

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อน (leprosy) เป็นโรคผิวหนังและโรคทางวิทยาอิมมูโน (skin and immunological disease) ชนิดหนึ่งซึ่งจัดเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง (chronic infectious disease) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium Leprae* ซึ่งเกิดและติดต่อเฉพาะในคน เชื้อนี้อาศัยและทำให้เกิดอาการตามอวัยวะต่าง ๆ คือ ผิวหนัง เส้นประสาทส่วนปลาย และระบบทางเดินหายใจส่วนบน ระยะพักตัวประมาณ 3-5 ปี หากผู้สัมผัสโรคมีภูมิคุ้มกันต้านเชื้อโรคนี้ น้อย หรือผิดปกติก็จะเป็นโรคเรื้อนได้ (ธีระ รามสูต, 2524) สำหรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อนหรือไม่นั้น มีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย (cardinal signs) ดังนี้ คือ

- 1) ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เช่น วงต่าง ผื่น ตุ่ม ฯลฯ
- 2) ตรวจพบมีอาการชา ที่ผิวหนังบริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลง หรือที่มือหรือเท้า
- 3) คลำเส้นประสาทที่ผิวหนังได้เร็วกว่าปกติ
- 4) ตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนจากผิวหนังหรือเยื่อจมูก
- 5) ตรวจพบพยาธิสภาพของโรคเรื้อนจากการตัดชิ้นเนื้อ

หากพบอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อแรก หรือข้อ 4 หรือข้อ 5 กรณีใดกรณีหนึ่งให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน เมื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อนจะทำการชันตะเบียนเพื่อรักษาให้หายขาดจากรอค

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนมาตั้งแต่มุ่งหวังจะให้หายจากรอคเท่านั้น ยังหวังที่จะลดอัตราการเกิดผู้ป่วยใหม่เนื่องจากการแพร่เชื้อโรคของผู้ป่วยระยะติดต่อ การรักษาพยาบาลในอดีตรักษาแต่ประทุษ (dapsone) เพียงตัวเดียว โดยในประเทศไทยเริ่มมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2498 เป็นการดำเนินการควบคุมโรคเรื้อนในรูปแบบโครงการชาตพิเศษ (vertical programme) ระหว่างปีพ.ศ. 2498-2513 โดยให้ผู้ป่วยรับยาไปรับประทานที่บ้าน (domiciliary approach) แทนวิธีการแยกกักกันผู้ป่วย (segregation) เพื่อลดการแพร่เชื้อสู่ชุมชนซึ่งเริ่มมาตั้งแต่อดีต และต่อมา

ได้ผสมผสานเข้ากับการบริการสาธารณสุข (intergration approach) ตั้งแต่ พ.ศ.2515 จนถึงปัจจุบัน (จรูญ ปิรยวรรณ์, 2530) ในการรักษาด้วยยาเพียงตัวเดียวนั้นต้องใช้เวลาานหรืออาจใช้เวลาตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเป็อหน่ายไม่ยอมมารับการรักษาสม่ำเสมอ และเกิดการดื้อยา ซึ่งในประเทศไทยพบอัตราการดื้อยาแบบทุติยภูมิ* (secondary drug resistance) ร้อยละ 73.3 และการดื้อยาแบบปฐมภูมิ** (primary drug resistance) พบอัตราร้อยละ 22.3 (ธีระ รามสูตและคณะ, 2529) จนกระทั่งปี พ.ศ.2525 องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ประเทศต่าง ๆ ใช้วิธีการรักษาโรคเรื้อนโดยใช้ยาผสม (Multidrug therapy : MDT) เพื่อป้องกันการดื้อยาของเชื้อโรคเรื้อน ลดอัตราการแพร่เชื้อ ตลอดจนลดระยะเวลาในการรักษาให้สั้นลงกว่าวิธีเดิม รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยได้รับความร่วมมือในการติดตามรักษามากขึ้น (WHO study group, 1982) การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสมได้เริ่มดำเนินการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนของสถานบำบัดโรคผิวหนังก่อนและต่อมาในปี พ.ศ. 2527 ได้ทดลองใช้ใน 3 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งต่อมาแนวทางการรักษาด้วยยาผสมเป็นที่ยอมรับ จึงได้นำหลักเกณฑ์การรักษาด้วยยาผสมมาใช้ในการรักษาพยาบาลและขยายจนครบทุกจังหวัด โดยมีเป้าหมายดำเนินการครบในทุกจังหวัด ภายในปีงบประมาณ 2532

การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม (MDT) นอกจากช่วยลดการดื้อยาของเชื้อโรคเรื้อนแล้ว ยังสามารถลดระยะเวลาการรักษาให้สั้นลงทำให้ผู้ป่วยได้ถูกจำหน่ายจากการรักษาและควบคุมโรคได้เร็วขึ้น อัตราความชุกชุมของโรคจึงลดลงอย่างมากจากเดิม จากข้อมูลของกองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ เมื่อปี พ.ศ. 2525 ซึ่งเป็นปีที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ทุกประเทศใช้วิธีการรักษาด้วยยาผสม (MDT) และประเทศไทยได้เริ่มต้นทดลองใช้ในการรักษาที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง อัตราความชุกชุมของโรค (prevalence rate) เป็น 0.904 ต่อประชากรพันคน ต่อมาในปี พ.ศ.2529 มีการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม (MDT) เป็นปีที่ 3 ของโครงการ ดำเนินการครอบคลุม 28 จังหวัด มีอัตราความชุกชุมของโรคเท่า

* หมายถึง การที่ยาบำบัดที่ใช้ได้ผลดีต่อเชื้อโรคนิดหนึ่ง มาชั่วระยะเวลาหนึ่ง ต่อมายานั้นใช้ได้น้อยลงหรือไม่ได้ผลเลย เพราะเชื้อมีความต้านทานต่อยา

** หมายถึง การดื้อยาครั้งแรกที่เริ่มรักษาโดยไม่เคยรักษามาก่อน เกิดจากผู้ป่วยใหม่ นั้นคือ เชื้อที่ดื้อยาจากผู้ป่วยที่ดื้อยาแบบทุติยภูมิการเข้ายาจึงไม่ได้ผลตั้งแต่ระยะแรก

กับ 0.65 ต่อประชากรพันคน และมีอัตราตรวจพบผู้ป่วยใหม่ (detection rate) เท่ากับ 5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2532 ซึ่งการรักษาด้วยยาผสม (MDT) ได้ครอบคลุมครบทุกจังหวัด รวมทั้งกรุงเทพมหานคร พบว่าอัตราความชุกชุมของโรคเท่ากับ 0.3 ต่อประชากรพันคน และอัตราพบผู้ป่วยใหม่เป็น 2.9 ต่อประชากรแสนคน สำหรับในปี 2533 พบว่าอัตราความชุกชุมของโรคเป็น 0.22 ต่อประชากรพันคน และอัตราพบผู้ป่วยใหม่เป็น 2.6 ต่อประชากรแสนคน จะเห็นได้ว่าจากผลการการรักษาผู้ป่วยด้วยยาผสม (MDT) ทำให้อัตราความชุกชุมของโรคมีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็ว

ในด้านารกระจายของโรคเรื้อรังนั้น มีลักษณะการกระจายเป็นหย่อม (cluster) (ธีระ รามสูตร, 2530) จากตารางที่ 1-1 จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา เมื่อ 30 กันยายน พ.ศ.2532 จำนวน 16,663 คน และเมื่อ 30 กันยายน 2533 จำนวน 12,060 คน เป็นผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด เป็นจำนวน 9,868 คน หรือเป็นร้อยละ 59.22 ของผู้ป่วยทั้งหมดในปี 2532 และในปี 2533 เป็นจำนวน 6,517 คน หรือเป็นร้อยละ 54.00 ของผู้ป่วยทั้งหมดในปี 2533 จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังค่อนข้างสูงโดยมีอัตราความชุกชุมสูงตั้งแต่ 0.5 ต่อประชากรพันคนในปี 2532 คือ จังหวัดชัยภูมิ บุรีรัมย์ อุบลราชธานี ยโสธรและศรีสะเกษ สำหรับในปี ในปี 2533 คือ จังหวัดนครราชสีมา และศรีสะเกษ ซึ่งเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด (กองโรคเรื้อรัง, 2532, 2533) แสดงให้เห็นว่ามีลักษณะการระบาดและการกระจายที่เป็นหย่อม (cluster)

ตารางที่ 1-1 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทยและการกระจาย พ.ศ. 2532, 2533

ภาค	จำนวนผู้ป่วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษา		PR/1000 ประชากร		การกระจาย (ร้อยละ)	
	2532	2533	2532	2533	2532	2533
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	9,868	6,517	0.51	0.33	56
กลาง	2,375	2,293	0.24	0.13	17	19
เหนือ	2,536	1,931	0.22	0.18	17	16
ใต้	1,884	1,327	0.15	0.20	10	11
รวม	16,663	12,068	0.30	0.26	100	100

ที่มา : รายงานประจำปีกองโรคเรื้อน พ.ศ.2532, 2533

โรคเรื้อนในปัจจุบัน มิได้เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากมีอัตราความชุกชุมของโรคเพียง 0.3 ต่อประชากรพันคน ซึ่งต่ำกว่าอัตราที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือ "ท้องที่ใดที่มีอัตราผู้ป่วยสูงกว่า 1 ต่อประชากรพันคน นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุข" (World Health Organization, 1988) แต่อย่างไรก็ตามการประเมินความรุนแรงของโรคเรื้อนนั้นไม่อาจพิจารณาเฉพาะอัตราความชุกชุมของโรคเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องพิจารณาถึงผลกระทบทางด้านสิทธิมนุษยชน ด้านสังคม และเศรษฐกิจ โรคเรื้อนเป็นปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องทนทุกข์ทรมานจากการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สังคมด้วยความยากลำบาก แตกต่างไปจากโรคอื่น ๆ เนื่องจากมีความพิการ สังคมมีความกลัวและไม่ยอมรับเข้าสังคม การฝังใจเชื่อในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง วิธีการควบคุมโรคเรื้อนแบบเดิมที่มีมาช้านานว่าต้องแยกกักผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้าไว้ในโรงพยาบาลโรคเรื้อน นิคมโรคเรื้อน เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้เกิดจากความพิการของร่างกายที่มองเห็น เช่น นิ้วมือนิ้วเท้า หงิกงอ กุด หดสั้น ปากเบี้ยว เป็นต้น ซึ่งเป็นผลมาจากจากการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทส่วนปลาย ทำให้ปรากฏอาการ



ชาและอัมพาตของกล้ามเนื้อ ความพิการของผู้ป่วยนั้นจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป เกิดได้ทุกระยะของโรค แม้ในผู้ป่วยที่ปราศจากเชื้อแล้ว ซึ่งความพิการมีตั้งแต่พิการเล็กน้อยจนถึงไร้สมรรถภาพ ความพิการที่เกิดขึ้นมีผลต่อสุขภาพจิตและการประกอบอาชีพของผู้ป่วย โดยเป็นที่รังเกียจของสังคมทั่วไป ขณะเดียวกันการบำบัดรักษาที่ไม่ถูกต้อง การไม่เอาใจใส่ของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรคและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยก็มีส่วนทำให้ความพิการเพิ่มขึ้น (เอก ตาดทอง, 2530)

องค์การอนามัยโลกจัดระดับความพิการของโรคเรื้อนเป็น 2 ระดับ ในแต่ละประเภท คือ ความพิการที่มือ ความพิการที่เท้า และความพิการที่ตา (WHO, 1988) ในประเทศไทยได้มีการศึกษาถึงความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย (ยุพิน เพชรานนท์และธีระ รามสูต, 2525) ซึ่งได้ศึกษาภาวะความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศ จำนวน 38,523 ราย จากการตรวจสถานะประจำปี (clinical review) พบว่า มีความพิการในทุกระดับ ร้อยละ 42 เป็นความพิการที่มีอาการปรากฏชัดเจน ร้อยละ 41.90 ของผู้ป่วยที่มีความพิการทั้งหมด กลุ่มอายุที่มีความพิการสูงสุดคือกลุ่มอายุ 15-49 ปี มีจำนวนเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่พิการทั้งหมด เมื่อพิจารณาตามชนิดของผู้ป่วยเมื่อจำแนกตามแบบองค์การอนามัยโลกกำหนด พบว่า ในชนิดอินดิเทอร์มินท์ มีความพิการร้อยละ 0.8 ชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์ มีความพิการร้อยละ 38.06 ชนิดบอร์เตอร์ไลน์มีความพิการร้อยละ 6.8 และชนิดเลปโรมาตัสมีความพิการร้อยละ 54.65 ของผู้ป่วยในแต่ละชนิด และต่อมาได้มีการศึกษาความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาระหว่างปี พ.ศ. 2527-2531 (ยุพิน เพชรานนท์, 2533) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษามีอัตราความพิการค่อนข้างคงที่ในแต่ละปี นอกจากนี้ได้มีการศึกษาถึงความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อน เขต 5 จังหวัดลำปาง โดยวันชัย เทพวรรณ และจรูญ ปิรยวราภรณ์ (2527) พบว่า มีความพิการทุกระดับ เป็นร้อยละ 68.31 ความพิการที่เห็นชัดเจน ระดับ 2 มีถึง ร้อยละ 34.47 ผู้พิการซึ่งอยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15-45 ปี) มีความพิการ ร้อยละ 63.04 อวัยวะที่มีความพิการมากที่สุดคือ มือ ร้อยละ 49.45 รองลงมาคือเท้า ร้อยละ 41.33 และตา ร้อยละ 9.27 โรคเรื้อนชนิดที่รุนแรง (Lepromatous) พบความพิการสูงถึง ร้อยละ 82

นอกจากนี้รัฐต้องรับภาระในดูแลและสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวในนิคมโรคเรื้อน เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวต้องหลบซ่อน หลีกหนีสังคม และเกิดปฏิกิริยาต่อต้านสังคมขึ้น โดยการเรียกร้องขอความเห็นใจจากสังคมด้วยการออกขอทานเร่รอนเป็นอาชีพเลี้ยงตัวและครอบครัว ใช้ความพิการเป็นเครื่องมือประกอบการขอทาน เป็นปัญหาทางด้านสังคมของประเทศของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม บางครอบครัวบางกลุ่มเรียกร้องให้หน่วยงานรัฐบาลที่เกี่ยวข้องรับภาระในการเลี้ยงดูตลอดชีวิต โดยไม่ประกอบอาชีพอื่น ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ เพราะนอกจากรัฐต้องสูญเสียแรงงานในการเพิ่มผลผลิตทางเศรษฐกิจ รัฐยังต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้ป่วยและครอบครัวในนิคมโรคเรื้อน ทว่าที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการนี้เป็นจำนวนมาก โดยเป็นค่าอาหาร ค่าส่งเสริมประกอบอาชีพต่าง ๆ รวมทั้งการก่อสร้างบ้านพักและค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ (อ่อนศรี สมคะเน และคณะ, 2526)

การรักษาโรคเรื้อนเป็นการรักษาโดยไม่คิดมูลค่า รัฐเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด จนกระทั่งผู้ป่วยหายขาดจากโรค ค่าใช้จ่ายนั้นมาจากงบประมาณของกองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ และงบประมาณในส่วนขององค์กรผู้ให้บริการ ทั้งที่ได้รับการสนับสนุนจากเงินงบประมาณ และจากเงินบำรุงของสถานบริการนั้น ๆ งบประมาณที่กองโรคเรื้อนได้รับจากเงินงบประมาณแผ่นดิน และที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2534 ได้รับ 98.52 ล้านบาทและได้รับการสนับสนุนจากแหล่งอื่น ๆ ซึ่งเป็นองค์กรต่างประเทศ เป็น 12 ล้านบาท งบประมาณเหล่านี้เป็นค่าเงินเดือนค่าจ้างเจ้าหน้าที่ ค่าใช้สอยตอบแทน ค่าครุภัณฑ์ ค่าสาธารณูปโภค และเป็นเงินอุดหนุน งบประมาณของกองโรคเรื้อนที่ผ่านมาพบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้น (ดังแสดงในภาคผนวก) และค่อนข้างสูงซึ่งงบประมาณส่วนนี้ยังไม่รวมงบประมาณในส่วนขององค์กรผู้จัดบริการในรูปแบบของเงินบำรุงสถานบริการ ซึ่งอาจให้ในรูปแบบของยาอื่น ๆ ค่าใช้สอยตอบแทนอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับการจัดสรรโดยตรงจากกองโรคเรื้อน ซึ่งน่าจะเป็นตัวเลขที่มากพอสมควร จะเห็นได้ว่าต้องใช้งบประมาณของประเทศอย่างมากในการควบคุมโรคเรื้อน ซึ่งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ในด้านเวชภัณฑ์ในการรักษา เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการรักษาพยาบาลและการติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาให้กลับมารักษาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากการกำจัดโรคให้หมดไปจากประเทศ คงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้จ่ายค่าใช้จ่ายดังกล่าวจึงเป็นภาระอันหนักของประเทศไทยอยู่ต่อไป

การศึกษาถึงต้นทุนที่แท้จริงในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน ว่ามีองค์ประกอบและขนาดของต้นทุนเป็นอย่างไร ย่อมเป็นแนวทางการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานให้เหมาะสม และเป็นแนวทางที่จะช่วยในการจัดการลดต้นทุนในองค์ประกอบที่ไม่จำเป็นให้ต่ำลง ประกอบกับการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนยังมีอยู่น้อย ข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน จึงค่อนข้างขาดแคลน การศึกษาในเรื่องดังกล่าวจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อไป ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการศึกษานี้จึงอยู่ที่เรื่องของต้นทุนเป็นอันดับแรก และการศึกษาต่อไปเป็นเรื่องประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม (MDT) เพื่อดูความสำเร็จของการรักษาพยาบาลด้วยวิธีดังกล่าว การศึกษานี้ไม่ได้มีการเปรียบเทียบวิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานในระหว่างหน่วยบริการ เนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย ใช้หลักเกณฑ์และวิธีการตามแนวทางที่กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อกำหนดเป็นแบบแผนเดียวกันในทุกสถานบริการ

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. ศึกษาองค์ประกอบและขนาดของต้นทุนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม (MDT) ทั้งประเภทเขื่อน้อยและประเภทเขื่อนมาก ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นรักษาพยาบาลจนถึงหยุดยา (stop MDT) เนื่องจากรักษาครบตามหลักเกณฑ์และอาการไม่กำเริบ
2. ศึกษาประสิทธิผลของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม ทั้งประเภทเขื่อน้อยและประเภทเขื่อนมาก ตามเกณฑ์การศึกษาที่กำหนดในการศึกษารั้งนี้ ประเภทเขื่อน้อยเมื่อผู้ป่วยรักษาครบ 6 เดือน และ 1 ปี ตามหลักเกณฑ์ ประเภทเขื่อนมากเมื่อผู้ป่วยรักษาครบ 2 ปี 3 ปี 4 ปี และ 5 ปี
3. ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สามารถหยุดยาผสม เมื่อรักษาครบเกณฑ์การรักษาพยาบาล ตามที่กำหนดไว้ในการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การศึกษาในเรื่องต้นทุนทำให้ทราบองค์ประกอบและขนาดของต้นทุนที่แท้จริง ในการดำเนินการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม สามารถนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย การวางแผนการดำเนินงาน การจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ ในการดำเนินงานที่เหมาะสม และเป็นแนวทางในการลดต้นทุนในองค์ประกอบที่ไม่จำเป็น
2. การศึกษาในเรื่องประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม เพื่อดูความสำเร็จของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยและประเมินความสำเร็จในการจัดบริการรักษาพยาบาล ด้วยยาผสมจะสามารถเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการ เพื่อกำจัดโรคเรื้อนให้หมดไป โดยเร็ว
3. ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษา เพื่อประเมินผลการจัดบริการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถานบริการต่าง ๆ และการจัดบริการสาธารณสุขอื่น ๆ

ขอบเขตการศึกษา

1. สถานที่ทำการศึกษา ศึกษาเฉพาะตัวอย่างสถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฎกษัตริยาราม ซึ่งเป็นสถานบริการของรัฐที่จัดให้มีบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนและโรคผิวหนังอื่น ๆ มีการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสมโดยบุคลากรผู้มีประสบการณ์และความชำนาญสูงในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน และสถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฎกษัตริยารามได้มีการดำเนินการรักษาด้วยยาผสมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโครงการเมื่อสิงหาคม 2525 ปัจจุบันยังคงดำเนินการอยู่ ทำให้สามารถศึกษาถึงต้นทุนและประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสมได้ เนื่องจาก การรักษาต้องใช้เวลาค่อนข้างนาน
2. กรอบเวลาในการศึกษา เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ารับการรักษาในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2525 ถึง พ.ศ. 2532 ซึ่งปี พ.ศ. 2525 เป็นจุดเวลาที่เริ่มต้นของโครงการบำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม ณ สถานที่ศึกษา

3. ประชากรที่ศึกษา

3.1 ประชากรเป้าหมาย (target population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งประเภทเขื่อน้อย และประเภทเขื่อนมากทุกราย ณ สถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฏกษัตริยาราม

3.2 ประชากรตัวอย่าง (population sample) ได้แก่ผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยใหม่ไม่เคยได้รับการรักษาโรคเรื้อรณมาก่อน และผู้ป่วยเก่าที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาแต่บิรทณมาก่อน และเปลี่ยนมาเป็นยาผสมานขณะที่ยังอยู่ในระยะกำเริบ ซึ่งเข้ารับการรักษานในช่วงระยะเวลาดังต่อไปนี้

3.2.1 ประเภทเขื่อน้อย ได้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในระหว่างตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2525 ถึง 30 กันยายน 2531 โดยได้มีการติดตามศึกษาผู้ป่วยเหล่านี้ จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2532 ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการติดตามศึกษาเป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 1 ปี ตามเกณฑ์การรักษานที่กำหนดไว้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 6 เดือน และ 1 ปี

3.2.2 ประเภทเขื่อนมาก ได้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในระหว่างตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2525 ถึง 30 กันยายน 2529 โดยได้มีการติดตามศึกษาผู้ป่วยเหล่านี้ จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2532 ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการติดตามศึกษาเป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 3 ปี ซึ่งตามเกณฑ์การรักษานที่ได้กำหนดไว้นั้น การรักษานจะต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี หากอาการยังกำเริบ หรือตรวจพบเชื้อให้รักษานต่อไปจนโรคไม่กำเริบและตรวจไม่พบเชื้อ

แผนภูมิที่ 1 แผนผังการแบ่งส่วนราชการงานควบคุมโรคเรื้อน

