

# รูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาปี 2566 กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี

## Screening Model for New Leprosy Cases in Areas with Epidemiological Indications in 2023: A Case Study of Ubon Ratchathani Province

อมรรัตน์ จงตระการสมบัติ<sup>1\*</sup>, ชลภัสสรณ์ มีตภา<sup>1</sup>, ศุภวัจน ศรีสูงเนิน<sup>1</sup>, สุชาดา สายทอง<sup>2</sup>  
Amormrat Jongtrakansombut<sup>1\*</sup>, Cholphassorn Muedpa<sup>1</sup>, Supawat Srisungnern<sup>1</sup>, Suchada Saithong<sup>2</sup>

<sup>1</sup>สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

<sup>2</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

<sup>1</sup>The Office of Disease Prevention and Control 10<sup>th</sup> Ubon Ratchathani

<sup>2</sup>Ubon Ratchathani Provincial Health Office

\*Correspondence to: amonrat44@hotmail.com

Received: Feb 18, 2025 | Revised: Mar 25, 2025 | Accepted: Mar 27, 2025

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อนในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา กลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อนทุกระดับ รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งหมด 20 คน ในพื้นที่อำเภอสำโรง และกลุ่มเป้าหมายที่นำรูปแบบไปใช้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบโรคเรื้อนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 46 คนในพื้นที่ 3 อำเภอของจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ อำเภอกุดข้าวปุ้น อำเภอโพธิ์ไทร และอำเภอสำโรง กระบวนการพัฒนาใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ กระบวนการกลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย Pair-T-Test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ทำการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 - พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเพศหญิงร้อยละ 80.40 และร้อยละ 52 ทำงานเกี่ยวกับโรคเรื้อนน้อยกว่า 5 ปี ปัญหาที่พบในกระบวนการคัดกรองโรคเรื้อน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้ ทักษะ และไม่มั่นใจในการคัดกรองโรคเรื้อน สื่อการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อนไม่สะดวกต่อการใช้ ขั้นตอนการคัดกรองที่ไม่ชัดเจน ขาดการติดตามผล และไม่มีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ รูปแบบที่ได้คือ Task Model ประกอบด้วย การอบรม (Training) การยอมรับนวัตกรรม (Adopt Innovation) การฝึกทักษะ (Skill) และการได้รับความรู้ (Knowledge) เป็นกระบวนการคัดกรองโรคเรื้อนด้วยการฝึกอบรม มีการยอมรับการใช้นวัตกรรมศิลปการให้ความรู้โรคเรื้อน เป็นเครื่องมือสำคัญในการให้ความรู้และฝึกทักษะการคัดกรองโรคเรื้อนของอาสาสมัครสาธารณสุข การดำเนินกิจกรรมการคัดกรองโรคเรื้อน ร่วมกับการประเมินผลการดำเนินงานและติดตามกำกับคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ผลจากการนำ Task Model

ไปใช้ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) โดยค่าเฉลี่ยก่อนการอบรมอยู่ที่ 3.59 (S.D. = 0.77) และหลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 4.28 (S.D. = 0.72) นอกจากนี้ อาสาสมัครสามารถคัดกรองประชาชนในชุมชนได้ทั้งหมด 213 ราย พบผู้มีรอยโรคผิวหนัง 7 ราย โดย 3 รายเข้าเกณฑ์สงสัยโรคเรื้อน และได้รับการตรวจเพื่อเฝ้าระวังตามแนวทางของกรมควบคุมโรค อาสาสมัครสาธารณสุขมีความมั่นใจในการคัดกรองเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่า รูปแบบ Task Model สามารถช่วยปรับปรุงกระบวนการคัดกรองโรคเรื้อนในชุมชนได้อย่างเป็นระบบ โดยช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงเสริมสร้างความมั่นใจในการคัดกรองโรคเรื้อนในพื้นที่ แนวทางนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นๆ ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองโรคเรื้อนในระดับพื้นที่ได้

**คำสำคัญ:** การคัดกรองโรคเรื้อน, โรคเรื้อน, อาสาสมัครสาธารณสุข, Task Model

## Abstract

This action study aimed to develop a leprosy screening model in the areas with specific epidemiological indicators. Two target groups were the stakeholders in model development consist of 20 people who responsible for leprosy control in Samrong District, and the participant who launched the model implementation consist of 46 Public Health volunteers (PHVs) and 3 officers from three districts of Kud Khaopun, Pho Sai, and Samrong, Ubon Ratchathani Province. The development process utilized questionnaires, interviews, group discussions, quantitative data analysis with a Pair T-Test, and qualitative data analysis through content analysis. The study took place from July 2023 to November 2024.

The research findings revealed that 80.4 percent of public health volunteers were female, and 52 percent had been involved in leprosy care for less than five years. Several issues was found PHVs lacked of knowledge, skills, and confidence for Leprosy screening, the media for educate PHVs was inappropriately, screening procedures was unclear, and data collection system was missing. The resulting form is the Task Model, which consists of Training, adopt an innovation, Skills, and Knowledge providing. This model was focuses on training and an adopt innovation of video clips of Leprosy knowledge which was a tool for providing knowledge and skills of Leprosy screening for PHVs, implementation of leprosy screening activities, evaluation and continuous monitoring. The Task Model was improvement in the knowledge of leprosy among public health volunteers significantly ( $P < 0.01$ ), the average knowledge score before and after implementation was 3.59 (S.D. = 0.77) and 4.28 (S.D. = 0.72) respectively. The PHVs was screened 213 people in the community, discovering 7 individuals with skin lesions, 3 of whom met the criteria for

suspected leprosy. They then scheduled appointments for further monitoring under DDC guidelines. Moreover, the PHVs reported greater confidence in their screening abilities. This showcases the effectiveness of the Task Model in enhancing the leprosy screening within the community by improving the knowledge and skills of PHVs and its also boosting their confidence. This approach has the potential to be adapted for use in other communities with similar epidemiological profiles to improve the efficiency of leprosy screening at the local level.

**Keywords:** Leprosy screening, Leprosy, Village Health Volunteers, Task Model

## บทนำ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเชื้อเรื้อรังที่เกิดจากแบคทีเรีย *Mycobacterium leprae* ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก แม้ว่าอัตราการระบาดของโรคจะลดลงในหลายพื้นที่ แต่ปัญหาการตรวจพบผู้ป่วยที่ล่าช้าก็ยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน ซึ่งความล่าช้านี้อาจทำให้เกิดความพิการถาวรและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงสร้างความหวาดกลัวในชุมชนและสังคมโดยรวม<sup>(1)</sup> โรคเรื้อนสามารถแพร่ระบาดจากการสัมผัสใกล้ชิดผ่านฝอยละอองจากการไอหรือจาม โดยเฉพาะในครัวเรือนและในกลุ่มที่มีการติดต่อทางสังคมอย่างใกล้ชิด<sup>(2)</sup> ถึงแม้จะมีการลดลงของจำนวนผู้ป่วยใหม่ทั่วโลกเหลือประมาณ 200,000 รายต่อปี แต่ยังมีผู้ป่วยที่ได้รับการกระทบจากโรคเรื้อนในด้านความพิการถึง 3-4 ล้านคน และยังคงพบผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเป็นสัญญาณของการคงอยู่ของเชื้อในบางพื้นที่<sup>(3)</sup> สถานการณ์ในประเทศไทยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา<sup>(4)</sup> (พ.ศ. 2560-2565) แสดงให้เห็นถึงการลดลงของผู้ป่วยรายใหม่ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าในบางพื้นที่จำนวนผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 และผู้ป่วยเด็ก ที่บ่งชี้ถึงความล่าช้าในการตรวจพบและการให้การรักษาที่เหมาะสม

ข้อมูลพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี แสดงแนวโน้มลดลงของผู้ป่วยใหม่ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แต่ยังคงมีผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 และมีการพบผู้ป่วยที่เป็นเด็กในบางปี<sup>(5)</sup> ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความล่าช้าในการคัดกรองและการวินิจฉัยโรค<sup>(6)</sup> ในบางกรณีแม้จะมีการดำเนินกิจกรรมตรวจค้นในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา แต่ยังไม่สามารถค้นพบผู้ป่วยได้ทันเวลา เกิดจาก 2 ส่วน ส่วนแรก จากผู้ป่วยเองเนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องโรคเรื้อน ไม่ตระหนัก ไม่สนใจเพราะอาการไม่รุนแรงไม่กระทบกับชีวิตประจำวัน ส่วนที่ 2 เกิดจากระบบสาธารณสุข บุคลากรไม่ทราบอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนขาดทักษะในการคัดกรองโรคเรื้อนเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยลดน้อยลง ดังนั้นจึงส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อนในพื้นที่ไม่ต่อเนื่อง บางจังหวัดไม่มีกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในขณะเดียวกันการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนยังต้องดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย ลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ไม่เกิน 9 รายในปี 2570<sup>(7)</sup> และถึงแม้จะมีเกณฑ์ในการดำเนินงานที่ชัดเจนแต่การดำเนินกิจกรรม

การคัดกรองโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาแต่ละพื้นที่ดำเนินการกิจกรรมตามบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น ส่วนมากมีกิจกรรมเพียงให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขและให้แจ้งประชาชนในส่วนที่รับผิดชอบหากมีรอยที่ผิวหนังให้ไปตรวจคัดกรองโรคเรื้อน ทั้งนี้ผลการดำเนินงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีดำเนินการเพียง ร้อยละ 62 (ปี 2565) เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมาย 100 ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นหมอกคนแรกอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนเป็นกลไกสำคัญในการคัดกรองโรคเรื้อนจึง ได้สร้างนวัตกรรมคลิปการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิด Design Thinking<sup>(8)</sup> ซึ่งเป็นคลิปที่สร้างขึ้นตามความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุข เข้าใจง่าย สั้นกระชับ สนุกน่าติดตาม ส่งต่อความรู้ได้ง่าย ถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและตรงตามความต้องการของพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีงานวิจัยหลายฉบับที่ได้ศึกษารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน<sup>(9)</sup> โดยเฉพาะการใช้รูปแบบต่างๆ ในการค้นหาผู้สัมผัสโรคในพื้นที่ต่างๆ เช่น การใช้การสำรวจเชิงรุกในชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของโรค<sup>(10)</sup> หรือการใช้รูปแบบการค้นหาผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดสูง<sup>(11)</sup> ผลการวิจัยเหล่านี้สามารถนำมาปรับใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยใหม่และลดการแพร่ระบาดของโรคเรื้อนในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา

การดำเนินงานคัดกรองโรคเรื้อนในรายใหม่ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี พบปัญหากระบวนการคัดกรองโรคเรื้อน คือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้และทักษะในการคัดกรองโรคเรื้อน 2) เครื่องมือให้ความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อนยังไม่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้ใช้งาน 3) แนวทางการคัดกรองโรคเรื้อนยังไม่ชัดเจน 4) การติดตามและประเมินผลการคัดกรองโรคเรื้อนในพื้นที่ยังขาดความต่อเนื่อง 5) การจัดเก็บข้อมูลการคัดกรองโรคเรื้อนยังไม่เป็นระบบ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการศึกษาและพัฒนา รูปแบบที่เหมาะสมในการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่อุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา โดยมีเป้าหมายในการลดความพิการจากโรคเรื้อน และเพื่อให้การควบคุมโรคในพื้นที่ดังกล่าวบรรลุผลสำเร็จอย่างยั่งยืนในอนาคต

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา ปี 2566 ในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อนไปปฏิบัติในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา ปี 2566 ในจังหวัดอุบลราชธานี

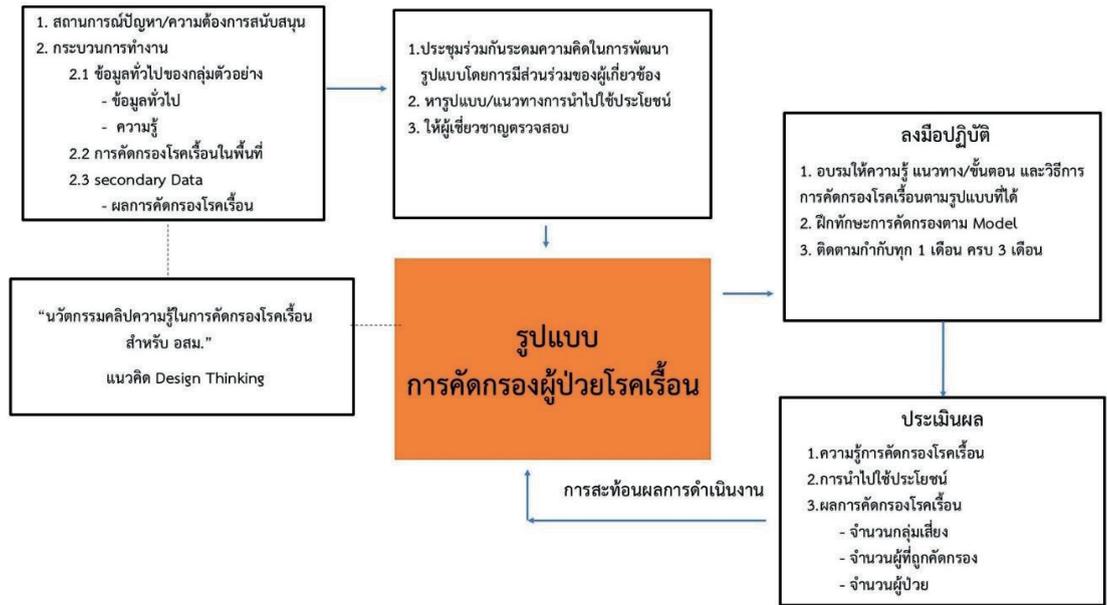
### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดของ Stringer<sup>(12)</sup> เป็นแนวทางที่เน้นแก้ปัญหาในสถานการณ์จริงผ่านกระบวนการแบบมีส่วนร่วม การวิจัยครั้งนี้กรอบแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อนในชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาการคัดกรองที่ขาดความชัดเจนและขาดการติดตามผลในพื้นที่ข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา

**ระยะที่ 1** สำรวจและศึกษาสถานการณ์

**ระยะที่ 2** คิดวางแผนและออกแบบแนวทางแก้ไข

**ระยะที่ 3** ลงมือปฏิบัติและประเมินผล



ภาพที่ 1 กรอบการพัฒนาารูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อรังรายใหม่ในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาปี 2566 กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี ว่ามีรูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อรังเป็นอย่างไร ทำการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี โดยเลือกศึกษาในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาและเป็นอำเภอที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ที่เป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) 3 แห่ง คือ อำเภอกุศขำวุ่น อำเภอโพธิ์ไทร และอำเภอสำโรง

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง โดยพัฒนาเครื่องมือในพื้นที่อำเภอสำโรง กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน โรงพยาบาลชุมชน 1 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 12 คน รวมทั้งหมด 20 คน

2. กลุ่มที่นำรูปแบบไปทดลองใช้ 3 อำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมายเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 46 คน รวมทั้งหมด 49 คน การเลือกกลุ่มเป้าหมายใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติคือผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนการศึกษา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจและศึกษาสถานการณ์ปัญหา (LOOK) : เริ่มต้นด้วยการเก็บข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันในพื้นที่/ความต้องการสนับสนุน กระบวนการทำงาน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) การดำเนินงานคัดกรองโรคเรื้อรังในพื้นที่ 3) ข้อมูลผลการดำเนินงานคัดกรองโรคเรื้อรังที่ผ่านมา รับฟังข้อเสนอแนะและความต้องการสนับสนุน หลังจากนั้นรวบรวมข้อมูล

และการทำความเข้าใจ วิเคราะห์สถานการณ์โรคเรื้อรังเพื่อนำปัญหาไปหาแนวทางการแก้ปัญหาในขั้นตอนที่ 2 โดยได้นำนวัตกรรมคลิปการให้ความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขมาเป็นเครื่องมือในการคัดกรองโรคเรื้อรังที่พัฒนามาจากแนวคิด Designs Thinking

ขั้นตอนที่ 2 การคิดวางแผนและออกแบบแนวทางการแก้ไขปัญหา (THINK) : โดยประชุมระดมความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 คน ในพื้นที่อำเภอสำโรง ร่วมกันพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อรังแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล (ACT) : การนำรูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อรังไปใช้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา 3 อำเภอ จำนวนทั้งหมด 49 คน โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ 1) อบรม (Training) อาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด 46 คน และประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรมฯ ใช้ระยะเวลา 3 เดือน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองประชาชนในพื้นที่หากเข้าเกณฑ์การคัดกรองโรคเรื้อรังจึงส่งต่อให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อวินิจฉัยต่อไป ใช้ระยะเวลา 8 เดือน มีการติดตามกำกับทุก 1 เดือน โดยทาง Line ครบ 3 เดือน หลังจากนั้นจึงประชุมในพื้นที่เพื่อประเมินผลลัพธ์การนำรูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง ผลการดำเนินงานคัดกรอง

โรคเรื้อรังเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา และปัญหาอุปสรรคการคัดกรองโรคเรื้อรัง

**เครื่องมือที่ใช้** ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. นวัตกรรมคลิปการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคลิปวิดีโอสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิด Desing Thinking มีความยาว 5 นาที ภาษาอีสาน สั้น ภาพชัดเจน น่าสนใจ นำมาใช้ได้สะดวก ตามความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุข และมีความเหมาะสมด้านเนื้อหาถูกต้องครบถ้วนโดยผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ

2. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

(1) แบบวัดความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

(2) แบบสรุปผลการคัดกรองโรคเรื้อรังสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในประเด็น ผลการดำเนินการคัดกรองโรคเรื้อรังเปรียบเทียบก่อนหลัง และปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

(3) แบบฟอร์มการคัดกรองโรคเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค

3. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มและแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ประกอบด้วย

(1) แบบสัมภาษณ์การประเมินสถานการณ์ปัญหาโรคเรื้อรัง การดำเนินงานคัดกรองโรคเรื้อรัง ปัญหาการคัดกรองโรคเรื้อรัง แนวทางการคัดกรองโรคเรื้อรัง ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการคัดกรองโรคเรื้อรัง

(2) แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานการคัดกรองโรคเรื้อรัง ผลการคัดกรองโรคเรื้อรังสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้นำแบบสอบถามการวัดความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อรังที่สร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป นำเครื่องมือไปใช้ทดลองกับพื้นที่อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน สำหรับแบบประเมินความรู้การคัดกรองโรคเรื้อรัง หาค่า KR-20 = 0.85 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้านความตรงในเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่านตรวจสอบ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าความถี่จำนวนและร้อยละ Pair-T-Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้รวบรวมข้อมูล จัดหมวดหมู่วิเคราะห์เนื้อหา

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาและผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (SSJ.UB 137)

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 80.40 อายุระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 37.20 รองลงมา อายุระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 28.30 ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.32 ทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขถึงปัจจุบันอยู่ในระหว่าง 0-5 ปี ร้อยละ 52.00 ประสบการณ์การทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนมากอยู่ในระหว่าง 0-5 ปี ร้อยละ 52.00 ผลการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

## 1. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการคัดกรองโรคเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่า ด้านนโยบาย โรคเรื้อรังไม่ใช่ตัวชี้วัดของพื้นที่ทำให้ไม่มีแผนงานโครงการและไม่สามารถของงบประมาณงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขตในพื้นที่ได้เนื่องจากไม่ใช่โรคที่ให้บริการตามนโยบายแนวทางการบริหารจัดการกองทุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้านระบบบริการ ระบบการคัดกรองส่งต่อผู้มีอาการสงสัยล่าช้า เนื่องจากเจ้าหน้าที่ปรับเปลี่ยนบ่อย ทำให้ไม่มีความรู้และไม่เข้าใจระบบการส่งต่อ ด้านบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ยังขาดความรู้โรคเรื้อรัง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนบุคลากร จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังน้อย นานๆ จะพบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ลืมนำความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อรัง ด้านประชาชนขาดความรู้ อาการเบื้องต้นประกอบกับลักษณะโรคเรื้อรังอาการเบื้องต้นไม่รุนแรงทำให้ไม่สนใจเข้ารับการคัดกรองโรคเรื้อรัง จากการวิเคราะห์สาเหตุดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้กิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ ในรอบหลายปีที่ผ่านมา มีการดำเนินงานกิจกรรมบางพื้นที่และผลจากการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้มีกิจกรรมลดลง กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานร่วมกับระดับเขตคือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ที่ร่วมกันลงพื้นที่สอนงานระหว่างการทำกรคัดกรองโรคเรื้อรังในพื้นที่ การดำเนินงานโรคเรื้อรังและค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ร่วมกัน ซึ่งการดำเนินงานคัดกรองโรคเรื้อรังในพื้นที่ที่มี

ข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาที่ผ่านมาคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความรู้การคัดกรองโรคเรื้อนและให้อาสาสมัครสาธารณสุขประสานคัดกรองประชาชนที่มีรอยโรคที่ผิวหนังให้ไปตรวจคัดกรองตามวันเวลาที่นัด ไม่ได้ลงข้อมูลหรือติดตามการส่งต่อ

จากสถานการณ์สภาพปัญหาการดำเนินงานคัดกรองโรคเรื้อนดังกล่าว จึงได้ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาช่องว่างการดำเนินงานคัดกรองโรคเรื้อนดังนี้

1) อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้และทักษะในการคัดกรองโรคเรื้อน ไม่มั่นใจหากไปคัดกรองโรคเรื้อน

2) ดำเนินการคัดกรองโรคเรื้อนในพื้นที่สะท้อนจากที่ประชุม ดังนี้ (1) เครื่องมือให้ความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อนยังไม่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้ใช้งาน (2) แนวทางการคัดกรองโรคเรื้อนยังไม่ชัดเจน ส่วนมากมีกิจกรรมคือให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขและให้แจ้งประชาชนในสถานที่รับผิดชอบ หากมีรอยที่ผิวหนังให้ไปตรวจคัดกรองโรคเรื้อน (3) การติดตามและประเมินผลการคัดกรองโรคเรื้อนในพื้นที่ยังขาดความต่อเนื่อง (4) การจัดเก็บข้อมูลการคัดกรองโรคเรื้อนยังไม่เป็นระบบ ซึ่งเดิมการดำเนินงานคัดกรองโรคเรื้อนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทในการให้ความรู้คัดกรองโรคเรื้อนในกลุ่มเสี่ยงตามแบบคัดกรองโรคเรื้อนของกรมควบคุมโรค ให้อาสาสมัครสาธารณสุขแจ้งประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ หากมีรอยโรคที่ผิวหนังให้ไปคัดกรองโรคเรื้อนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นแบบคัดกรองที่เป็นตัวหนังสือไม่เห็นรอยโรคเรื้อน ทำให้มองภาพรอยโรคเรื้อนไม่ออก

3) ปัญหาอุปสรรคในการคัดกรองโรคเรื้อนของอาสาสมัครสาธารณสุข การคัดกรองโรคเรื้อน 1

ปีต่อ 1 ครั้ง ซึ่งต้องคัดกรองเป็นเวลา 10 ปี ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีลักษณะรอยโรคที่ผิวหนังที่ต้องคัดกรอง และยังพบว่าหากมีการปรับเปลี่ยนบุคคลในการคัดกรองโรคเรื้อน ส่งผลให้ไม่มั่นใจในความรู้และทักษะในการคัดกรองโรคเรื้อน นอกจากนี้โรคเรื้อนเป็นโรคที่ถูกรังเกียจจากสังคมว่าเป็นโรคน่ากลัวและพบร่องรอยความพิการ ประชาชนที่มีอาการจะไม่เปิดเผยตัวตนหลบหลีกการเข้ารับการคัดกรองโรค

## 2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อน

จากการประชุมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีการอภิปรายปัญหาการคัดกรองโรคเรื้อนและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นนำมาสู่การปรับปรุงรูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อน เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการค้นหาโรคเรื้อนรายใหม่ โดยเครือข่ายบุคคลที่มีความสำคัญคืออาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดจะเห็นรอยโรคที่ผิวหนังได้ง่าย ทั้งนี้เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้และทักษะก็จะส่งผลให้มีความมั่นใจในการคัดกรองโรคเรื้อน จึงทำการพัฒนาเครื่องมือนวัตกรรมคลิกการให้ความรู้โรคเรื้อนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิด Design Thinking<sup>(5)</sup> ถือเป็นเครื่องมือช่วยอาสาสมัครสาธารณสุขนำไปใช้ในการคัดกรองโรคเรื้อนได้เป็นอย่างดีในชุมชน

หลังจากนั้นนักวิจัยจึงได้ให้ผู้เข้าร่วมพัฒนารูปแบบระดมสมองร่วมกันหาแนวทางในการจัดการปัญหา ใช้เวลา 1 วัน สรุปประเด็น ได้ดังนี้ (1) การดำเนินงานคัดกรองโรคเรื้อน (2) ปัญหาอุปสรรคในการคัดกรองโรคเรื้อน (3) ร่างความต้องการการดำเนินงานคัดกรองโรคเรื้อน ซึ่งเกิดจากกลุ่มที่ไปปฏิบัติงานการคัดกรองโรคเรื้อนร่วมระดมสมอง หลังจากนั้นนักวิจัยได้จัดทำร่างรูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อนที่เหมาะสมกับบริบทของ

พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดอุบลราชธานี และจัดประชุมราชการเพื่อทำการตรวจสอบรูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อน ใช้เวลา 1 วัน และได้เชิญผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี มีความเชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานีเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสำโรงเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการคัดกรองโรคเรื้อนในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา รวมทั้งผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนจำนวน 20 คน เพื่อร่วมตรวจสอบรูปแบบการคัดกรองโรคเรื้อน มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

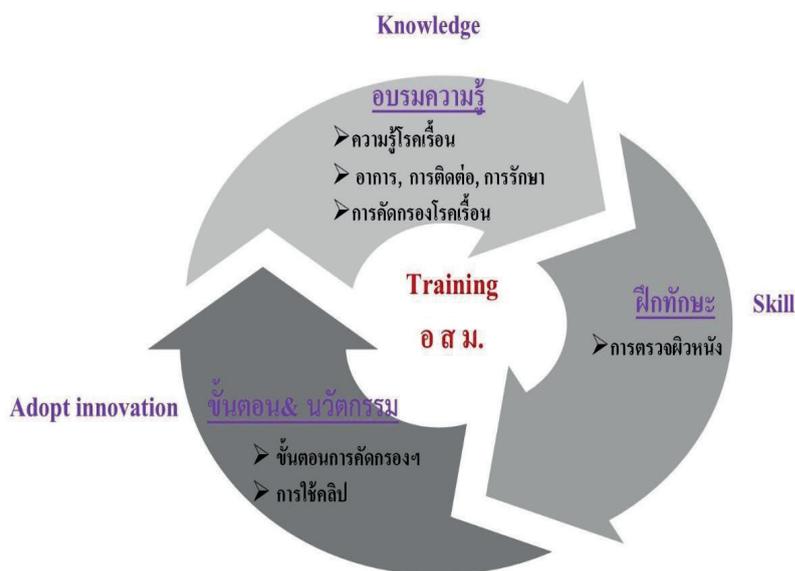
1) พัฒนาบุคลากร โดยการจัดอบรมบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข 3 อำเภอ โดยมีเนื้อหา ดังนี้ (1) ความรู้โรคเรื้อนและการคัดกรองโรคเรื้อน (2) ฝึกทักษะการคัดกรองโรคเรื้อน การตรวจหุ้บ และการตรวจ

ความชาติผิวหนัง (3) กำหนดแนวทาง ขั้นตอนให้สอดคล้องกับบริบทและเครื่องมือการให้ความรู้โรคเรื้อนโดยใช้นวัตกรรมคลิปการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

2) ดำเนินงานคัดกรองโรคเรื้อน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขตามแนวทางและขั้นตอน ซึ่งขั้นตอนและนวัตกรรมคลิปการให้ความรู้โรคเรื้อน ได้ผ่านการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการโรคเรื้อนและผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่

3) ติดตามกำกับทุก 1 เดือน ครบ 3 เดือน ซึ่งกำกับติดตามในช่วงเดือนที่ 3

ผลการพัฒนาได้ TASK MODEL และนำมาใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองโรคเรื้อนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการอบรมจากบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับการเสริมทักษะและความรู้ด้วยนวัตกรรมคลิปการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ในขั้นตอน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมการคัดกรองโรคเรื้อน



ภาพที่ 2 Task Model ในการคัดกรองโรคเรื้อนในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา

### 3. ขั้นตอนการนำ TASK MODEL มาใช้ในการคัดกรองโรคเรื้อน

โดยการจัดอบรมบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข 3 อำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเนื้อหา ดังนี้

1) ความรู้โรคเรื้อนและการคัดกรองโรคเรื้อน ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาอาการ การติดต่อ การรักษา

2) ฝึกทักษะการคัดกรองโรคเรื้อน ฝึกการดูรอยโรคที่ผิวหนัง

3) กำหนดขั้นตอนและเครื่องมือการให้ความรู้โรคเรื้อน ซึ่งเป็นนวัตกรรมคลิปการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่

3.1) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความรู้เรื่องการคัดกรองโรคเรื้อนโดยใช้คลิป “การอบรมค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนโดยใช้แอปของอสม.” ซึ่งเป็นคลิปที่สถาบันราชประชาสมาสัยสร้างขึ้น เพื่อให้ความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขความยาว 1 ชั่วโมง

3.2) อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์นวัตกรรมคลิปการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อนฯ ก่อนลงพื้นที่รับผิดชอบเพื่อคัดกรองโรคเรื้อน

3.3) หากตรวจพบอาการทางผิวหนังตามเกณฑ์คัดกรองโรคเรื้อน ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทุกข้อ ให้กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มการคัดกรองโรคเรื้อน และถ่ายภาพรอยโรค และรายงานอาการให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับทราบเพื่อดำเนินการต่อไป

3.4) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเรื้อนและลงรายละเอียดตามแบบฟอร์มการคัดกรองโรคเรื้อน หากอาการรอยโรคเข้าได้กับโรคเรื้อนให้ส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยต่อไป

3.5) สรุปผลการดำเนินงาน ตามแบบฟอร์มสรุปผลการดำเนินงาน

4) ติดตามกำกับทุกๆ 1 เดือน ครบ 3 เดือน ประเมินผลจากการนำ TASK MODEL ไปใช้ มีรายละเอียด ดังนี้

1) ผลการดำเนินงานคัดกรองโรคเรื้อนในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา ก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้ จากตารางที่ 1 หลังจากนำรูปแบบไปใช้พบว่า มีการคัดกรองประชาชนทั้งหมด 213 ราย พบว่ามีรอยโรคที่ผิวหนัง จำนวน 7 ราย อาการเข้าได้ 3 ราย ให้ยาแก้แพ้ทาแล้วหาย 2 ราย อีกหนึ่งรายมีอาการวงแดงขาว แห้ง ตรวจผิวหนังยังไม่มีอาการฯ ให้สุขศึกษาและแนะนำเฝ้าระวังทุก 3 เดือน

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคเรื้อนเปรียบเทียบก่อน-หลังการอบรมฯ

อำเภอ	ก่อน		หลัง	
	จำนวนคัดกรองอสม.	จำนวนคัดกรองเจ้าหน้าที่	จำนวนคัดกรองอสม.	จำนวนคัดกรองเจ้าหน้าที่
กุดข้าวปุ้น	กิจกรรมไม่ชัดเจนและ		116	3
โพธิ์ไทร	ไม่ได้บันทึกข้อมูลที่ชัดเจน		35	1
สำโรง			62	3
<b>รวม</b>			<b>213</b>	<b>7</b>

2) ผลการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะในการคัดกรองโรคเรื้อนให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอภูซำบูน อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอสำโรง จำนวนทั้งหมด 46 คน ผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม (Pre-Post Test) พบว่าผู้เข้า

รับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคเรื้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) ก่อนเรียน  $\bar{X} = 3.59$ , S.D.=0.77 และหลังเรียน  $\bar{X} = 4.28$ , S.D.=0.72 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อนก่อนและหลังการอบรมพัฒนาศักยภาพ

ความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อน อสม.	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	P-value
ก่อนอบรม	3.59	0.77	0.001*
หลังอบรม	4.28	0.72	

3) ผลการพัฒนาศักยภาพ/การนำไปใช้ประโยชน์ จากการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้นำแนวทางขั้นตอนในการคัดกรองโรคเรื้อนไปดำเนินงานได้อย่างมั่นใจ ชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้ บางพื้นที่ได้บูรณาการกับงานอื่นในบางขั้นตอน เช่น ขั้นตอนอสม.ไปคัดกรองโรคเรื้อนสามารถออกมาร่วมกับงานสำรวจลูกน้ำยุงลาย นอกจากนั้นการนำนวัตกรรมคลิปการให้ความรู้โรคเรื้อนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขใช้ได้สะดวกเข้าถึงง่าย ไม่ต้องใช้งบประมาณ ในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความมั่นใจในการคัดกรองโรคเรื้อนมากเนื่องจากเห็นรอยโรคในช่วงที่อบรมและหากสัมผัสรอยโรคยังสามารถเข้าถึงความรู้โดยไปดูในนวัตกรรมคลิปความรู้ในการคัดกรองโรคเรื้อนได้เองโดยโหลดจาก YOU TUBE ได้เอง ทำให้เพิ่มความมั่นใจในการคัดกรองโรคเรื้อนมากขึ้น

ซึ่งมีข้อเสนอแนะจากอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนี้ (1) ขอแผนรอยโรคเรื้อนตราสาธารณสุขหรือคู่มือที่เป็นรอยโรคเรื้อนเพื่อเป็นเอกสารในการลงพื้นที่ (2) ให้เจ้าหน้าที่ประกาศให้ชุมชนทราบก่อนที่อสม.ออกเยี่ยมพื้นที่โดยหอกระจายข่าวหรือการประกาศในเวทีต่างๆ เช่น เวทีประชาคมหมู่บ้าน สุขภาพ 1 ครั้ง/1 ปี หรือเวทีประจำเดือนหมู่บ้าน (ตอนจ่ายเบี้ยผู้สูงอายุหรือพิการ) (3) ขอให้มิวนิตติดตาม ศาลาประชาคมหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมกิจกรรมและเป็นการรณรงค์ในหมู่บ้าน

ผลความแตกต่างของรูปแบบ TASK MODEL ในการคัดกรองโรคเรื้อนก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้ คือ การคัดกรองโรคเรื้อนหลังการพัฒนาแบบเพิ่มเติมจากการคัดกรองโรคเรื้อนก่อนการพัฒนาแบบ แบ่งตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อคัดกรองโรคเรื้อน ได้ใช้คลิปการอบรมค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขของสถาบันราชประชาสมาสัย ความยาว 1 ชั่วโมง ซึ่งมีเนื้อหาครบถ้วนด้านการคัดกรอง ค้นหา และการรักษาโรคเรื้อน ให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขในเวทีประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนที่จะดำเนินงานคัดกรองโรค

เรือน ขั้นตอนที่ 2 ก่อนที่อาสาสมัครสาธารณสุขไปดำเนินการคัดกรองโรคเรือนให้ใช้เครื่องมือนวัตกรรมคลิปการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคเรือนที่สร้างขึ้น 3 นาที เพื่อเน้นย้ำรอยผิวหนังที่ใช้คัดกรองโรคเรือนส่งผลทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมั่นใจในการตรวจรอยผิวหนังที่เข้าได้กับโรคเรือน ขั้นตอนที่ 3 กำหนดแบบฟอร์มการคัดกรองโรคเรือนให้อาสาสมัครสาธารณสุข หากพบอาการที่เข้าได้กับโรคเรือนให้ถ่ายภาพรอยโรคส่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและเขียนในแบบฟอร์ม ขั้นตอนที่ 4 เพิ่มระบบส่งต่อโดยส่งต่อแบบฟอร์มให้กับเจ้าหน้าที่ทำให้สามารถติดตามผลของการตรวจคัดกรองโรคเรือนได้

โดยสรุปการวิจัย พบว่ารูปแบบการคัดกรองโรคเรือนในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาสามารถคัดกรองโรคเรือนได้ 213 คน พบผู้มีรอยโรคผิวหนัง 7 ราย โดย 3 รายเข้าเกณฑ์สงสัยโรคเรือน นัดตรวจเพื่อเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนด อาสาสมัครสาธารณสุขมีความมั่นใจในการคัดกรองเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่า รูปแบบ Task Model สามารถช่วยปรับปรุงกระบวนการคัดกรองโรคเรือนในชุมชนได้อย่างเป็นระบบ โดยช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงเสริมสร้างความมั่นใจในการคัดกรองโรคเรือนในพื้นที่แนวทางนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นๆ ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองโรคเรือนในระดับพื้นที่ได้

## อภิปรายผล

รูปแบบการคัดกรองโรคเรือนนี้ได้สร้างขึ้นโดยการระดมสมองจาก Stakeholder ได้ระดมสมองร่วมคิดร่วมทำ และดำเนินการคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เองส่งผลให้รูปแบบที่ได้ง่ายไม่ซับซ้อน ทำได้จริงเข้ากับบริบทในพื้นที่

ตรงตามความต้องการของผู้ใช้และมีผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ปรับปรุงขั้นตอนให้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(13)</sup> นอกจากนั้นเครื่องมือที่สำคัญ “นวัตกรรมคลิปการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคเรือนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข” เป็นเครื่องมือที่ตอบโจทย์อาสาสมัครสาธารณสุขและสร้างความมั่นใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขเนื่องจากเห็นรอยโรคในคลิปและหากම්ยังสามารถค้นหาคลิปได้เองใน YOU TUBE และยังพบว่าเครื่องมือขั้นตอนการคัดกรองโรคเรือนที่ชัดเจนส่งผลให้ง่ายต่อการดำเนินงาน บางพื้นที่นำรูปแบบการคัดกรองโรคเรือนนี้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการบูรณาการไปกับการวัดลูกน้ำยุงลายส่งผลให้เป็นการลดขั้นตอนการลงพื้นที่ได้ นอกจากนั้นการอบรมผ่านคลิปวิดีโอเป็นวิธีการที่มีความเหมาะสมในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานสื่อที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและเพิ่มความรู้ในการป้องกันโรคผิวหนังในกลุ่มสามเณร<sup>(14)</sup> และเหมาะกับพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบ TASK MODEL ไปประยุกต์ใช้ในการคัดกรองโรคเรือนในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาเพื่อสามารถคัดกรองโรคเรือนอย่างมีระบบ

2. ควรทำการพัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุนการคัดกรองโรคเรือน โดยศึกษาการใช้แอปพลิเคชันหรือระบบ AI ในการช่วยคัดกรองโรคเรือนในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา เพื่ออำนวยความสะดวกให้อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการคัดกรองโรคเรือน

## เอกสารอ้างอิง

1. Peter S, Hailu T, Kaba M. Burden of neglected tropical diseases and progress towards their elimination in Ethiopia. *Infect Dis Poverty* 2017; 6(1):156.
2. ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. การดำเนินการเฝ้าระวังโรคเรื้อนในประเทศไทย. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก* 2561; 14(3):200-10.
3. World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2021: moving towards zero leprosy disease complications. Geneva: WHO; 2021.
4. สถาบันราชประชาสมาสัย. รายงานประจำปี สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2566.
5. สถาบันราชประชาสมาสัย. รายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนจำแนกตามที่อยู่ของผู้ป่วย จำแนกรายจังหวัดและอำเภอ ปี พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2566.
6. สถาบันราชประชาสมาสัย. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน ปี พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2566.
7. สถาบันราชประชาสมาสัย. แผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคเรื้อนระยะ 5 ปี(พ.ศ. 2566–2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://rajpracha.ddc.moph.go.th/site/strategic.html>
8. สำนักงานนโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ. กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 24 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nxpo.or.th/th/wp-content/uploads/2019/01/4>
9. สุพัตรา สิมมาทัน, นิชนันท์ โยธา, นิภาพร ฮามพิทักษ์, สมัย ทองพูล, อิทธิเดช ไชยชนะ. รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนจากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ภายใต้สถานะความชุกต่ำในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น* 2564; 28(3):55–69.
10. Jennifer ML, Ravinder K, Arun S. Community-based approaches to detect hidden leprosy cases: experiences from India. *Leprosy Rev.* 2017; 88(2):218–29.
11. ธนิษฐา ดิขสุวรรณ, ธิษา ไพรยาตกุล, ปรียานุช กลิ่นศรีสุข. การศึกษารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2564; 29(1): 45–57.
12. Stringer ET. Action research. 4th edition. Sage Publications; 2014.
13. สมชาย พัฒนกุล. การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาบ้านโสก ตำบลบ้านโสก อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิ: มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ; 2565.
14. อนุรักษ์ พัทธกิจ, ราตรี เอี่ยมประดิษฐ์, กาญจนา ส่งสวัสดิ์, กนกพร ยิ้มนิล. การพัฒนาสื่อโมชันกราฟิกเพื่อป้องกันโรคผิวหนังสำหรับสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพัฒนาชุมชน* 2565; 10(2):123-35.