลอยด์ที่ตรวจไม่พบเชื้อมีต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยจนสามารถหยดยาผสมเฉลี่ย ใกล้เคียงกับต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยชนิดทิวเบอร์คูลอยด์ แม้ว่าขอบเขตเวลาเฉลี่ยที่สามารถหยดยาของผู้ป่วยชนิดบอร์เดอร์ไลน์ทิวเบอร์คูลอยด์ที่ตรวจไม่พบเชื้อจะสูงกว่าชนิดทิวเบอร์คูลอยด์ ทั้งนี้อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยในชนิดบอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คูลอยด์ มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าชนิดอื่น ๆ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากที่สามารถหยดยา พบว่าต้นทุนต่อหน่วยโดยเฉลี่ยของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนจนสามารถหยดยาผสมจะสูงขึ้นตามลำดับ จากชนิดบอร์เดอร์ไลน์ มีต้นทุนต่อหน่วยการรักษาต่ำสุด บอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คูลอยด์ที่ตรวจไม่พบเชื้อสูงขึ้นตามลำดับ โดยสูงสุดในชนิดเลโปรมาตัส ซึ่งมีความรุนแรงสูงสุด ต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดบอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คูลอยด์ที่ตรวจพบเชื้อ เท่ากับ 6,890.24 บาท ชนิดบอร์เดอร์ไลน์ เท่ากับ 6,515.68 บาท ชนิดบอร์เดอร์ไลน์ เลโปรมาตัส เท่ากับ 7,883.25 บาท และชนิดเลโปรมาตัสมีต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก เฉลี่ยเท่ากับ 10,048.43 บาท ซึ่งในชนิดเลโปรมาตัสเป็นชนิดที่มีความรุนแรงมากที่สุด และเป็นชนิดที่มีต้นทุนสูงสุดในการรักษาในการรักษาพยาบาลจนสามารถหยดยาผสม

6.2.4 ต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม แยกตามระยะเวลาที่รักษา ตามเกณฑ์ที่กำหนดในการศึกษา พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาของการรักษาเพิ่มมากขึ้น ทั้งในประเภทเชื้อน้อยและประเภทเชื้อมาก โดยประเภท

เขื่อนน้อยต้นทุนเพิ่มขึ้นขนาดใกล้เคียงกันในระยะเวลาทุก 6 เดือนที่เพิ่มขึ้น ส่วนประเภทเขื่อนมาก เพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาเพิ่มขึ้น ยกเว้นปีที่ 6 ซึ่งเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลง

6.2.5 เมื่อศึกษาถึงองค์ประกอบของต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สามารถหยุดยา พบว่า ต้นทุนที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการรักษาผู้ป่วยสำหรับต้นทุนทางอ้อมซึ่งเป็นต้นทุนที่สนับสนุนในการรักษาพยาบาลมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น เนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่สลับซับซ้อนในการรักษาผู้ป่วย มีต้นทุนโดยตรง ประมาณร้อยละ 90 ของต้นทุนทั้งหมดที่ใช้ต่อหน่วยในการรักษาพยาบาล เมื่อพิจารณาตามประเภทของโรคเรื้อนพบว่า โรคเรื้อนประเภทเขื่อนน้อย ต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนจนสามารถหยุดยา มีต้นทุนทางตรงโดยเฉลี่ยเป็นร้อยละ 90.78 และต้นทุนทางอ้อม เป็นร้อยละ 9.22 ส่วนในประเภทเขื่อนมาก พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของการรักษามีต้นทุนต่อหน่วยเป็นร้อยละ 94.43 และต้นทุนทางอ้อมเป็น ร้อยละ 5.57 สาเหตุที่ต้นทุนที่คำนวณได้เป็นต้นทุนทางตรงเสียส่วนใหญ่ อาจเนื่องมาจากการศึกษาไม่ได้รวมต้นทุนที่ดิน และค่าเสียโอกาสของการใช้ทรัพย์สินมารวมด้วย

เมื่อพิจารณาด้านต้นทุนต่อหน่วย พบว่าสัดส่วนขององค์ประกอบของต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนจนสามารถหยุดยานั้นมีต้นทุนแรงงาน ซึ่งเป็นมูลค่าเงินเดือน ค่าจ้าง และสวัสดิการอื่น ๆ ที่เป็นตัวเงิน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าช่วยเหลือบุตร มีสัดส่วนของต้นทุนสูงทั้งในประเภทเขื่อนน้อยและประเภทเขื่อนมาก เนื่องจากสถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฎกษัตริยารามมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญ และการจัดบริการมีสัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนมากกว่าโรคผิวหนัง ซึ่งสถานบำบัดโรคผิวหนังก็ให้บริการเช่นกัน เพื่อการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน ต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเภทเขื่อนมากแยกเป็นต้นทุนค่ายาตามระบบยาผสมและยาทั่วไปที่เป็นยาที่ให้แก่ผู้ป่วยในการบำบัดโรคเพื่อ อาการแทรกซ้อนอื่น ๆ และวิตามินบำรุง หากรวมเป็นต้นทุนค่ายา จะเป็นองค์ประกอบที่มีสัดส่วนสูงที่สุดในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเขื่อนมาก สำหรับองค์ประกอบอื่น ๆ มีขนาดสัดส่วนเพียงเล็กน้อย

6.2.6 เปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรันทันทีมีอาการแทรกซ้อนโรคห่อ ความพิการ และขาดผล กับในรายที่ไม่มีอาการโรคห่อ ความพิการ และขาดผล ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มที่มีการรักษาที่ต่อเนื่องจนสามารถหยุดยาผสมได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนโรคห่อ จะมีต้นทุนต่อหน่วยสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรันทันทีที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนโรคห่อ ทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรณประเภทเชื้อมากและผู้ป่วยโรคเรื้อรณประเภทเชื้อน้อย เนื่องจากกลุ่มที่มีอาการแทรกซ้อนต้องได้รับการรักษาและดูแลที่มากขึ้น ทำให้ต้นทุนค่ายา แรงงาน การตรวจทางห้องปฏิบัติการและต้นทุนในส่วนอื่น ๆ เพิ่มขึ้น เนื่องจากจำนวนครั้งที่ต้องมารับบริการจะสูงกว่า

ในการเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการในทุกระดับของความพิการกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มี ความพิการ พบว่าต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาในกลุ่มที่มีความพิการจะมีต้นทุนสูงกว่าทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรณประเภทเชื้อน้อยและประเภทเชื้อมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในดูแลการรักษาและการให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อป้องกันมิให้ความพิการมากขึ้น จึงทำให้ต้นทุนในการรักษาจึงสูงกว่า เมื่อศึกษาถึงต้นทุนในผู้ป่วยที่มีขาดผลที่ต้องได้รับการดูแลนั้น พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีขาดผลนั้น ผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อยผู้ป่วยที่มีขาดผลมีต้นทุนต่อหน่วยที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีขาดผลแต่ในประเภทเชื้อมากนั้นผู้ป่วยที่ไม่มีขาดผลกลับมีต้นทุนที่สูงกว่า ทั้งนี้มีผู้ป่วยที่มีขาดผลโดยแพทย์ได้บันทึกว่าในทะเลเปียนประวัตินั้นมีจำนวนน้อยมาก และสามารถหยุดยาได้ในระยะที่สั้นทำให้ต้นทุนต่อหน่วยจึงต่ำ

6.2.7 ผู้ป่วยที่รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ในประเภทเชื้อน้อยเมื่อรักษาไปแล้วต่อมาขาดยาเกิน 3 เดือน ต้องเริ่มต้นรักษาใหม่ จะนับต้นทุนต่อหน่วยทั้งที่รักษาครั้งแรกและรวมการรักษาที่เกิดขึ้นในภายหลังจากที่ขาดการรักษาแล้วกลับมารักษาใหม่ จนสามารถหยุดยาผสมได้ เมื่อนำต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาจนสามารถหยุดยาผสมในกลุ่มที่รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีต้นทุนต่อหน่วยสูงกว่า เนื่องจากต้องใช้จ่ายผสมมากขึ้น รวมทั้งต้องจ่ายต้นทุนในส่วนอื่น ๆ เนื่องจากจำนวนครั้งที่มารับบริการมากขึ้นทำให้ต้องจ่ายต้นทุนในส่วนนี้สูงขึ้นจากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่รับการรักษาไม่ต่อเนื่องมีต้นทุนต่อหน่วยเป็น 1409.23 บาท ทำให้ต้องสูญเสียต้นทุนเวชภัณฑ์ ต้นทุนแรงงาน และต้นทุนอื่น ๆ ที่ใช้ในการรักษาที่ผ่านมา และต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการติดตามผู้ป่วยให้มารับยาอย่างสม่ำเสมอและในกลุ่มที่รับการรักษาต่อเนื่องเป็น 1115.46 บาท

แต่เมื่อมาหาค่าเฉลี่ยของต้นทุนต่อหน่วยในกลุ่มผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อย พบว่าต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาเป็น 1,129.04 บาท สาเหตุที่ต้นทุนต่อหน่วยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันมากนัก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รับการรักษาไม่ต่อเนื่องมีจำนวนไม่นัก สำหรับในประเภทเชื่อนั้นในกลุ่มประชากรตัวอย่างไม่มีผู้ป่วยที่เริ่มต้นรักษาใหม่เนื่องจากขาดการรักษาเกิน 6 เดือน

6.2.8 ต้นทุนที่สูงสูญเสียไปเนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ารับการรักษาลแล้ว ต่อมาขาดการรักษาเกิน 2 ปี จะทำให้ต้องเสียต้นทุนของรัฐซึ่งเป็นงบประมาณโดยไม่ได้ประโยชน์ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการติดตาม และอาจก่อให้เกิดต้นทุนภายนอกได้นอกจากที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว โดยเฉพาะในรายที่ยังคงพบเชื้อในการรักษาครั้งสุดท้าย ก่อนที่จะไม่มาติดต่อรับการรักษาและไม่สามารถติดตามมาห้กลับมารักษาต่อได้ อาจแพร่เชื้อสู่ผู้ใกล้ชิดและชุมชนได้ นอกจากนี้การขาดยาอาจก่อให้เกิดความพิการมากขึ้น เนื่องจากไม่ได้รับการรักษา ซึ่งทำให้เกิดต้นทุนภายนอกเกิดขึ้น เป็นปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจที่รัฐต้องรับภาระเพิ่มขึ้น

6.2.9 ต้นทุนผู้รับบริการจากการศึกษาเฉพาะจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับบริการรักษาพยาบาล ซึ่งพบว่าโดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อยต้องมารับบริการประมาณ 7.7 ครั้ง และประเภทเชื่อน้อยต้องเดินทางมารับบริการเฉลี่ย 38.64 ครั้ง จะเห็นว่าหากมีโรคเหอ หรืออาการแทรกซ้อน จำนวนครั้งที่มารับการรักษาจะมากขึ้นด้วย การศึกษาที่ไม่ได้ศึกษาถึงต้นทุนที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการเดินทางมารักษา ต้นทุนภายนอกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องหยุดงาน หรือเสียเวลาในการประกอบอาชีพ การสูญเสียรายได้ที่ควรจะได้รับ ค่าอาหารที่เพิ่มขึ้นจากปกติ ซึ่งการศึกษาไม่ได้ทำการศึกษา

6.2.10 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมีลักษณะทั่วไป มีลักษณะเช่นเดียวกับระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่องค์การอนามัยโลกได้ศึกษาไว้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนชายมากกว่าหญิง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีคู่สมรสและครอบครัวแล้ว ผู้ป่วยยาหมซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน มีความพิการเกิดขึ้น ผู้พิการเป็นผู้ที่อยู่แนวแรงงานเป็นส่วนใหญ่ และอวัยวะที่พิการส่วนใหญ่คือ มือ และรองลงมา คือ เท้า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเป็นผู้สัมผัสโรคเรื้อน ซึ่งเป็นญาติใกล้ชิดอยู่ร่วมบ้านหรือผู้ที่บ้านเรือนอยู่บ้านใกล้เคียงกับบ้านผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านยังคงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับความสนใจในการค้นหาผู้ป่วยใหม่เป็นอย่างมาก (WHO, 1985)

6.2.11 ประสิทธิภาพของยาผสมการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยยาผสม พบว่า การรักษาด้วยยาผสมได้ผลค่อนข้างดีในกลุ่มผู้ป่วยประเภทเขื่อน้อยโดยได้ผลดีใน 6 เดือนเป็นร้อยละ 78.71 โดยได้ผลดีมากในชนิดอินดิเทอมีเนทเป็นร้อยละ 100 และในผู้ป่วยชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์ ได้ผลดีเป็นร้อยละ 93.33 สำหรับชนิดบอร์เตอร์โลน ทิวเบอร์คิวลอยด์ได้ผลร้อยละ 65.45 ซึ่งได้ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา ในสถานบำบัดโรคผิวหนัง (กรองกาญจน์, 2532) และที่ จังหวัดมหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด (บิยะ, กรองกาญจน์, จรุง, 2532) เมื่อศึกษาประสิทธิภาพของยาผสมเมื่อรักษาใน 1 ปี พบว่า ชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์ เป็นร้อยละ 98.33 และชนิดบอร์เตอร์โลน ทิวเบอร์คิวลอยด์ เป็นร้อยละ 95.45 เพิ่มขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะชนิดบอร์เตอร์โลน ทิวเบอร์คิวลอยด์ แต่ยังไม่สามารถหยุดยาทุกรายใน 1 ปี ได้

สำหรับกลุ่มประเภทเขื่อนมาก ประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาในระยะเวลา 2 ปี เป็นร้อยละ 66.67 ในผู้ป่วยบอร์เตอร์โลน ทิวเบอร์คิวลอยด์ที่ตรวจพบเชื้อและชนิดบอร์เตอร์โลน ร้อยละ 54.55 สำหรับชนิดบอร์เตอร์โลน เลโรปรมาตัส และชนิดเลโรปรมาตัส เป็นร้อยละ 35.56 และ 18.37 เท่านั้นเมื่อศึกษาประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาที่ระยะเวลาที่มากกว่า 2 ปี พบว่าชนิดบอร์เตอร์โลน มีประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาในเวลา 4 ปี เป็นร้อยละ 100 แต่เนื่องจากผู้ป่วยชนิดบอร์เตอร์โลน และบอร์เตอร์โลน ทิวเบอร์คิวลอยด์ มีผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่องมีจำนวนน้อย จึงยังมีอาจสรุปถึงประสิทธิภาพการรักษาของผู้ป่วยทั้งสองชนิดนี้ได้และในการศึกษาประสิทธิภาพของผสมในการรักษาในระยะเวลา 5 ปี พบว่า ชนิดบอร์เตอร์โลน เลโรปรมาตัสเป็นร้อยละ 93.33 และชนิดเลโรปรมาตัส เป็นร้อยละ 77.55 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ชนิด ส่วนใหญ่ต้องรักษาเกินกว่าระยะเวลา 2 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนิดเลโรปรมาตัส ซึ่งเป็นชนิดที่รุนแรงต้องเข้ารับการรักษาค่อนข้างนาน

6.2.12 จากการศึกษาความพิการของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีความพิการร้อยละ 23.64 โดยแบ่งเป็นความพิการระดับ 1 ร้อยละ 10.54 และความพิการที่มองเห็นชัดเจน ระดับ 2 เป็นร้อยละ 17.15 ผู้ป่วยที่พิการส่วนใหญ่เป็นชายและอยู่ในวัยแรงงาน และมีคู่สมรสและครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ความพิการที่พบส่วนใหญ่เป็นการพิการที่มือ และเท้า เป็นร้อยละ 20.0 และ 18.08 ตามลำดับ บางรายมีความพิการที่ตา เป็นร้อยละ 3.56 ผู้พิการเหล่านี้รัฐและสังคมต้องรับภาระในการดูแลและสงเคราะห์ ซึ่งเป็นภาระที่หนักมีาชน้อย

หากพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยใหม่ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ค้นพบใหม่ ามเคยได้รับการรักษาโรคเรื้อนมาก่อน พบว่ามีความพิการทุกระดับ ร้อยละ 20.88 โดยมีความพิการระดับ 1 ร้อยละ 10.67 และระดับ 2 เป็นร้อยละ 10.22 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความพิการตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษา และเมื่อศึกษาต่อเนื่องไปถึงความพิการภายหลังการรักษาด้วยยาผสมจนสามารถหยุดยาได้ พบว่ามีความพิการเพิ่มขึ้นเป็นความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วย จำนวน 2 ราย คือจากเดิมไม่มีความพิการและมีความพิการระดับ 1 เป็นมีความพิการระดับ 2 เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ซึ่งความจะเห็นได้ว่าความพิการเมื่อเริ่มต้นของผู้ป่วยรายใหม่ก่อนการรักษาสามารถลดลงได้ โดยการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาโดยเร็วก่อนที่ความพิการจะเกิดขึ้น และในขณะที่รับการรักษาต้องได้รับการแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความพิการ เพื่อไม่ให้มีความพิการหรือในรายที่มีความพิการแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อไม่มีความพิการเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ต้องมีการฟื้นฟูสภาพความพิการ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาที่ตามมาในด้านเศรษฐกิจสังคมของประเทศจากผู้พิการเหล่านี้

6.2.12 อาการแทรกซ้อนและการแพทย์ การเกิดโรคเห่อพบในประเภท

เชื่อน้อย ชนิดบอร์เตอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ และในประเภทเชื่อมาก พบได้ในทุกชนิดของโรคเรื้อน การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะในระหว่างการรักษาด้วยยาผสมเท่านั้น ผู้ป่วยที่มีโรคเห่อต้องได้รับการรักษาอย่างทันที เพื่อป้องกันการพิการ เนื่องจากเส้นประสาทอักเสบ (ธีระ, 2530) ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาและดูแลมากขึ้น ทำให้ต้นทุนค่ายา ต้นทุนแรงงาน และต้นทุนอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้นกว่าผู้ป่วยที่รักษาในระยะเวลาที่เท่ากันแต่ไม่มีโรคเห่อมาก เนื่องจากต้องใช้ต้นทุนเหล่านี้เพิ่มขึ้น และในส่วนต้นทุนภายนอกของผู้ป่วยก็เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่เกิดโรคเห่อเหล่านี้ จะต้องเดินทางมารับการรักษามากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาย่อมเพิ่มขึ้น นอกจากพบว่าบางรายมีอาการมาก ประสาทอักเสบ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างปกติ ต้นทุนค่าเสียโอกาสที่ต้องหยุดงานก็มีเพิ่มขึ้นด้วย สำหรับอาการอื่น ๆ เช่น ไข้ บวมศรีษะ การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาว่าเป็นผลที่เกิดจากยาผสมหรือไม่ แต่แพทย์ต้องให้การรักษา ทำให้ต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นรวมทั้งต้นทุนของผู้ป่วยเช่นกัน

6.2.13 ประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม พบว่า ประสิทธิภาพการรักษาจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยที่ขาดการรักษาเป็นสำคัญ ซึ่งหากผู้ป่วยโรคเรื้อนขาดการรักษาเกิน 2 ปี จะต้องถูกตัดออกจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ารับการรักษา นอกจากนี้พบว่า การรับยาไม่สม่ำเสมอขาดยาเกิน 3 เดือนต้องเริ่มต้นการรักษาใหม่ ทำให้การรักษาต้องใช้ระยะเวลามากขึ้น สำหรับการศึกษพบว่าผู้ป่วยในประเภทเชื่อน้อย มีประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล เป็นร้อยละ 77.26 แต่สำหรับในชนิดอินดิเตอร์มิเนท เป็นร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ก็จะทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลสูง สำหรับชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์และบอร์เตอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ เนื่องจากมีการขาดยาจนต้องตัดออกจากทะเบียนการรักษา และขาดยาเกิน 3 เดือนต้องเริ่มต้นใหม่ ทำให้มีประสิทธิผลการรักษาต่ำลง สำหรับประสิทธิผลการรักษาด้วยยาผสมในกลุ่มผู้ป่วยประเภทเชื่อนั้นยังมีความรุนแรงมากเท่าใดประสิทธิผลก็ยิ่งต่ำลง จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยชนิดเลปรมาดัสสันมีประสิทธิผลการรักษาต่ำในขอบเขตระยะเวลา 2 ปี การที่ประสิทธิผลการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รุนแรงต่ำนั้นทั้งนี้ เนื่องจากประสิทธิผลของยาผสมยังไม่ดีนักในกลุ่มเลปรมาดัส การรักษาที่ต้องใช้ขอบเขตระยะเวลาที่ยาวนานทำให้มีการขาดการรักษารวมทั้งผู้ป่วยไม่ยินยอมมารับการรักษา แม้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะได้ติดตามให้กลับมารับการรักษาต่ออีก

6.2.14 ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาพยาบาลแสดงให้เห็นความสม่ำเสมอต่อเนื่องของการรักษาพยาบาล คือหากมีความสม่ำเสมอสูงสุด ร้อยละ 100 ผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อยที่ต้องรักษาใช้เวลา 6 เดือน ต้องได้รับยานเวลา 168 วัน และความสม่ำเสมอต่ำสุดที่ยอมรับได้ คือรับยา 6 เดือน ต้องใช้เวลาภายใน 9 เดือน หรือ 252 วัน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อยต้องใช้เวลาเฉลี่ยเป็น 8.1 เดือน พบว่า ในผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื่อน้อยมีความสม่ำเสมอในการรับการรักษาสูงสุดโดยภายในเวลา 6 เดือนใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 6.83 เดือน ร้อยละ 71.28 ต้องใช้เวลารักษาประมาณ 252 วัน ในการรับการรักษา 6 ครั้ง ในผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อย ความสามารถในการหยุดยา ในระยะเวลา 2 ปี มีความสม่ำเสมอต่อเนื่องสูงสุดเป็นร้อยละ 51.6 ส่วนที่เหลือได้รับการรักษาจนสามารถหยุดยานั้นต้องใช้เวลาภายใน 2 ปี 5 เดือน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรักษาที่มีความสม่ำเสมอค่อนข้างสูงในผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื่อน้อยที่สามารถหยุดยาในระยะเวลา 2 ปี เนื่องจากการศึกษา

ไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ในการรักษาเป็นรายปี จึงไม่สามารถบอกถึงความสัมพันธ์จากการรักษาของประเภทเชื่อมากในการรักษารายปี

6.2.15 การขาดการรักษาเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ประสิทธิผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยลดต่ำลงจากประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาผสม โดยพบว่าผู้ป่วยที่ขาดยาเกิน 2 ปีเป็น ร้อยละ 12.6 แยกเป็นกลุ่มประเภทเชื่อน้อยร้อยละ 34.8 และเป็นกลุ่มประเภทเชื่อมาก ร้อยละ 65.2 ผู้ป่วยที่ขาดยาเป็นผู้ป่วยประเภทเชื่อมากมากกว่าผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อย ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาก็มากกว่า มีความรุนแรงของโรคในประเภทเชื่อมากมากกว่า ผู้ขาดยาส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานและมีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ คือส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาได้แก่กลุ่มที่ว่างงาน ภูมิลำเนาปัจจุบันของผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร แต่พบว่า ภูมิลำเนาเดิมเป็นผู้อพยพเข้ามารับจ้างอยู่ในกรุงเทพมหานคร จากการศึกษาความพิการในผู้ป่วยที่ขาดยาพบว่ามีความพิการร้อยละ 18.26 แยกเป็นความพิการระดับ 1 ร้อยละ 13.04 และความพิการระดับ 2 ร้อยละ 15.22 มีอาการโรคหอบ อากาศแพ้ยา และมีบาดแผลที่ต้องดูแลรักษาเพียงร้อยละ 2.2 เท่านั้น การขาดยาของผู้ป่วยในชนิดเชื่อน้อยพบว่า ระยะเวลาล่าสุดที่มารับการรักษามาแล้วก่อนขาดยาเป็นเวลา 1 เดือนมีจำนวน 3 ราย และระยะเวลาสูงสุดได้รับยาไปแล้ว 10 เดือน 1 ราย ส่วนในประเภทเชื่อมากพบว่าระยะเวลาที่ได้รับการรักษาล่าสุดก่อนการขาดยาเป็น 1 เดือนเช่นกัน และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาสูงสุดก่อนการขาดยาเป็น 4 ปี 2 เดือน แล้วมาขาดยาเกิน 2 ปีจนต้องตัดออกจากทะเบียนผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื่อมากส่วนหนึ่งพบว่ายังคงมีเชื้ออยู่เมื่อมารับการรักษาครั้งสุดท้ายก่อนการขาดยา หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการแพร่เชื้อโรคสู่ผู้ใกล้ชิดและชุมชน

6.2.16 ประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื่อมากด้วยยาผสมในระดับเชื่อต่าง ๆ ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีค่า BI อยู่ระหว่าง 0-2 และ 2-4 เมื่อเริ่มต้นเข้ารับการรักษาด้วยยาผสม ส่วนในกลุ่มที่มีค่า BI มากกว่า 4 มีเพียง 2 ราย จึงไม่สามารถเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาด้วยยาผสมได้อย่างชัดเจน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม ในขอบเขตระยะเวลาที่สามารถหยุดยาคานปีเดียวกัน พบว่า ในกลุ่มที่มีค่า BI 0-2 มีประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงกว่า และประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาเมื่อขอบเขตระยะเวลาที่สามารถหยุดยาคาน กลุ่มที่มีค่า BI 2-4 จะเพิ่มในอัตราที่

มากกว่าประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาในทั้งสองกลุ่มไม่เป็นร้อยละ 100 เมื่อระยะเวลาการรักษาเป็น 5 ปี แสดงว่า เมื่อระยะเวลา 5 ปี ยังมีผู้ป่วยยังคงต้องรักษาต่อไปอีก แสดงให้เห็นว่ายิ่งผู้ป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น ประสิทธิภาพของยาผสมก็ยิ่งต่ำลงมากขึ้น

6.3 ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนและประสิทธิผลของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม มีข้อเสนอแนะดังนี้

6.3.1 การศึกษาต้นทุนของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม พบว่าต้นทุนด้านแรงงานเป็นองค์ประกอบที่สำคัญทั้งในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อย และในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก โดยพบว่าสัดส่วนขององค์ประกอบต้นทุนแรงงานมีสัดส่วนสูงสุดในการรักษาผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อย และมีขนาดขององค์ประกอบใกล้เคียงกับต้นทุนค่ายาซึ่งเป็นต้นทุนที่มีขนาดสูงที่สุดในต้นทุนการรักษาประเภทเชื้อมาก หากสามารถลดต้นทุนแรงงานลงได้ก็จะสามารถลดต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยให้ต่ำลง ซึ่งจะต้องศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสมต่อไป

6.3.2 ต้นทุนค่าใช้จ่ายของการรักษาผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมากจะสูง เนื่องจากต้องใช้สัดส่วนทางด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ และด้านบุคลากรมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคไม่รุนแรง และพบว่าในกลุ่มที่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมีความพิการสูง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประเทศด้านสังคมและเศรษฐกิจ จึงควรเน้นให้มีการค้นหาผู้ป่วยให้พบโดยเร็ว ก่อนที่จะมีความรุนแรง เพื่อจะได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ ขณะที่ยังมีอาการไม่รุนแรง ทั้งยังลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญของกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนนั้น จะพบว่ากลุ่มผู้สัมผัสโรคครอบครัวและผู้อาศัยอยู่บ้านใกล้เคียงบ้านผู้ป่วยยังคงเป็นเป้าหมายที่สำคัญ ในการค้นหาผู้ป่วย

6.3.3 จากการศึกษาว่า ประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรานั้น มีประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาสูงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อย โดยพบว่าโอกาสของการหายหรือได้ผลดีในการรักษาจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และการเริ่มรักษาแต่ต้นก่อนที่โรคจะเป็นมาก จึงต้องรีบค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรันทันทีโดยเร็ว เนื่องจากได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ ในขณะที่อาการยังไม่รุนแรงและยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งการให้สุขศึกษาซึ่งเป็นเครื่องมือในการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องโรคเรื้อรอนสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องในขณะที่รับการรักษา รู้จักป้องกันตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและมารับการรักษาที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่ขาดการรักษาเนื่องจากถึงแม้ว่าประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรอนมีสูง หากแต่การมารับการรักษายังไม่สม่ำเสมอ มีการขาดยาของผู้ป่วย ก็มีโอกาสประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรอนให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาจนสามารถหยุดยาผสมทุกราย

6.3.4 ประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลด้วยยาผสมนั้นขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้ป่วยที่ขาดการรักษาและจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องจนต้องรับการรักษาใหม่ หากอัตราการขาดการรักษาสูงก็จะส่งผลให้ประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลต่ำไปด้วย เนื่องจากว่าผลการศึกษาประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรอนนั้นมีประสิทธิภาพสูง ดังนั้นหากสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ขาดการรักษาก็จะสามารถทำให้ประสิทธิภาพการรักษารักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรอนดีขึ้นจนสามารถกำจัดโรคเรื้อรอนให้หมดไปจากประเทศไทยได้โดยเร็ว กลวิธีที่สำคัญคือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรอน อาจารย์ (2532) พบว่า กลุ่มที่มีความรู้เรื่องการรักษาโรคเรื้อรอนจะมีทัศนคติที่ดี ผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อการรักษาจะมีการปฏิบัติตนในการรักษาอย่างถูกต้อง โดยคนที่ปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องจะมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงควรทำให้ผู้ป่วยได้มีความรู้เรื่องการรักษา และตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาโรคเรื้อรอน การปฏิบัติตนในระหว่างการรักษา นอกจากนี้ให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงระบบการส่งต่อในด้านการรักษา เพื่อลดปัญหาการขาดการรักษาเนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการของผู้ป่วย หรือทำให้ผู้ป่วยมีต้นทุนภายนอกที่เกิดกับผู้ป่วยสูง

6.3.5 ผู้ป่วยโรคเรื้อรอนที่มีภูมิลำเนาปัจจุบันที่อยู่ในต่างจังหวัดและมารับบริการที่สถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฏกษัตริยาราม ซึ่งเป็นสถานบริการในกรุงเทพมหานคร น่าจะมีต้นทุนซึ่งเกิดกับผู้ป่วยสูงในด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องหยุดงานมารับบริการรักษา ค่าอาหารที่เพิ่มขึ้น หากผู้ป่วยได้รับการรักษา

ณ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ก็จะช่วยลดต้นทุนเหล่านี้ลงได้ และอาจส่งผลให้การรักษาที่สม่ำเสมอต่อเนื่องสูงขึ้น ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วย เนื่องจากโรคเรื้อนยังคงเป็นปัญหาทางด้านสังคม สังคมรังเกียจผู้ป่วยโรคเรื้อน และกีดกันให้ออกจากสังคม ปัญหานี้อาจก่อให้เกิดต้นทุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างมาก ซึ่งไม่อาจวัดออกมาได้อย่างชัด

6.4 ข้อสังเกตบางประการในงานวิจัยนี้

6.4.1 งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีสถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฎกษัตริยารามเท่านั้น ทำให้ผลการศึกษายังไม่อาจเป็นตัวแทนของการรักษาพยาบาลโรคเรื้อนด้วยยาผสมได้ นอกจากนี้ลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาลของการศึกษาคั้งนี้เป็นการรักษาในโครงการชำนาญพิเศษ และให้บริการเขตนครหลวง ผู้ป่วยได้พบแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการ ซึ่งจากแตกต่างกับเขตนครนอก ซึ่งได้แก่ สถานีอนามัยที่มีผู้ให้บริการ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการรักษา - และจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย และส่งต่อเพื่อตรวจเชื้อ ให้แพทย์ตรวจเมื่อรักษาครบเกณฑ์ที่โรงพยาบาลชุมชน

6.4.2 เนื่องจากข้อจำกัดในด้านงบประมาณและเวลาที่ใช้ในการศึกษา ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นข้อมูลย้อนหลัง งานวิจัยนี้ต้องนำข้อมูลบางส่วนที่ได้จากการสังเกตบันทึกเวลาในปัจจุบัน เพื่อศึกษาวิเคราะห์ในด้านต้นทุน นามาคิดเป็นสัดส่วนของการให้บริการทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยคิดเป็นสัดส่วนจากรวมชั่วโมงที่ให้บริการของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ เพื่อนามาคิดเป็นสัดส่วนของการใช้ทุน หากเป็นการศึกษาไปข้างหน้าก็จะได้ข้อมูลที่แท้จริง

6.4.3 การศึกษาต้นทุนนั้น การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะต้นทุนภายใน ซึ่งเป็นต้นทุนที่รัฐให้การสนับสนุนทั้งหมด ยังไม่ได้ศึกษาต้นทุนภายนอก ซึ่งเป็นต้นทุนที่เกิดแก่ผู้ป่วยและชุมชน ในการศึกษาคั้งนี้เสนอต้นทุนที่เกิดแก่ผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย โดยแสดงถึงจำนวนครั้งที่ต้องมารับบริการ (visit) ยังไม่ได้ศึกษาถึงต้นทุนโดยละเอียด เช่นค่าเดินทาง สูญเสียรายได้จากการต้องหยุดงานเพื่อมารับบริการ เป็นต้น ซึ่งในแง่ต้นทุนภายนอกที่ผู้ป่วยต้องรับภาระนั้นอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล หากมีการลดต้นทุนที่เกิดแก่ผู้ป่วยอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลและการจัดบริการรักษาพยาบาลสูงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จนสามารถหยุดยาได้อย่างรวดเร็ว

6.5 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

6.5.1 การศึกษาที่เป็นการศึกษาไปข้างหน้า ในลักษณะการวิเคราะห์ต้นทุน และประสิทธิผลการรักษาจะทำให้สามารถศึกษาได้ถึงต้นทุนและประสิทธิผลได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้สามารถศึกษาถึงต้นทุน - ประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ เนื่องจากสามารถควบคุมตัวแปรสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ได้

6.5.2 การศึกษาที่สามารถครอบคลุมสถานบริการต่าง ๆ ในทุกระดับทั้งที่เป็นโครงการชานุมการพิเศษและการบริการสาธารณสุข ที่ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งได้แก่สถานบำบัดโรงผิวหนัง โรงพยาบาลพระประแดง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย ให้มากจนพอเพียงที่จะเป็นตัวแทนของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งหมดได้ ก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการจัดสรรงบประมาณด้านการควบคุมโรคเรื้อน และสามารถศึกษาในเชิงเปรียบเทียบของสถานบริการระดับต่าง ๆ เพื่อหาต้นทุนที่เหมาะสมที่ในการจัดบริการเพื่อให้สามารถกำจัดโรคเรื้อนให้หมดไปจากประเทศไทยโดยเร็ว

6.5.3 หากมีการศึกษาต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดกับตัวผู้ป่วยโรคเรื้อน จะทำให้ได้ต้นทุนทั้งหมดทั้งที่เกิดแก่รัฐและผู้ป่วยโรคเรื้อน ต้นทุนในส่วนนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ควรได้รับการพิจารณา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการรักษาพยาบาลและการจัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน และหาทางลดต้นทุนที่ไม่จำเป็น อาจส่งผลให้ประสิทธิผลการรักษาพยาบาลสูงขึ้น

6.5.4 จำนวนครั้งในการมารับบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อมูลค่าต้นทุนต่อหน่วย หากจำนวนครั้งที่มารับบริการสูงก็จะทำให้มูลค่าต้นทุนต่อหน่วยสูงไปด้วย จำนวนครั้งในการมารับการรักษาส่วนใหญ่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะนัดให้มารับบริการรักษาพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อให้ได้รับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ และนำมาปรับประทานต่อบ้านอีกจนครบ 28 วันแล้วมาพบแพทย์อีก หากได้มีการศึกษาถึงจำนวนครั้งที่เหมาะสม และสามารถประหยัดต้นทุนทั้งในส่วนของผู้จัดบริการและของผู้ป่วยเอง ก็อาจจะทำให้สามารถประหยัดทรัพยากร สามารถดำเนินกิจกรรมอื่นที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการควบคุมโรคเรื้อนให้มีประสิทธิผลสูงขึ้น และสามารถกำจัดโรคเรื้อนให้หมดไปจากประเทศไทยโดยเร็ว

6.5.5 หากมีการศึกษาถึงปัจจัยหรือสาเหตุที่แท้จริงของการขาดการรักษาของผู้ป่วยเรื้อนว่าที่สาเหตุหรือปัจจัยอะไร ก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งอีกประการหนึ่ง ในการที่ช่วยทำให้การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิผลสูงขึ้น ส่งผลให้การกำจัดโรคเรื้อนให้หมดจากประเทศไทย รวดเร็วและมีประสิทธิผลมากขึ้น