

Journal of Raj Pracha Samasai Institute



วารสาร

สถาบันราชประชาสมาสัย

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2550

Raj Pracha Samasai Institute Department of Disease Control

Vol. 5 No.1 January - April 2007

ISSN 1685-8964

วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย

จัดทำโดย

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ
ความก้าวหน้าการดำเนินงานต่าง ๆ และสถานการณ์ที่
เกี่ยวข้องกับโรคเริ่ของสถาบันราชประชาสมาสัย และ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และแลกเปลี่ยน
ข้อมูลข่าวสาร การเคลื่อนไหวและดำเนินงานของสถาบัน
ราชประชาสมาสัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. เพื่อเป็นสื่อและเวทีกลาง ในการเสริมสร้าง
สัมพันธภาพที่ดีและเพื่อการแสดงและแลกเปลี่ยนทัศนะ
และความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ของสถาบันราชประชาสมาสัย
และหน่วยงานตลอดจนชุมชน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ที่ปรึกษา

1. ประธานมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรม
ราชูปถัมภ์
2. อธิบดีกรมควบคุมโรค
3. รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
4. ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นายแพทย์เจริญ
ปิยะวราภรณ์)
5. ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย
6. ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่
1 - 12

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

รองบรรณาธิการ

นายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาววิจิตรา ธารีสุวรรณ

กองบรรณาธิการ

1. นายแพทย์สมชาย รุ่งตระกูลชัย
2. นายแพทย์ธีรศักดิ์ วงศ์รังคพันธ์
3. นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน
4. นายแพทย์อาจินต์ ชลพันธุ์
5. นายแพทย์วิฑูรย์ สิทธิเวดิน
6. นางสุดสวาท สุวรรณฤทธิ์
7. นางจินตนา วรสายัณห์
8. นางสาวนีย์ บำเพ็ญอยู่
9. นายสมเกียรติ มหาอุดมพร
10. นายสินชัย คเชนทร์

11. นางสาวเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์

ผู้จัดการ

นายสมศักดิ์ จิรโรจน์วัฒน์

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นายเรวัต วัฒนพานิช

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวอุไรพร ปิติเกื้อกูล
2. นางนฤมล ใจดี
3. นางวรรณภา ร่มนุ่น
4. นางอุ้นเรือน พินแพทย์
5. นางสาวกรรณต์ ภูทุภัก
6. นายทิวา สมหวัง
7. นางสาวประทุม สอนสหทอง
8. นางนารี สุรชีวะ
9. นางสาววาสนา ฤกษ์พัฒนาพร
10. นางสาวพิมลมาศ คล้ายมาลา
11. นางวัชรภรณ์ ปรีวัตร
12. นางปานจิตต์ เชี่ยวภาษา

ฝ่ายศิลป์

1. นายวณา ศิริวัฒนพิเชษฐ์
2. นายยุทธนา พรหมสมบัติ

เจ้าของ

สถาบันราชประชาสมาสัย

สำนักงาน

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0 2588 3720-3 โทรสาร 0 2580 2403
E-mail : rpsi_journal@hotmail.com

ผู้ประสานงาน

นางนฤมล ใจดี โทรศัพท์ 0 2588 3720-3

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ : มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม
สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์การศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนา
แห่งชาติ 314-316 ซอยบ้านบาตร ถนนบำรุงเมือง
เขตป้อมปราบ กรุงเทพฯ 10100
โทร. 0 2223 3351, 0 2223 5548 โทรสาร. 0 2221 0135

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

"วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย" มีนโยบายเผยแพร่วิชาการทางโรคเรื้อรังและเรื่องที่เกี่ยวข้อง โดยสนับสนุนให้บทความส่วนใหญ่เป็นภาษาไทย และมีบทความเป็นภาษาอังกฤษ ในกรณีที่เรื่องเป็นภาษาอังกฤษ จะมีบทความเป็นภาษาไทย การใช้ภาษาไทย ให้ยึดหลักของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ ให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่อง ภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่ ชื่อของเชื้อจุลินทรีย์ให้พิมพ์ตัวเอน ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยศัพท์ภาษาอังกฤษ และหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา

ประเภทของบทความ

บทความที่ส่งมาตีพิมพ์อาจเป็น นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) รายงานผู้ป่วย (case report) บทความฟื้นฟูวิชาการ (review article) บทความจากการประชุม ปกิณกะ ย่อเอกสาร จดหมายถึงบรรณาธิการ และบทความประเภทอื่นที่เหมาะสม บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ใน "วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย" ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น

การเตรียมต้นฉบับ

การพิมพ์ต้นฉบับใช้กระดาษสีขาวขนาด $21\frac{1}{2} \times 28$ ซม. ($8\frac{1}{2} \times 11$ นิ้ว) หรือกระดาษ ISO A4 พิมพ์หน้าเดียว พิมพ์ตามหัวข้อต่อไปด้วยฟอนต์ Cordia UPC

1. Title pages ให้พิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแต่ละภาษา ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง

1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกท่าน ทั้งชื่อตัวและ ชื่อสกุล พร้อมทั้งคุณวุฒิ (สูงสุด)

1.3 สถานที่ทำงาน

2. บทคัดย่อ (Abstract) และคำสำคัญ (Key words)

2.1 บทคัดย่อ (Abstract) ถ้าบทความที่เป็นภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 150 คำ และบทคัดย่อภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ ถ้าบทความที่เป็นภาษาไทย บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 150 คำ

2.2 ระบุ key words หรือ short phrases 2-5 คำ

3. เนื้อเรื่อง

3.1 นิพนธ์ต้นฉบับและรายงานผู้ป่วยใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษก็ได้

3.2 บทความฟื้นฟูวิชาการ ใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และภาษาอังกฤษถ้าต้องการ

3.3 บทความนิพนธ์ต้นฉบับ ประกอบด้วย บทนำ (introduction) วัตถุประสงค์ (objectives) วัสดุและวิธีการ (materials and methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion)

3.4 ย่อเอกสาร ควรย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์มาไม่เกิน 3 ปี ความยาวไม่เกินหนึ่งหน้า

3.5 บทความประเภทอื่น การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่อง ให้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

5. เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver ใส่หมายเลขเรียงลำดับที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ไม่เรียงตามตัวอักษรของผู้นิพนธ์ การย่อชื่อวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

5.1 บทความธรรมดาใส่ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน ถ้ามีจำนวน 6 คน หรือน้อยกว่า (ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรกตามด้วย et al.) โดยใส่ชื่อสกุลก่อนและใช้เครื่องหมายวรรคตอนดังตัวอย่าง

Sorter NA, Wasserman TL, Austen KF. Cold urticaria : release into the circulation of histamine and eosinophil chemotactic factor of anaphylaxis during cold challenge. N Engl J Med 1976; 274 : 687-90.

ถ้าเอกสารเป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อก่อนนามสกุลดังนี้

สมพงษ์ บุญยคุปต์. ไวรัสตับอักเสบบี : 3 ระบาดวิทยาและการเกิดพยาธิสภาพ. แพทย์สภาสาร 2518; 4 : 165-71.

5.2 ผู้นิพนธ์เป็นกลุ่มในหน่วยงาน

The Committee on Enzymes of the Scandinavian Society for Clinical Chemistry and Clinical Physiology.

Recommended method for the determination of gamma-glutamyltransferase in blood. Scan J Clin Lab Invest 1976; 36 : 119-25.

หนังสือ

5.3 ผู้นิพนธ์คนเดียว

Osler AG. Complement : mechanisms and functions. Englewood Cliffs : Prentice- Hall, 1976.

5.4 ผู้นิพนธ์เป็นกลุ่มในหน่วยงาน

American Medical Association Department of Drugs. AMA drug evaluations. 3rd ed. Littleton : Publishing Sciences Group, 1977.

5.5 ผู้นิพนธ์หลายคน แต่มีบรรณาธิการ หรือหัวหน้าในการเขียนนั้น

Rhodes AJ, Van Rooyen CE, comps. Textbook of virology : for students and practitioners of medicine and the other health sciences. 5th ed. Baltimore : Williams and Wilkins, 1967.

5.6 อ้างเฉพาะบทใดบทหนึ่ง

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In : Sodermson WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiology : mechanisms of disease. Philadelphia : WB Saunders. 1974 : 457-72.

5.7 รายงานของหน่วยงาน

National Center for Health Statistics. Acute conditions : incidence and associated disability, United States July 1968-June 1969. Rockville, Md : National Center for Health Statistics, 1972. (Vital and health statistics. Series 10 : Data from the National Health Survey, No 69) [DHEW publication No (HSM) 72-1036].

เอกสารอื่น ๆ

5.8 บทความจากหนังสือพิมพ์รายวัน

Shaffer RA. Advances in chemistry are starting to unlock mysteries of the brain : discoveries could help cure alcoholism and insomnia, explain mental illness. How the messengers work. Wall Street Journal 1977 Aug 12 : 1 (col 1), 10 (col 1).

5.9 บทความจากวารสารรายปักษ์ หรือวารสารรายเดือน

Rouche B. Annals of Medicine : The Santa Claus culture. The New Yorker 1971 Sept. 4 : 66-81.

6. ตาราง (Table) พิมพ์เป็นแผ่นแยกต่างหาก แผ่นละตารางเรียงลำดับก่อนหลังตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง คำบรรยายภาพถ้าเป็นบทความภาษาไทยให้ใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษอย่างใดอย่างหนึ่ง เรียงลำดับภาพตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ภาพประกอบ ภาพถ่ายใช้ post card ขนาด 3x5 นิ้ว (ทำเครื่องหมายแสดงขอบบนของภาพ และลำดับที่ของภาพบน sticker พร้อมทั้งชื่อผู้นิพนธ์ แล้วติดที่หลังภาพ) คำบรรยายได้ภาพให้พิมพ์ในกระดาษอีกแผ่นหนึ่งส่งมาพร้อมกับภาพ สำหรับแผนภาพและกราฟ ให้เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษอาร์ต

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับ 2 ชุด และแผ่นข้อมูล (diskette) พร้อมจดหมายแจ้งด้วยว่าเป็นบทความประเภทใด

สถานที่ส่งต้นฉบับ

บรรณาธิการวารสารสถาบันราชประชาสมาสัย
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

การรับเรื่องต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมา กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ทราบ เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน เรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการ จะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้นิพนธ์ จำนวน 5 ชุด และกองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ที่จะรับแก้ไขต้นฉบับ ให้ถูกต้องและเหมาะสมตามคำแนะนำ และวัตถุประสงค์ของวารสารนี้

ความรับผิดชอบ

เนื้อหาบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสาร ถือเป็นความคิดเห็นของผู้นิพนธ์เท่านั้น กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยหรือรับผิดชอบแต่ประการใด

บทบรรณาธิการ

โรคเอดส์กับโรคเรื้อน

ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่า เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความบกพร่องของภูมิคุ้มกัน จึงมักจะติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ (opportunistic infections) ได้ง่าย โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มไมโคแบคทีเรีย เช่น *Mycobacterium avium complex* (MAC) และเชื้อวัณโรค (*Mycobacterium tuberculosis*) คำถามที่วงการแพทย์และสาธารณสุขอาจต้องการคำตอบมาก คือ ทำไมเชื้อโรคเรื้อน (*Mycobacterium leprae*) จึงไม่เป็นเชื้อฉวยโอกาสที่จะติดเชื้อในผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ เจกเช่นเชื้อ *Mycobacteria* ทั้งสองชนิดดังกล่าวแล้ว เช่น ในแอฟริกา และอินเดีย ซึ่งมีโรคเรื้อนชุกชุมสูง ในขณะที่เดียวกัน มีผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวนมากมายเช่นกัน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อเอดส์กับการติดเชื้อโรคเรื้อน จึงน่าจะคาดหวังได้ว่ามีความสำคัญ แต่ในสถานการณ์จริงกลับไม่ค่อยพบการติดเชื้อโรคเรื้อนในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างที่คาดหวัง วงการแพทย์และสาธารณสุขจึงไม่ค่อยให้ความสนใจต่อปฏิสัมพันธ์ของเชื้อโรคเรื้อนแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ติดเชื้อเอดส์ ในด้านผู้ติดเชื้อเอดส์เอง จากการมีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน (cell mediated-immunity : CMI) จึงมีโอกาที่จะเป็นไปได้ (probability) มากขึ้นต่อการติดเชื้อโรคเรื้อน รวมทั้งโอกาสที่จะเกิดอาการทางคลินิกของโรคเรื้อนได้ในผู้ที่ติดเชื้อทั้งสองชนิด และรูปแบบของอาการทางคลินิกของโรคเรื้อน ตลอดจนการสนองตอบต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดโรคเรื้อน ก็น่าจะเปลี่ยนไปจากที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วไป

ในทำนองคล้ายคลึงกัน ผู้ที่ติดเชื้อโรคเรื้อนมาก่อน โดยยังไม่ปรากฏอาการหรือปรากฏอาการแล้วก็ตาม อาจมีโอกาจะเป็นไปได้สูงต่อการติดเชื้อเอดส์ และไปเปลี่ยนสภาวะการติดเชื้อเอดส์และการเกิดอาการโรคเอดส์ที่แตกต่างไปจากผู้ติดเชื้อทั่วไป รวมทั้งเปลี่ยนรูปแบบอาการทางคลินิกของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ ที่เคยพบตามปกติทั่วไปได้ด้วย

ปฏิสัมพันธ์สำคัญด้านอื่นๆ ที่อาจพบได้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนอาจตรวจพบผลบวกด้าน serology ของเชื้อเอดส์ และการเกิด neuropathy จากโรคเอดส์ ซึ่งอาจแยกจากการเกิดอาการแทรกซ้อนของเส้นประสาทอักเสบในโรคเรื้อนได้ยาก นอกจากนั้น การติดเชื้อฉวยโอกาสจากไมโครแบคทีเรียชนิดอื่นๆ ในผู้ติดเชื้อเอดส์อาจมีปัญหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคเรื้อนได้ รวมทั้งปัญหาอื่นๆ ที่ตามมา เช่น นโยบายระดับชาติในการให้วัคซีน บี ซี จี อาจต้องปรับแก้ จากมีการติดเชื้อเอดส์สูง การตรวจเชื้อโรคเรื้อนจากการกรีดร่องที่ผิวหนัง อาจเสี่ยงต่อการแพร่การติดเชื้อเอดส์และปัญหาเมื่อสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ บุคลากรที่เคยทำงานและมีทักษะสูงด้านโรคเรื้อนมาก่อนก็จะต้องเปลี่ยนไปทำงานเกี่ยวข้องกับด้านโรคเอดส์ต่อไป

คำถามต่างๆ จากโอกาสที่จะเป็นไปได้ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อโรคเอดส์กับเชื้อโรคเรื้อน และผลลัพธ์ที่ตามมาในด้านระบาดวิทยา ด้าน immunopathology ด้านอาการทางคลินิกและด้านการรักษาที่อาจผันแปรแตกต่างไปจากปกติในคนไทยผู้เป็นผู้ติดเชื้อทั้งสองชนิดนี้ จึงเป็นคำถามที่ต้องการคำตอบ และข้อเท็จจริงที่เป็นวิทยาศาสตร์ และหลักฐานทางวิชาการที่ยืนยันโดยสถาบันและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง คือ สำนักโรคเอดส์ สำนักระบาดวิทยา และสถาบันราชประชาสมาสัย ว่ามีรูปแบบและลักษณะเฉพาะปรากฏขึ้นอย่างไรในประเทศไทย ซึ่งมีความชุกของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์สูงพอสมควร แม้อาจไม่เท่าอินเดียและแอฟริกาก็ตาม และแม้เราจะกำจัดโรคเรื้อนได้แล้ว ก็ควรจะตอบคำถามที่ค้างคาใจนี้ก่อนที่จะโรคเรื้อนจะค่อยๆ หดไป

นักวิชาการที่เกี่ยวข้องจากสามสถาบันนี้ จึงควรร่วมมือกันค้นหาหลักฐานการศึกษาวិจัยในประเทศต่างๆ และประเทศไทยถึงความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อโรคเอดส์กับโรคเรื้อน เพราะในขณะเดียวกัน หลังจากที่ประเทศไทยสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จในปี 2537 นักวิชาการที่เคยทำงานด้านโรคเรื้อน มาก่อนในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุข รวมทั้งโรงพยาบาลต่างๆ ก็ได้ไปปรับเปลี่ยนไปทำงานด้านโรคเอดส์หรือด้านอื่นเป็นส่วนใหญ่แล้วด้วย พวกเขาจึงอาจต้องทราบคำตอบในคำถามดังกล่าวข้างต้นด้วย และอย่างน้อยที่สุดการศึกษาวิจัยอย่างง่าย ๆ ที่พอจะทำได้ ก็ควรร่วมกัน ดำเนินการเพื่อตอบคำถามนี้ อาทิ การเจาะเลือดหาปริมาณ CD₄ และ T-lymphocyte ในผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่ตรวจเลือดพบ HIV บวก และ HIV ลบ การตรวจจำนวนเชื้อไวรัส HIV ฯลฯ เพื่อทำการติดตามประเมินผลต่อไป ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา MDT รวมทั้งยาต้านไวรัสเอดส์ โดยการทดสอบ lepromin test และการทดสอบโดยใช้เทคนิคทาง immunocytochemical จากรอยโรค การทดสอบทำ expression ของ HIV และ cytokines รวมทั้งการใช้ molecular biological tools และเทคนิคต่างๆ ฯลฯ เป็นต้น

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

บรรณาธิการ

วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย
Journal of Raj Pracha Samasai Institute

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2550 Vol. 5 No. 1 January-April 2007

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทบรรณาธิการ	-ค-
นิพนธ์ต้นฉบับ Original article	
คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ศิริมาศ รอดจันทร์, โกวิท คัมภีรภาพ, จินตนา วรสายัณห์, สงกรานต์ ภูทุกก, พจนา ธัญญกิตติกุล, ประทุม สอนสพทอง, พิบูลย์ ศรีชัย, ประกิจ เทียมใจ, บัวจัน เทียมใจ, สันทัด ผางโคกสูง	1
การประเมินผลความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในสถาบันราชประชาสมาสัย ฐิติกาญจน์ ทองคำ	15
การศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอน เรื่องโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย สุวีรรณ ฤทธิ์จรูญ, โกวิท คัมภีรภาพ	23
บทความฟื้นฟูวิชาการ Review article	
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อโรคเอดส์และเชื้อโรคเรื้อน ในด้านระบาดวิทยา อิมมิวโนพยาธิวิทยา คลินิก และการรักษาในโรคเรื้อน กฤษฎา มโนทาน	37
ย่อเอกสาร	53
ท่านถาม - เราตอบ	57

คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคม ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน Quality of Life and Social Participation of PAL

ศิริมาศ รอดจันทร์ วท.ม.(สุขภาพจิต)	Siramas Rodchan M.Sc.(Mental Health)
โกวิท คัมภีรภาพ พ.บ.อ.ว.(ตจวิทยา)	Kowit Kampirapap M.D.,Dip.Board of Dermatology
จินตนา วรสายันท์ สค.ม.(สิ่งแวดล้อม)	Jintana Vorsayan M.A.(Environments)
สงกรานต์ ภู่งอก สค.ม.(สิ่งแวดล้อม)	Songkran Poopook M.A.(Environments)
พจนา ธัญญกิตติกุล ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)	Pojana Thanyakittikul M.A. (Medical and Health Social Sciences)
ประทุม สอนสหทอง ศษ.บ.(สุขศึกษา)	Pratoom Sonsopthong B.Ed. (Health Education)
พิบูลย์ ศรีชัย ** พย.บ.	Piboon Srichai B.Sc. (Nursing)
ประกิจ เทียมใจ *** ส.บ.(สาธารณสุขศาสตร์)	Prakit Tiemjai B.A. (Public Health)
บัวจัน เทียมใจ *** ป.(ผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์)	Buajeen Tiemjai Cert. (Nursing and Midwifery)
สันทัต ผางโคกสูง **** สส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)	Santhad Pangkoksoong B.A. (Public Health)

* สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค	Raj Pracha Samasai Institute, Department of Disease Control
** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก	Office of Disease Prevention and Control 9 Pitsanulok Province
***สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่	Office of Disease Prevention and Control 10 Chiangmai Province
**** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น	Office of Disease Prevention and Control 6 Khankan Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการพิจารณาให้รับการสงเคราะห์ในชุมชนระหว่างเดือน มกราคม 2548 - มิถุนายน 2549 จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านโรคและสุขภาพ ข้อมูลด้านความพิการ และข้อมูลการรับการสงเคราะห์ แบบวัดอุปสรรค/ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมที่แปลมาจากวิม บราเคลและคณะ และแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ปรับมาจากของกรมสุขภาพจิต ฉบับภาษาไทย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ สถิติเชิงบรรยาย การวิเคราะห์การผันแปรทางเดียว (Unpair t - test) One Way Anova และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 ด้านอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมพบว่า ส่วนใหญ่ยังมีอุปสรรค/ข้อจำกัดในการ

มีส่วนร่วมปานกลางเช่นเดียวกัน ซึ่งปัจจัยทำนายอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมคือ การไม่ได้เรียนหนังสือ การไม่ได้ประกอบอาชีพ การมีเท้ากุดหรือมีแผลที่นิ้วและการมีความพิการที่ใบหน้าเป็นคล้ายหน้าสิงห์โต/ย่นมาก ($R^2 = .223$) โดยผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อน ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ/ไม่รู้หนังสือจะมีอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่เรียนหนังสือ ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่มีอาชีพจะมีอุปสรรคในการมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ที่มีอาชีพ ผู้ที่มีเท้ากุดหรือมีแผลที่นิ้วและมีความพิการที่ใบหน้าเป็นหน้าสิงห์โต/หน้าย่นมากจะมีอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ ส่วนปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตคือ การไม่มีข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมหรือมีแต่เพียงเล็กน้อย การไม่มีปัญหาในการไปรับการรักษาพยาบาล การย้ายที่อยู่จากภูมิลำเนา และการไม่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตด้านความพิการ ($R^2 = .401$) โดยผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อนที่ไม่มีข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมหรือมีแต่เพียงเล็กน้อย ไม่มีปัญหาในการไปรับการรักษาพยาบาลเช่น ปัญหาในการเดินทาง ค่าใช้จ่าย ฯลฯ ไม่มีปัญหาด้านความพิการและเป็นผู้ที่มีการย้ายที่อยู่จากภูมิลำเนาจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้อื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0..5

Abstract

A descriptive study was undertaken in 120 peoples affected with leprosy (PAL) between January 2005 and June 2006. The objectives were to study; the obstacles of social participation, quality of life and associated factor in PAL living in normal community who received monthly allowance. Data collecting tools were interviewing questionnaires which included personal information, general health, leprosy related disability, social welfare, participation scales and quality of life scales. Statistics such as descriptive statistics, unpaired t - test, one way ANOVA and stepwise multiple regression analysis were used in analyzing process.

The results showed that 56.4% of PAL had moderate quality of life, and moderate obstacles/limitations in social participation. Predictive factors in limitation of social participation were illiteracy, unemployed, foot absorption/finger ulcer, and facial deformities e.g. leonine facies / wrinkled face ($R^2 = .223$). PAL; who were illiterated, unemployed, and had foot absorption/finger ulcer and facial deformities; had more limitations in social participation than PAL who were/ had not. Factors predicting quality of life were migration and absence of ; obstacles/limitations in social participation, obstacles/limitations in accessibility to health care, and disabilities ($R^2 = .401$). It could be interpreted that PAL who had migrated, and who were absent the mentioned factors had better quality of life than those who had not migrated and who were not absent with statistically significant difference ($p < .05$) level.

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, การมีส่วนร่วมทางสังคม, ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

Key word : Quality of life, Social Participation, Person affected with Leprosy

บทนำ

ปัจจุบันการค้นหาและดูแลรักษาโรคเรื้อนในประเทศไทยได้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถบรรลุเป้าหมายในการควบคุมและกำจัดโรค ปัญหาที่สำคัญและท้าทายต่อการกำจัดโรคเรื้อนในอนาคตจะเป็นในเรื่องของการดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังจากการรักษาว่าจะทำอย่างไรผู้ที่ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจึงจะมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งในการดูแลผู้ประสบปัญหาเหล่านี้ทั้งในระดับประเทศเองในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติก็ได้ให้ความสำคัญโดยมุ่งเน้นเรื่องของการพัฒนาคน โดยในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8⁽¹⁾ ได้เน้นการพัฒนาแบบองค์รวมที่มี "คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา" ตลอดจนแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10⁽²⁾ (2550 - 2554) ก็ยังคงมุ่งพัฒนาสู่ "สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืน" ต่อไป ซึ่งแผนพัฒนาฯ นี้ยังคงครอบคลุมถึงประชากรทุกคนรวมทั้งบุคคลพิการและด้อยโอกาสต่างๆ ด้วย

สำหรับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเองที่ไม่สามารถอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนปกติ รัฐได้รับไว้ให้การรักษาและสงเคราะห์อยู่ในนิคมโรคเรื้อน 12 แห่ง โดยได้รับเงินค่าอาหารวันละ 45 บาท และเงินสงเคราะห์ รายเดือนๆ ละ 700 บาท รวมทั้งที่ดินสำหรับประกอบอาชีพ นอกจากนี้ยังได้รับการส่งเสริมอาชีพ และสวัสดิการสังคมอื่นๆ เช่น ทุนการศึกษา ทุนประกอบอาชีพ การปรับปรุงบ้านพักอาศัย ฯลฯ ปัจจุบันผู้ป่วยในนิคมโรคเรื้อนประมาณร้อยละ 80 เป็นผู้พิการและผู้สูงอายุ และสัดส่วนนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับอันเนื่องจากเกณฑ์ในการรับสงเคราะห์ที่เน้นผู้สูงอายุและมีความพิการมาก ซึ่งภาครัฐเองปัจจุบันมีบุคลากรและทรัพยากร ไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้พิการเหล่านี้ได้อย่างทั่วถึง

จากปัญหาความจำเป็นดังกล่าว กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นความจำเป็นในการที่จะให้ผู้พิการและชราเหล่านี้กลับไป

อยู่อาศัยกับครอบครัวในชุมชนปกติ ตลอดจนผู้ขอรับการสงเคราะห์รายใหม่ก็ให้สามารถรับการสงเคราะห์อยู่ในชุมชนได้ โดยมีสิทธิในการรับเงินค่าอาหารและเงินสงเคราะห์ยังชีพรายเดือนเช่นเดียวกับผู้ที่รับการสงเคราะห์อยู่ในนิคม ซึ่งกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังได้พิจารณาอนุมัติให้จ่ายเงินค่าอาหาร และเงินสงเคราะห์ยังชีพให้แก่ผู้ป่วยในชุมชนปกติได้ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2548 เป็นต้นมา

การปรับเปลี่ยนแนวทางการให้การสงเคราะห์ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนหรือผู้ป่วย จากนิคมสู่ชุมชนปกติ นั้น มีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ประสบปัญหา ได้อยู่กับครอบครัวในชุมชน พร้อมเปิดโอกาสให้ได้รับการสนับสนุนด้านสวัสดิการสังคมจากชุมชนและท้องถิ่น เช่น บริการสาธารณสุข และสวัสดิการสังคมต่างๆ เหมือนคนทั่วไป ประการสำคัญในการนำผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนกลับสู่ชุมชนก็เพื่อต้องการให้ได้มีส่วนร่วมทางสังคมมากขึ้น ดังนั้นการที่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนได้รับการพิจารณาให้การสงเคราะห์โดยได้รับเงินช่วยเหลือ และได้อาศัยอยู่ในชุมชนปกติ น่าจะมีส่วนทำให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าการอาศัยอยู่ในสภาพที่จำกัดในนิคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่รับการสงเคราะห์อยู่ในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่รับการสงเคราะห์ในชุมชน

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross - sectional descriptive design) โดยมีขั้นตอนและวิธีดำเนิน

การวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง (samples) ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการพิจารณาให้การสงเคราะห์ในชุมชนตั้งแต่รุ่นแรก จนถึงช่วงระยะเวลาที่จัดทำโครงร่างการวิจัย คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสงเคราะห์ในชุมชนระหว่างเดือน มกราคม 2548 - มิถุนายน 2549 จำนวน 120 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2,6,8,9 และ 10

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล จำนวน 33 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความรู้หรือความสามารถพิเศษ อาชีพหลัก - เสริม รายได้ ภูมิสิทธิ์ในที่พักอาศัย และทรัพย์สิน สมาชิกที่อยู่อาศัยในครอบครัวและญาติที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และสวัสดิการสังคม ได้แก่ การมีบัตรแสดงตัวบุคคลและบัตรสิทธิต่างๆ (เช่น บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประกันสุขภาพ บัตรคนพิการ ทะเบียนบ้าน เป็นต้น) โรคประจำตัว สถานที่ในการไปรับการรักษาพยาบาล ปัญหาในการใช้สิทธิ การใช้กายอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐ ปัญหาความเดือดร้อนในการดำรงชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคเรื้อรัง การติดตามผู้รับการสงเคราะห์ในชุมชน ได้แก่ สถานที่รับการสงเคราะห์ ระยะเวลาที่รับการสงเคราะห์ วิธีการและปัญหาอุปสรรคในการรับเงินสงเคราะห์ รายได้จากการประกอบอาชีพที่นอกเหนือจากการรับเงินสงเคราะห์ การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและคนอื่นๆ การได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความพิการและสภาพ

ปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจ จากรายงานการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการสงเคราะห์ (สค. 2) ได้แก่ คะแนนการประเมินสภาพผู้ป่วยทางด้านการแพทย์โดยให้คะแนนตามลักษณะความพิการของ มือ เท้า ตา ใบหน้า และคะแนนการประเมินสภาพผู้ป่วยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ที่ดัดแปลงจากแบบวัดการมีส่วนร่วม P - scale (the participation scale) ของ Wim Van Brakel และคณะ⁽³⁾ มีด้วยกัน 18 ข้อ 7 ด้าน แบบวัดนี้เป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ไม่ทราบ/ไม่ตอบ, ใช่/ได้, บางครั้ง, ไม่ใช่/ไม่ได้, และไม่จำเป็นต้องทำ หากผู้ตอบตอบว่า บางครั้ง, ไม่ใช่/ไม่ได้ หรือไม่จำเป็นต้องทำ จะต้องประเมินคำถามนั้นอีกครั้งตามตัวเลือกดังนี้ คือ ไม่เป็นปัญหา, เป็นปัญหาเล็กน้อย, เป็นปัญหามากกลาง หรือ เป็นปัญหาใหญ่สำหรับตนเอง โดยตัวเลือกดังกล่าวมีการให้คะแนนเป็น 1, 2, 3 และ 5 ตามลำดับ (หมายเหตุ: ผู้พัฒนาเครื่องมือนี้ ให้คะแนนเป็น 1,2,3 และ 5 ไม่มี 4 เนื่องจากต้องการแยกกลุ่มที่มีปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมมากที่สุดออกจากกลุ่มอื่นอย่างชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการจัดการฟื้นฟูสภาพทางสังคม)

แบบวัดการมีส่วนร่วมอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังได้มาทำการแปลเป็นภาษาไทย โดยนายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ แล้วนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยง (reliability) ในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังจำนวน 33 ราย มีค่า alpha เท่ากับ 0.86 ซึ่งค่าความเที่ยงของทั้งฉบับค่อนข้างสูงและเพื่อให้ยังคงเนื้อหาและองค์ประกอบจึงยังคงข้อคำถามตามต้นฉบับไว้ทั้งหมด

ตัวแปรด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมนี้มีค่าคะแนนได้ตั้งแต่ 0 - 90 คะแนนและจะสรุปผลว่ากลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นอย่างไรโดยดูจากค่าคะแนนรวมและทำการแบ่งเป็น 5 ระดับตามแบบวัดต้นฉบับ คือ

0 - 12 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อจำกัด/
อุปสรรคในการมีส่วนร่วม

13 - 22 คะแนน หมายถึง มีข้อจำกัด/
อุปสรรคในการมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย

23 - 32 คะแนน หมายถึง มีข้อจำกัด/
อุปสรรคในการมีส่วนร่วมปานกลาง

33 - 52 คะแนน หมายถึง มีข้อจำกัด/
อุปสรรคในการมีส่วนร่วมมาก

53 - 90 คะแนน หมายถึง มีข้อจำกัด/
อุปสรรคในการมีส่วนร่วมมากที่สุด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้
ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จากแบบวัดคุณภาพ
ชีวิต ที่ดัดแปลงจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต
(องค์การอนามัยโลก) ฉบับภาษาไทยของ สุวัฒน์
มัตตินิรันดร์กุล และคณะ⁽⁴⁾ จำนวน 26 ข้อ แต่
หลังจากการนำไป try out กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน
33 คน ได้ค่า alpha เท่ากับ 0.80 ได้ทำการปรับ
ข้อคำถามให้มีความเหมาะสมในเรื่องของภาษาและ
เนื้อหามากขึ้น และได้ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อคือ
ข้อที่ 26 ออก เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่มีความ

ลำบากทั้งผู้ถามและผู้ตอบ จึงเหลือเพียง 25 ข้อ
โดยแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านร่างกายจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม
ที่ 2, 3, 4, 10, 11*, 12, 24

ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม
ที่ 5, 6, 7, 8, 9*, 23

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 2 ข้อ
ได้แก่ข้อคำถามที่ 13, 14

ด้านสภาพแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่
ข้อคำถามที่ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

(หมายเหตุ มีข้อความเชิงลบ 2 ข้อได้แก่ ข้อ
9 และข้อ 11) ส่วนข้อที่ 1 และข้อ 25 เป็นตัวชี้วัด
ที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะ
ไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ *โดย
ปรับลดข้อคำตอบจาก 5 คำตอบ ได้แก่ ไม่เลย
เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด เหลือเพียง 4
คำตอบ โดยตัด "มากที่สุด" ออก โดยมีเกณฑ์ใน
การให้คะแนน ในแต่ละข้อคำถามดังนี้

	ข้อความทางบวก(คะแนน)	ข้อความทางลบ(คะแนน)
ไม่เลย	1	4
เล็กน้อย	2	3
ปานกลาง	3	2
มาก	4	1

แบบวัดคุณภาพชีวิตที่นำมาปรับแล้วมีค่า
คะแนนรวมได้ตั้งแต่ 25 - 100 คะแนน และแบ่ง
ระดับของคุณภาพชีวิตในภาพรวมใหม่โดยแบ่งค่า
คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างออกเป็นช่วง (range)
3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 25 - 50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิต

ที่ไม่ดี, คะแนน 51 - 75 หมายถึง มีคุณภาพชีวิต
ระดับกลางๆ และคะแนน 76 ขึ้นไป หมายถึง มี
คุณภาพชีวิตระดับดี

การแบ่งระดับคุณภาพชีวิตได้แยกออกเป็น
องค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	การมีคุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 - 13	14 - 20	21 - 28
2. ด้านจิตใจ	6 - 11	12 - 17	18 - 24
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2 - 3	4 - 5	6 - 8
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 15	16 - 23	24 - 32
คุณภาพชีวิตโดยรวม	25 - 50	51 - 75	76 - 100

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 68.1 มีอายุระหว่าง 56 - 70 ปี ร้อยละ 47.9 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.4 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.8 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 59.6 ทรัพย์สินส่วนตัวที่มีอยู่หรือมีสิทธิในการใช้ส่วนใหญ่ ได้แก่ ที่ดิน ร้อยละ 21.6 โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 21.3 บ้าน ร้อยละ 11.4 จักรยานยนต์ ร้อยละ 11.6 โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 10.2 และมีที่ดินที่นา ร้อยละ 9.4 กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ 6 ร้อยละ 40.4 สคร.ที่ 9 ร้อยละ 25.5 และ สคร.10 ร้อยละ 18.1 เมื่อแบ่งตามการมีที่อยู่อาศัยแยกแยะภาคพบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 46.8 รองลงมาคือ ภาคเหนือและภาคกลางตอนบน ร้อยละ 43.6 และภาคกลางตอนล่าง ร้อยละ 9.6 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่เคยย้ายที่อยู่จากภูมิลำเนาไปยังที่อื่น ร้อยละ 75.5 โดยบ้านที่อาศัยอยู่ในปัจจุบันนี้เป็นบ้านของตนเอง ร้อยละ 84.0 มีสมาชิกอยู่ร่วมกันในครอบครัวประมาณ 2 - 5 คน ร้อยละ 69.1 ซึ่งปัจจุบันสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวไม่มีใครป่วยเป็นโรคเรื้อรังแล้ว ร้อยละ 81.9

ด้านโรคและสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.1 แต่เป็นสัดส่วนที่ไม่

แตกต่างกันมากนักกับผู้ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งผู้ที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรค หัวใจ/ความดัน/เบาหวาน ร้อยละ 17.0 และไม่มีปัญหาในการไปรับการรักษาพยาบาล ร้อยละ 59.6 สถานพยาบาลที่ไปรับบริการเป็นประจำคือสถานพยาบาลของรัฐบาล ร้อยละ 77.7

ด้านความพิการพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพิการที่มีมากทั้งขาและซ้าย (ข้อมือตกรก/งอ/แผลเรื้อรัง/นิ้วมืองอเหยียดไม่ได้ที่นิ้วหัวแม่มือ) คิดเป็นร้อยละ 68.1 และ 63.8 ตามลำดับ รวมทั้งมีความพิการมากที่เท้าขวาและซ้ายด้วยเช่นเดียวกัน(เท้าตกร/ข้อติด/เท้าผิดรูป/ขาด้วน) ร้อยละ 58.5 และ 55.3 ส่วนความพิการของตาทั้งขาและซ้ายส่วนใหญ่จะมีตามัว (นับนิ้วที่ระยะ 6 เมตร หรือ 20 ฟุตไม่ได้) ร้อยละ 57.4 และ 59.6 และส่วนใหญ่ไม่มีความพิการที่ใบหน้า ร้อยละ 47.9 จากการคัดกรองเพื่อเข้ารับการรักษาพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนรวมความพิการ (คะแนนทางการแพทย์ - มือ เท้า ตา และใบหน้า) อยู่ระหว่าง 16 - 27 คะแนน (คะแนนเต็ม 40 คะแนน) ร้อยละ 44.7 ส่วนคะแนนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 13 - 16 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ร้อยละ 55.3 และคะแนนรวมทั้งทางการแพทย์และสังคมเศรษฐกิจ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 24 - 35 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 48.9

ผู้ป่วยส่วนใหญ่หากมีความพิการก็ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 92.6 และไม่ได้ใช้เครื่องช่วยความพิการหรือกายอุปกรณ์ร้อยละ 76.6 สัดส่วนที่จดทะเบียนและไม่ได้จดทะเบียนมีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 50 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องจากการเป็นโรคเรื้อนมากที่สุดคือเรื่องของความพิการ ร้อยละ 70.2

ด้านการรับการสงเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่รับการสงเคราะห์ในครัวเรือนของนิคมบ้านกว้าง จ.พิษณุโลก ร้อยละ 35.1 รองลงมาคือนิคมบ้านหัน จ.มหาสารคาม ร้อยละ 21.3 นิคมแม่ลาว จ.เชียงราย ร้อยละ 18.1 นิคมโนนสมบูรณ์ จ.ขอนแก่นร้อยละ 16.0 และนิคมเสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ดร้อยละ 9.6 เป็นผู้ที่ได้รับเงินสงเคราะห์มาแล้วมากกว่า 1 ปี (แต่ไม่เกิน 3 ปี) ร้อยละ 59.6 และมักจะเดินทางไปรับเงินสงเคราะห์ด้วยตนเองร้อยละ 61.7 เป็นการไปรับเงินที่นิคมร้อยละ 58.5 รองลงมาคือรับเงินที่ธนาคารร้อยละ 29.8 และรับเงินที่ไปรษณีย์ร้อยละ 11.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการไปรับเงินร้อยละ 72.3 ที่เหลือรู้สึกว่ามีปัญหาเรื่องการเดินทางร้อยละ 21.3 และมีปัญหาได้รับเงินไม่ครบตามจำนวนหรือได้รับช้าร้อยละ 6.4

ผู้ป่วยที่รับการสงเคราะห์อยู่ในชุมชนนี้ส่วนใหญ่บอกว่าตนเองยังพอมีบุคคลอื่นที่สามารถขอความช่วยเหลือได้หากต้องการ ร้อยละ 66.0 ส่วนการได้รับความช่วยเหลืออื่นๆ จากรัฐบาล หรือหน่วยงานต่างๆ นั้นไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ ร้อยละ 50 รองลงมาเคยได้รับความช่วยเหลือเรื่องเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ร้อยละ 27.7 และไม่รู้สึกรำคาญหรือเพื่อนบ้านรังเกียจร้อยละ 74.5 ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่าตั้งแต่ได้รับเงินสงเคราะห์นี้มีชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้นได้รับการยอมรับจากคนอื่นๆ มากขึ้นร้อยละ 80.9

การมีส่วนร่วมทางสังคม พบว่า คะแนนข้อ

จำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างนี้คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 86 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.20 คะแนน ค่ากลางเท่ากับ 26 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.13 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 25.5 รองลงมาคือผู้ที่มีข้อจำกัด/อุปสรรคปานกลาง ร้อยละ 24.5 มีข้อจำกัดเพียงเล็กน้อยร้อยละ 22.3 และไม่มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วมเลย ร้อยละ 18.1 โดยผู้ที่มีข้อจำกัดมากที่สุดมีเพียงร้อยละ 9.6

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคะแนนเฉลี่ยของข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมโดยใช้สถิติ Unpaired T - Test และ 4 One Way ANOVA พบว่า เรื่องการศึกษา อาชีพ การเคยมีเครือญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน ปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การมีความพิการที่เท้าซ้ายและความพิการที่ใบหน้า มีคะแนนเฉลี่ยของข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ไม่มีอาชีพจะมีปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ที่มีอาชีพไม่แน่นอน ผู้ที่ไม่พิการมีอุปสรรคในการมีส่วนร่วมน้อยกว่าผู้ที่มีความพิการ เช่น เท้ากุด เดินเท้าตก และมีแผลเรื้อรังที่เท้า รวมทั้งผู้ที่มีหน้าคล้ายสิงห์โต/หน้าย่นมาก (lion face)

การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญกับอุปสรรคในการมีส่วนร่วมจากการทดสอบในขั้น bivariate statistic มาหาค่าพยากรณ์ในการทำนายเพื่อทดสอบว่าปัจจัยใดเป็นตัวทำนายได้อย่างแท้จริง พบว่าปัจจัยทำนายอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การไม่ได้เรียนหนังสือ การไม่ได้ประกอบอาชีพ การมีเท้ากุดหรือมีแผลที่นิ้ว และการมีความพิการที่ใบหน้าเป็นคล้ายหน้าสิงห์โต/

ย่นมาก จะทำให้เกิดข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมมากกว่าผู้อื่น โดยปัจจัยทำนายทั้ง 4 นี้สามารถร่วมกันทำนายข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมได้ร้อยละ 22.3 ส่วนการเคยมี

เครือญาติป่วยเป็นโรคเรื้อนและการมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นไม่พบว่ามีความสามารถในการทำนายข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยต่างๆ กับอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	B	T	P - value
มีความพิการที่ใบหน้า (หน้าสิงโต/หน้าย่นมาก)	10.02	2.554	.012*
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8.57	2.560	.012*
ทำกุดหรือมีแผลที่นิ้ว	14.78	2.684	.009*
ไม่มีอาชีพ	6.678	1.995	.049*
Constant	18.578	6.423	.000

R = 0.469, R² = 0.223, SEE = 15.46, F = 6.283, Sig.of = .000

*P < 0.05

คุณภาพชีวิต พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนคะแนนต่ำสุดคือ 46 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 93 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.60 คะแนน ค่ากลางเท่ากับ 73 คะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.97 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 รองลงมาเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.4 และมีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 3.2 ส่วนคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แก่ด้านสัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 84.0 ร้อยละ 54.3 และร้อยละ 51.1 ตามลำดับ มีเพียงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเท่านั้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.8

และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติ Unpaired T - Test และ One Way ANOVA พบว่า เรื่องของ อาชีพ พื้นที่อยู่อาศัย (ภาค) การย้ายที่อยู่ ปัญหาในการเข้ารับการรักษายาบาล ปัญหาในการดำเนินชีวิตด้านความพิการ ปัญหาในการดำเนินชีวิตด้านการประกอบอาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับเงินสงเคราะห์ในชุมชน ลักษณะปัญหาในการรับเงินสงเคราะห์ การรังเกียจจากครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน ผลของการได้รับเงินสงเคราะห์ต่อสภาพความเป็นอยู่และการยอมรับของชุมชนและข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีอาชีพประจำจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่อาศัย

อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ที่ไม่มีปัญหาในการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลไม่มีปัญหาในการเดินทางไปรับเงินสงเคราะห์จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเดินทางลำบากเนื่องจากพิการและสูงอายุ และผู้ที่ไม่ใช่ข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีปัญหาทุกระดับ

การหาค่าพยากรณ์ในการทำนายคุณภาพชีวิตเพื่อทดสอบว่า ปัจจัยใดเป็นตัวทำนายได้อย่างแท้จริงนั้น (stepwise multiple regression analysis) พบว่าปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การไม่มีข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมหรือมีแต่เพียง

เล็กน้อย การไม่มีปัญหาในการไปรับการรักษาพยาบาล การย้ายที่อยู่จากภูมิลำเนาและการไม่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตด้านความพิการนั้น จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคนอื่นๆ โดยทั้ง 5 ปัจจัยนี้สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ร้อยละ 40.1 ส่วนปัจจัยด้านอาชีพพื้นที่อยู่อาศัย (ภาค) ระยะเวลาที่ได้รับเงินสงเคราะห์ในชุมชน ลักษณะปัญหาในการรับเงินสงเคราะห์ การรังเกียจจากครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน ผลของการได้รับเงินสงเคราะห์ต่อสภาพความเป็นอยู่และการยอมรับของชุมชนนั้นไม่พบว่ามีความสามารถในการทำนายข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	B	T	P - value
ไม่มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม	12.18	4.905	.000*
ไม่มีปัญหาในการไปรับการรักษาพยาบาล	6.46	3.466	.001*
มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม			
เพียงเล็กน้อย	6.42	2.845	.006*
การย้ายที่อยู่จากภูมิลำเนา	5.25	2.434	.017*
ไม่มีปัญหาด้านความพิการ	4.09	1.999	.015*
Constant	62.061	27.324	.000*

$R = .633, R^2 = 0.401, SEE = 8.726, F = 11.775, Sig.of = .000$

* $P < 0.05$

วิจารณ์

ข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมมาร้อยละ 25.5 แต่ก็เป็นจำนวนที่ไม่แตกต่างจากกลุ่ม

อื่นๆ มากนักและเมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 29.20 คะแนนและจากค่ากลางของคะแนนเท่ากับ 26 คะแนน จึงถือว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอุปสรรคในการมีส่วนร่วมปานกลางเมื่อเทียบกับคะแนนเต็มของแบบวัดข้อจำกัด/อุปสรรค

ในการมีส่วนร่วมทางสังคมซึ่งเท่ากับ 90 คะแนน ซึ่งหมายความว่า⁽⁵⁾ ปัญหาหรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยนั้นได้เกิดขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 50 ของเวลาทั้งหมดซึ่งมีความรุนแรงที่สามารถรบกวนหรือมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันโดยเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวในช่วงเวลา 30 วัน ที่ผ่านมา

ปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเป็นข้อจำกัด/อุปสรรคมากเมื่อเทียบกับคนทั่วไป ได้แก่เรื่องการทำงานหรือการหารายได้ ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามแนวคิดเรื่องโรคและภาวะสุขภาพ⁽⁶⁾ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมว่า การเป็นโรคหรือการมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี การเจ็บป่วยนั้นสามารถส่งผลทำให้บุคคลต้องเกิดการสูญเสียหรือมีความผิดปกติในโครงสร้างด้านหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ หรือสติวิทยาได้ (impairment) เมื่อการทำหน้าที่ของร่างกายและโครงสร้างเกิดความชำรุดหรือบกพร่องก็จะก่อให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันขึ้น ที่อาจทำให้บุคคลนั้นทำได้น้อยกว่าหรือเสียเปรียบคนทั่วไป การมีข้อจำกัดในความสามารถเช่นนี้จะส่งผลให้บุคคลนั้นถูกจำกัดหรือมีอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในแง่มุมต่างๆ ของชีวิตที่ต้องดำเนิน สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ไม่ได้เกิดจากโรคและการสูญเสียภาวะสุขภาพที่ดีไปเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (environmental factors) และปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ด้วย

การไม่ได้เรียนหนังสือมีผลต่อข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

การที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือการไม่ได้เรียนหนังสือนั้นเป็นข้อจำกัดพื้นฐานที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการมีส่วนร่วมหรือการทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะกับสังคมภายนอก เพราะผู้ป่วยจะไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนคนเดียวได้หรืออาจทำได้แต่มีความยากลำบากกว่าคนอื่น ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของนิโคลและคณะ⁽⁷⁾ ที่

พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีการศึกษาหรือได้เรียนหนังสือตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปจะมีข้อจำกัดหรืออุปสรรคน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือมีการศึกษาน้อยอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ

การไม่ได้ประกอบอาชีพมีผลต่อข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

การประกอบอาชีพรวมทั้งการมีรายได้เป็นพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของความกินดีอยู่ดีที่ทำให้มีรายได้เพื่อนำมาใช้จ่ายและสร้างโอกาสในส่วนสำคัญของชีวิต เช่น การมีที่อยู่อาศัย การมีโอกาสในการมีส่วนร่วมทางสังคมและชุมชน เป็นต้น แม้ผู้ป่วยโรคเรื้อนในการศึกษานี้จะได้รับการสงเคราะห์และการช่วยเหลือค่าครองชีพต่างๆ จากรัฐแต่สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่เพียงลำพัง แต่ยังมีสมาชิกครอบครัวที่เป็นภาระและไม่ได้ประกอบอาชีพ ลำพังเงินช่วยเหลือเหล่านี้มักไม่เพียงพอต่อการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีได้นอกจากรายได้จากการประกอบอาชีพจะเป็นตัวสร้างโอกาสต่างๆ ในชีวิตคนเราแล้วในอีกมุมหนึ่งการมีงานทำก็ส่งผลต่อการยอมรับนับถือจากบุคคลในครอบครัวรวมทั้งชุมชนด้วย

การมีเท้าพิการหรือมีแผลที่นิ้วและการมีความพิการที่ใบหน้าเป็นหน้าสังหิตโย/ย่นมากมีผลต่อข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องหรือใกล้เคียงกันในการศึกษาของนิโคลและคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าเพศหญิงในประเทศอินเดียและบราซิลที่ทำการศึกษานั้นหากเป็นผู้ที่มีแผลแล้วจะมีความเสี่ยงต่อการเพิ่มข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมให้มากขึ้น ในความพิการประเภทอื่น รุขท และคณะ⁽⁸⁾ ได้สำรวจถึงความชุกและความสัมพันธ์ความบกพร่องของร่างกายและจิตใจ (impairments) ข้อจำกัดในการทำวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ (activity limitations) และอุปสรรคในการมีส่วนร่วม (partici-

pation restrictions ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ พบว่า การมีอุปสรรคหรือข้อจำกัดทางสังคม (social restriction) นั้นมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านจิตใจ (mental function impairments) แม้ว่าจะเป็นความพิการทางด้านจิตใจก็พบว่ามีผลต่ออุปสรรคหรือข้อจำกัดทางสังคม (social restriction) ได้เช่นกัน และในการศึกษาของ อีวา เบคคิงและกูดริ้น เฮคเบิร์ก⁽⁹⁾ ที่ทำการศึกษารอบคองของระบบประสาท การจำกัดในการทำกิจกรรมและข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในเด็กที่พิการทางสมอง (cerebral palsy) พบว่าความพิการในการเรียนรู้ของเด็กเหล่านี้ เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่ออุปสรรคในการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในบุคคลที่พิการในหลายประเภทมักต้องเผชิญกับปัญหาด้านข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมเช่นเดียวกัน

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนหรือผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี โดยคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านที่มีระดับต่ำกว่าด้านอื่นๆ คือด้านร่างกาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนปกติและได้รับการรักษาหายจากโรคเรื้อนมานานแล้วซึ่งส่วนใหญ่ยังพ้ออาศัยอยู่กับครอบครัวหรือญาติพี่น้องได้ จึงทำให้คุณภาพชีวิตเฉพาะด้านอื่นๆ เช่น ด้านจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีกว่าด้านร่างกาย ซึ่งน่าจะเป็นผลจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมาก และพ้นจากการรักษามาเป็นระยะเวลาพอสมควรซึ่งการดูแลติดตามสภาพความเป็นอยู่จากเจ้าหน้าที่อาจไม่ครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยเหล่านี้ จึงทำให้มีผลต่อการดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไปรวมทั้งที่เกี่ยวข้องกับความพิการจากโรคเรื้อน ซึ่งคุณภาพชีวิตในภาพรวมมีความคล้ายคลึงกับหลายการศึกษาเช่น การศึกษาของโกเมส อุนรัตน์⁽¹⁰⁾ ที่ทำการศึกษาก่อนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อของ

องค์การอนามัยโลกที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านระดับต่ำสุดที่พบคือด้านสังคมเนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจมากต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เนื่องจากอาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม และมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นน้อยลง ซึ่งการศึกษาของไพโรจน์ พรหมพันธุ์⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาก่อนคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดนครราชสีมาในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังรักษาเฝ้าระวังและและจำหน่ายจากการเฝ้าระวังแล้วในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมาโดยใช้แบบวัดเดียวกัน ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านที่มีระดับต่ำสุดคือด้านสังคมเช่นเดียวกันกับการศึกษาของโกเมส นอกจากนั้นยังมีการศึกษาที่ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่แตกต่างจากการศึกษาข้างต้น แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีส่วนคล้ายคลึงกับการศึกษานี้คือเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุและได้รับเงินสงเคราะห์เช่นเดียวกันเพียงแต่อาศัยอยู่ในนิคม ซึ่งได้แก่การศึกษาของปิยวดี ทองทั้งสายและคณะ⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในสถานสงเคราะห์ สถาบันราชประชาสมาสัย ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิทย้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องจากผู้ป่วยยังมีปัญหาในด้านอื่นๆ ที่ยังต้องได้รับการดูแลต่อไป จึงจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นเดียวกัน

การไม่มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม สามารถเกิดขึ้นได้ในหลายด้านตั้งแต่เรื่องของ การเรียนรู้และประยุกต์ใช้ความรู้ (learning & applying knowledge), การทำงานและความ

ต้องการ (general task and demands), การติดต่อสื่อสาร (communication), การเดินทาง (movement), การดูแลตนเอง (self care), การดำเนินชีวิตในบ้าน (domestic life areas), การติดต่อมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal interaction), ส่วนสำคัญของชีวิต (major life areas) และชีวิตในชุมชน สังคมและประชาสังคม (community, social & civic life) ซึ่งครอบคลุมในทุกส่วนของชีวิตคนเรา หากส่วนใดส่วนหนึ่งบกพร่องไปก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนๆ นั้นได้⁽³⁾

สิ่งที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มนี้มีอุปสรรคมากที่สุดและเป็นปัญหามากคือการประกอบอาชีพและการหารายได้ ซึ่งน่าจะมาจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความพิการมากทั้งมือและเท้า (ข้อมือตก/หลุด/แผลเรื้อรัง/นิ้วมืองอเหยียดไม่ได้ที่นิ้วหัวแม่มือ, เท้าตก/ข้อติด/เท้าผิดรูป/ขาด้วน) เมื่อผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องนี้แล้วมักจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีโดยตรง เมื่อประกอบกับการไม่รู้หนังสือหรือมีการศึกษาน้อยซึ่งไม่เพียงพอที่จะไปประกอบอาชีพที่จะหลีกเลี่ยงการใช้ร่างกายที่พิการนั้นได้จึงยิ่งทำให้เกิดข้อจำกัดมากขึ้นและถือเป็นข้อเสียเปรียบของบุคคลพิการเมื่อเทียบกับคนทั่วไป

ผู้ป่วยที่มีความพิการไม่มากนักจึงยังพอที่จะมีโอกาสในการหางานรับจ้างเพื่อมีรายได้เล็กน้อยมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน จากกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าไม่มีข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม 17 ราย (ร้อยละ 18.1) เกือบทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตในระดับดี

การไม่มีปัญหาด้านความพิการมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านความพิการถึงร้อยละ 70.2 ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านความพิการอันเนื่องมาจากโรคเรื้อรังน้อยหรือไม่มีเลยจะทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดีขึ้นเพราะสุขภาพร่างกาย การเป็นโรครวมทั้งการเคลื่อนไหวล้วนแล้วแต่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งสิ้น⁽⁴⁾

การไม่มีความพิการหรือความสามารถเคลื่อนไหว (mobility) ที่จะไปไหนมาไหนได้ เช่นการเคลื่อนไหวไปรอบๆ บ้าน, ไปไหนมาไหนในที่ทำงานหรือสามารถที่จะไปในที่ที่อยากจะไปได้โดยไม่ต้องอาศัยการดูแลจากบุคคลอื่น หากบุคคลหนึ่งต้องอาศัยบุคคลอื่นอย่างมากในการเคลื่อนที่แล้วก็จะมิผลทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง ซึ่งความพิการของบุคคลไม่จำเป็นต้องกระทบต่อการเคลื่อนไหวของบุคคลนั้น เช่น บางคนใช้ล้อเข็นหรือเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันซึ่งบุคคลนั้นอาจพึงพอใจต่อการเคลื่อนที่ที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับบ้าน หรือสถานที่ทำงานได้เพียงพอ การมีความพิการหรือสุขภาพร่างกายที่ไม่ดีจะส่งผลให้บุคคลเป็นทุกข์และรบกวนชีวิตอาการเจ็บป่วยที่เป็นๆ นานๆ เว็ร้อจะอาจทำให้คนรู้สึกทุกข์ทรมานยิ่งกว่าความรู้สึกที่มีต่อความรุนแรงของอาการเจ็บปวดนั้น ซึ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความพิการสามารถเกิดเพิ่มขึ้นได้ตลอดชีวิตหากผู้ป่วยขาดการดูแลตนเองที่เหมาะสม

การไม่มีปัญหาในการไปรับการรักษาพยาบาลมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย มีผลทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลงได้นอกจากมีส่วนเกี่ยวข้องกับความพิการทางร่างกายแล้ว การขาดแคลนกายอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการเคลื่อนไหวให้สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้อย่างสะดวก ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างนี้แม้จะมีความพิการมาก แต่ส่วนใหญ่กลับไม่ใช้หรือไม่มีกายอุปกรณ์ถึงร้อยละ 76.6 ซึ่งผู้ป่วยบางรายให้เหตุผลว่าที่ไม่มีกายอุปกรณ์เพราะไม่ทราบข้อมูลว่าต้องทำอย่างไรหรือที่มีอยู่ก็ชำรุดทรุดโทรมและไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย นอกจากนั้นแล้วปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางก็เป็น

ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การเดินทางเพื่อไปรับการรักษาพยาบาลไม่สะดวกสำหรับผู้ป่วยแม้ว่าจะไม่เสียค่ารักษาพยาบาลก็ตาม

การย้ายที่อยู่จากภูมิลำเนา มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รับการสงเคราะห์ในชุมชนมีการย้ายถิ่นฐานจากภูมิลำเนาร้อยละ 24.5 ซึ่งส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดเป็นการย้ายถิ่นระหว่างจังหวัดที่ยังอยู่ในภูมิภาคเดิมร้อยละ 21.3 มีเพียงส่วนน้อยคือร้อยละ 3.2 ที่เป็นการย้ายถิ่นระหว่างภาค ซึ่งการย้ายถิ่นนี้เป็นปัจจัยทำนายทางบวกต่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มี การย้ายถิ่น สำหรับสาเหตุที่แน่ชัดต่อการย้ายถิ่นที่จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตนั้นอาจต้องทำการศึกษาเชิงลึกต่อไป ซึ่งต้องมีข้อที่นำมาพิจารณาประกอบการวิเคราะห์สาเหตุในหลายๆ ด้าน เพราะการย้ายถิ่นแล้วทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้นแสดงว่าถิ่นที่ย้ายไปอยู่ใหม่จะต้องมีปัจจัยที่ทำให้เกิดรายได้ที่สูงขึ้นหรือ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าปัจจัย ผลักที่ทำให้มีการย้ายถิ่นออกจากที่เดิม⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต จึงควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะกับผู้ที่มีความพิการ ให้ได้รับการศึกษาอย่างทั่วถึง ซึ่งอาจจะเป็นในรูปของการศึกษานอกโรงเรียนที่เอื้อประโยชน์และเปิดกว้างให้กับผู้ที่สนใจ ให้ได้รับการศึกษาทั้งในสายวิชาการและอาชีพ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์เหล่านี้แม้จะอยู่ในวัยสูงอายุ แต่หากมีการจัดการศึกษาที่เหมาะสมแล้วก็น่าที่จะส่งผลต่อการลดข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมได้ เช่น หลักสูตรสำหรับผู้ไม่รู้หนังสือ ซึ่งการอ่านออกเขียนได้สามารถมีส่วนช่วยในเรื่องของการดูแลตนเองขึ้นพื้นฐานในชีวิตประจำวันต่างๆ ได้มาก ที่ทำให้พึ่งพิงผู้อื่นน้อยลง นอกจากนั้นการได้รับการศึกษา

ยังทำให้มีโอกาสในการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมทางสังคมกับบุคคลอื่นๆ เพิ่มขึ้นด้วย

2. การไม่ได้ประกอบอาชีพมีผลต่อข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ผู้ที่ไม่มีอาชีพมีปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีอาชีพไม่แน่นอนนั้น ซึ่งมีสวนเกี่ยวข้องมาจากทั้ง ความพิการและการไม่รู้หนังสือหรือมีการศึกษาน้อย ดังนั้นหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรจัดการส่งเสริมอาชีพ ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ความพิการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรวมทั้งการเข้าถึงโอกาสในการมีงานทำได้ด้วย

3. การป้องกันและฟื้นฟูสภาพความพิการเพื่อลดอัตราความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน รวมทั้งการทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองไม่ให้เกิดความพิการที่เพิ่มขึ้นได้ รวมทั้งการสนับสนุนกายอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมภายในชุมชนจะมีส่วนสำคัญในการลดข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมแก่ผู้ป่วยได้ เพราะผู้ป่วยหลายรายได้รับเครื่องช่วยความพิการไปแล้วแต่ไม่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้เนื่องจากไม่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยของตนในชุมชนหรือเมื่ออุปกรณ์เหล่านั้นชำรุดทรุดโทรม ก็เป็นการยากที่ผู้ป่วยจะแก้ไขอุปกรณ์เหล่านั้นเพราะไม่สามารถเข้าถึงช่องทางนั้นได้

4. ควรมีการพัฒนาเครือข่ายระหว่างหน่วยงานผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสวัสดิการและดูแลความเป็นอยู่ของประชาชนรวมทั้งผู้พิการในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์อยู่ในชุมชนแบบองค์รวมทั้งในเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม เนื่องจากปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนเหล่านี้ยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ที่รับการสงเคราะห์ในชุมชน ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนในเขตพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2, 6, 8, 9 และ 10 ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัยและมูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์ คณะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้การศึกษาวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. แนวคิดและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 พ.ศ.2540 - 2544. (15 มิ.ย.2549); ที่มา [http : www.nesdb.go.th/portals/o/news/plan/p8/M1.doc](http://www.nesdb.go.th/portals/o/news/plan/p8/M1.doc)
2. แนวคิดและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550 - 2554. (5 มิ.ย.2549); ที่มา [http : www.nesdb.go.th/portals/o/news/plan/plan10/plan10./data/plan_10.pdfhtml](http://www.nesdb.go.th/portals/o/news/plan/plan10/plan10./data/plan_10.pdfhtml).
3. Van Brakel WH. Participation Scale Users Manual Version 4.5. (CD - ROM) International Course in Disability and Rehabilitation Management The Netherlands 2006. (2006).
4. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
5. Participation extent code (ICF 2001) N. (serial online) 2008 Mar 14 ; Available from <http://metor.aihw.gov.au/content/publish/export.phtml>.
6. WHO.The international classification of functioning, disability and health 2001. (CD - ROM) International course in disability and rehabilitation management. The Netherlands 2006.(2006).
7. Nicholls P.G.,Bakirtzieff Z, Van Brakel WH,et al. Risk factors for participation restriction in leprosy and development of a screening tool to identify individuals at risk.Leprosy Rev 2005;76:305 - 15.
8. Ruch,Nixon,Schilder,et al.Impairments, activity limitations and participation restrictions : Prevalance and associations among persons living with HIV/AIDS in British Columbia.Health and Quality of Life Outcomes 2004 ; 2:46.
9. Beckung E,Hagberg G. Neuroimpairments, activity limitations and participation restrictions in children with cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology 2002 ; 44 : 309 - 16.
10. โกเมศ อุนรัตน์. อัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการในศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา. วารสารโรคติดต่อ 2543; 26(3) : 232 - 40.
11. ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา 2547 ; 10(3) : 47 - 54.
12. ปิยวดี ทองทั้งสายและคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในสถานสงเคราะห์ สถาบันราชประชาสมาสัย.วารสารกรมควบคุมโรค 2546; 29(3) : 176 - 85.
13. องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร. (31 มี.ค.2551) ; ที่มา <http://www.huso.buu.ac.th/cai/Sociology/225101/Lesson11>.

การประเมินผลความรู้ด้านทันตสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในสถาบันราชประชาสมาสัย Evaluation on Knowledge on Dental Health of Elderly Leprosy Patients in the Raj Pracha Samasai Institute

ฐิติกาญจน์ ทองคำ สค.บ.(ทันตกรรมชุมชน)
สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค

Thitikan Tongkam B.PH.(Community Dental Health)
Raj Pracha Samasai Institute
Department of Disease Control

บทคัดย่อ

ผู้วิจัยได้วิจัยประเมินผลการสอนความรู้ด้านทันตสุขภาพแก่กลุ่มคนไข้โรคเรื้อนสูงอายุโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้คนไข้โรคเรื้อนสูงอายุได้นำความรู้ด้านทันตสุขภาพที่ได้รับไปดูแลและปฏิบัติตนด้านทันตสุขภาพของตนเองได้ โดยได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 23 คน (แต่ ประเมินผลเพียง 21 คน อีก 2 คน มีปัญหาด้านการรับรู้และการสื่อสารจึงคัดออก) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบความรู้ ในกลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่าง 55-85 ปี เป็นสมาชิกของกลุ่มผู้สูงอายุมูลนิธิอันติมิตร ในสถานสงเคราะห์ของสถาบันราชประชาสมาสัย อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ การประเมินทั้งก่อนและหลังให้ความรู้ใช้วิธีถามแต่ละคนโดยไม่ได้ประเมินพร้อมกัน ผลการศึกษาการประเมินความรู้คนไข้โรคเรื้อนสูงอายุก่อนให้ความรู้ มีคะแนนต่ำสุด คือ 4 คะแนน สูงสุด คือ 9 คะแนน เฉลี่ย คือ 5.76 คะแนน และหลังการให้ความรู้ มีคะแนนต่ำสุด คือ 6 คะแนน สูงสุด คือ 10 คะแนน เฉลี่ย คือ 7.76 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนให้ความรู้กับคะแนนหลังให้ความรู้แล้ว คนไข้โรคเรื้อนสูงอายุมีความรู้และการปฏิบัติตนถูกต้องสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.72

โดยสรุปจากการประเมินด้านความรู้ พบว่าคนไข้โรคเรื้อนสูงอายุมีความรู้และการปฏิบัติตนเหมาะสมเพิ่มขึ้น และมีคนไข้บางส่วนที่ยังยึดติดกับความติดั้งเดิมอยู่ ถึงแม้จะให้ความรู้ใหม่ที่ถูกต้องไป และมีเพียงบางกลุ่มที่ตระหนักถึงความสำคัญและผลการเกิดโรคในช่องปากและเข้ารับการรักษาย่างสม่ำเสมอ จากการประเมินด้วยวิธีการฝึกการแปรงฟันด้วยโมเดลฝึกแปรงฟันพบว่า คนไข้โรคเรื้อนสูงอายุที่ไม่มีความพิการหรือมีความพิการทางมือเล็กน้อยจะฝึกปฏิบัติได้ถูกต้อง แต่ผู้มีความพิการทางมือมาก เช่น ไม่สามารถกำมือได้ นิ้วมือกุด ไม่สามารถฝึกปฏิบัติได้ ฝ่ายทันตกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย จึงได้จัดทำสิ่งประดิษฐ์ดัดแปลงแปรงสีฟันโดยใช้เส้นยางพันด้ามแปรงสีฟันให้มีขนาดพอเหมาะกับอุ้งมือคนไข้เพื่อให้สามารถจับด้ามแปรงได้อย่างถนัดมือและเพื่อสามารถแปรงฟันได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

Abstracts

The author has conducted an evaluation research of instruction on knowledge towards dental health of elderly leprosy patients with the main purpose for more effective utilization of knowledge and practices toward the dental hygiene of these patients. Total 23 patients were simply randomly selected, out of whom only 21 patients were actually evaluated since the remaining 2 patients have the problems of communication. They, therefore, were dismissed from the study. The data were collected by designed questionnaires consisted of knowledge and practices toward dental health. The age of patients ranged between 55-85 years old. They are also the member of the elderly group of Beulah land service foundation which working for welfare of in patients of Raj Pracha Samasai Institute, Prapradang district, Samutprakarn. The performance of pre-and-post evaluation of instruction were made by using individual question separately. The overall result of the study revealed that the minimum pre-test score of elder leprosy is 4 points, meanwhile the maximum, likewise, is 9 points. The average score of related knowledge and practices is 5.76 points. Moreover post-evaluation revealed post-test scores of 6 point, while the maximum score is 10 points, with the average of 7.76 points. When such results were compared, it was found that older leprosy patients has increased in better knowledge and practices of 34.72 percent.

In conclusion, the overall results found from this evaluating study is that while elderly leprosy has increasing knowledge at the same time, some patients remain adhere to their old ideas. Although, they were more effectively educated, only some of them were well aware of the importance of oral disease and kept checking up regularly. In addition from the evaluation of teeth brushing practices by brushing model, it was found that the elder leprosy patients who have no disability or rather mild disability of hands could perform brushing accurately, whereas patients who have more severe disability such as unfistable and mutilated hands could not do so. In order to help such disables, toothbrushes were modified with elastic fasten with the holder that would be more appropriate to patients' hand.

คำสำคัญ : การประเมินผลการสอนความรู้, ทันตสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ

Key Words : Evaluation of instruction on knowledge, Dental health, Elderly leprosy patients

บทนำ

สมาคมทันตสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา (The American Association of Public Health Dentistry :AAPHD) ได้ถือว่าสุขภาพช่องปาก (oral

health) จัดเป็นศาสตร์และศิลป์ในการป้องกันและควบคุมโรคในช่องปาก (oral diseases)⁽¹⁾ แต่ในด้านความเป็นจริงแล้ว สุขภาพช่องปากนั้นมีความหมายเกินกว่าเพียงแค่การมีฟันดีปกติแข็งแรง

เท่านั้น โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญ
ของสุขภาพช่องปากว่าควรมีการบูรณาการสุขภาพ
ช่องปากไว้ในสภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและใน
สภาวะและคุณภาพชีวิต และสุขภาพช่องปาก
มีความสำคัญและสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการ
พูดจา การเคี้ยวอาหาร การกลืนอาหาร และการ
ติดต่อสัมพันธ์ในสังคม⁽²⁾ ฯลฯ

จากการสำรวจสุขภาพช่องปากพบว่าสภาวะ
สุขภาพช่องปากของประชากรนับว่ามีคุณค่าประโยชน์
อย่างยิ่งต่อการวางแผนมาตรการป้องกันแก้ไขปัญา
สุขภาพช่องปากแก่ประชาชนรวมทั้งการกำกับดูแล
การเปลี่ยนแปลงในปัญหาและรูปแบบของโรคช่องปาก⁽³⁾
แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลด้านสภาวะและปัญหาของ
สุขภาพช่องปาก และความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อ
ดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้ได้รับผลกระทบจากโรค
เรื้อรังทั่วโลกยังมีจำกัดมาก⁽⁴⁻⁸⁾

นอกจากนั้น ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลง
โครงสร้างประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้
สูงอายุมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น แต่มีความเสื่อม
ถอยของสมรรถภาพทางร่างกายและศักยภาพใน
การดูแลตนเอง โดยเฉพาะหากเป็นภาวะที่มีความ
พิการจากโรคเรื้อรังร่วมด้วยแล้วยิ่งจะทำให้อยู่ใน
ภาวะจำเป็นที่ต้องพึ่งพามาตรการส่งเสริมสุขภาพ
ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาและ
ฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิผล โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมี
คุณภาพชีวิตที่ดีตลอดอายุขัย⁽⁹⁻¹⁰⁾ สุขภาพช่องปาก
จัดว่ามีผลกระทบสำคัญยิ่งสุขภาพร่างกาย โดย
เฉพาะด้านการบดเคี้ยวอาหารและภาวะโภชนาการ
และยังส่งผลต่อสุขภาพจิต การเข้าสังคม รวมทั้ง
คุณภาพชีวิตด้านอื่นด้วย^(2,10-11,14-15)

ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญที่พบในผู้
สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียฟัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีฟัน
กัปปฟันผุ รากฟันผุและโรคปริทันต์ ที่ทำให้เกิดการ
สูญเสียฟันเพิ่มขึ้นได้ หากไม่ได้รับการดูแลสุขภาพ
อย่างเหมาะสม จากความเป็นมาและปัญหาดังกล่าว ฝ่ายทันตกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย

จึงได้จัดให้มีการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ การ
สร้างเสริม การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก⁽¹²⁻¹⁵⁾
แก่คนไข้โรคเรื้อรังผู้สูงอายุ เพื่อให้คนไข้มีภาวะ
ทันตสุขภาพที่ดีตลอดอายุขัยให้มากที่สุดเท่าที่จะ
สามารถทำได้

วัตถุประสงค์

ฝ่ายทันตกรรมสถาบันราชประชาสมาสัย
ได้ให้บริการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพ
ช่องปากให้แก่ประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
และผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อรัง โดยก่อนและ
หลังให้บริการดังกล่าว ได้มีการสอนให้ความรู้และ
การปฏิบัติที่ถูกต้องด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ป่วยทุกราย
ซึ่งเป็นภารกิจสำคัญของฝ่ายทันตกรรม สถาบัน
ราชประชาสมาสัย การประเมินผลการสอนความรู้
และความเข้าใจด้านทันตสุขภาพกลุ่มคนไข้โรคเรื้อรัง
สูงอายุครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อทราบประสิทธิผลของการสอนให้
ความรู้เพื่อความเข้าใจต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องด้าน
ทันตสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ได้รับผลกระทบ
จากโรคเรื้อรัง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ได้รับผล
กระทบจากโรคเรื้อรังวัยสูงอายุนำความรู้ไปดูแลและ
ปฏิบัติตนด้านทันตสุขภาพที่ดีต่อไป
3. เพื่อนำข้อมูลการประเมินมาวิเคราะห์
ความรู้ความเข้าใจของผู้ถูกประเมินในด้านการดูแล
และปฏิบัติตนด้านทันตสุขภาพ เพื่อปรับปรุงแก้ไข
การสอนให้ความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลทันต
สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ได้รับผลกระทบจาก
โรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่ม
มากขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ได้รับผลกระทบจาก
โรคเรื้อรังผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่เหมาะสม
ถูกต้องด้านการดูแลทันตสุขภาพ และนำความรู้ที่

ได้ไปดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง ซึ่งเป็นการนำไปสู่สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านอื่นๆ ต่อไป

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อประเมินความรู้⁽¹²⁾ ความเข้าใจในการดูแลทันตสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีมูลนิธิฉันทมิตรรับผิดชอบให้การสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ สถาบันราชประชาสมาสัย โดยประเมินทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพด้วยวิธีการสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติ

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีมูลนิธิฉันทมิตรรับผิดชอบให้การสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ สถาบันราชประชาสมาสัย อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ 23 คน จำนวนผู้รับการประเมินความรู้ และการปฏิบัติตนมีเพียง 21 คน เนื่องจากคนไข้เพศหญิง 2 คนไม่สามารถประเมินได้เพราะมีความบกพร่องด้านการรับรู้และสื่อสาร จึงได้คัดออกจากการศึกษา

ผลการศึกษา

ได้สรุปข้อมูลในตารางต่างๆ ดังสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
55-65	9	42.86
66-75	10	47.62
76-85	2	9.52
เพศ		
ชาย	8	38.1
หญิง	13	61.9
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	28.57
ประถมศึกษา	14	66.67
มัธยมศึกษา	1	4.76
รวม	21	100.00

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 66-75 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.62 รองลงมาคือ 55-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.86 และ 76-85 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.52 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.9 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 38.1

ในด้านการศึกษาของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 4.76 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 คะแนนร้อยละความรู้ของประชากรกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ 21 ราย จำแนกเป็นรายบุคคลเปรียบเทียบก่อนรับความรู้และหลังรับความรู้

อันดับ	เพศของผู้ป่วย*	ก่อนให้ความรู้ (คะแนน)	หลังให้ความรู้ (คะแนน)
1	ผู้ป่วยชาย	6	9
2	ผู้ป่วยชาย	7	9
3	ผู้ป่วยชาย	5	7
4	ผู้ป่วยชาย	6	8
5	ผู้ป่วยชาย	5	7
6	ผู้ป่วยชาย	6	8
7	ผู้ป่วยชาย	9	10
8	ผู้ป่วยหญิง	8	10
9	ผู้ป่วยหญิง	8	10
10	ผู้ป่วยหญิง	7	9
11	ผู้ป่วยชาย	5	7
12	ผู้ป่วยหญิง	4	6
13	ผู้ป่วยหญิง	4	6
14	ผู้ป่วยหญิง	5	7
15	ผู้ป่วยหญิง	4	6
16	ผู้ป่วยหญิง	4	6
17	ผู้ป่วยหญิง	5	7
18	ผู้ป่วยหญิง	5	7
19	ผู้ป่วยหญิง	7	9
20	ผู้ป่วยหญิง	5	7
21	ผู้ป่วยหญิง	6	8
*22	ผู้ป่วยหญิง		
*23	ผู้ป่วยหญิง		

ก่อนอบรม $\bar{X} = 5.76$ Max = 9 Min = 4 หลังอบรม $\bar{X} = 7.76$ Max = 10 Min = 6

ที่มา : แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตนด้านทันตสุขภาพ

หมายเหตุ : * ไม่ใช่ชื่อผู้ป่วยเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าผลการประเมินความรู้ของ ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุก่อนให้ความรู้ มีคะแนนต่ำสุด คือ 4 คะแนน สูงสุด คือ 9 คะแนนเฉลี่ย คือ 5.76 คะแนน และหลังการให้ความรู้ มีคะแนนต่ำสุด คือ 6 คะแนน สูงสุด คือ 10 คะแนน

เฉลี่ย คือ 7.76 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างก่อนให้ความรู้กับคะแนนหลังให้ความรู้แล้ว ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุ มีความรู้และการปฏิบัติตนเหมาะสมถูกต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 34.72

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุก่อนและหลังการอบรมจำแนกตามเพศ

เพศ	N	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ชาย	8	6.13	1.36	8.13	1.13
หญิง	13	5.54	1.51	7.54	1.51
รวม	21	5.76	1.45	7.76	1.38

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุเพศชายมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพก่อนการอบรม 6.13 หลังการอบรม 8.13 และเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพก่อนการอบรม 5.54 หลังการอบรม 7.54 และพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความรู้หลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุก่อนและหลังการอบรมจำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ	N	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
55-65 ปี	9	6.78	1.40	8.78	1.20
66-75 ปี	10	4.90	0.99	6.90	0.99
76-85 ปี	2	5.50	0.71	7.50	0.71
รวม	21	5.76	1.45	7.76	1.37

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุกลุ่มอายุ 55-65 ปี มีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนอบรม 6.78 หลังอบรม 8.78 กลุ่มอายุ 66-75 ปี มีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนอบรม 4.90 หลังอบรม 6.90 กลุ่มอายุ 76-85 ปี มีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนอบรม 5.50 และหลังอบรม 7.50 โดยกลุ่มอายุ 55-65 ปี มีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มอื่นทั้งก่อนและหลังอบรม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุก่อนและหลังการอบรมจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ไม่ได้เรียน	6	5.67	1.63	7.67	1.63
ประถมศึกษา	14	5.57	1.16	7.64	1.22
มัธยมศึกษา	1	9.0	-	10.0	-
รวม	21	5.76	1.45	7.76	1.37

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนอบรม 5.67 หลังอบรม 7.67 กลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนอบรม 5.57 หลังอบรม 7.64 กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนอบรม 9.0 และหลังอบรม 10 และพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้หลังอบรมของทุกกลุ่มสูงกว่าก่อนอบรม

สรุปผลและวิจารณ์

จากการศึกษาการประเมินด้านความรู้ โดยใช้แบบประเมินแบบเลือกคำตอบ จำนวน 10 ข้อ ผลการประเมินก่อนให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ และหลังให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุมีความรู้และการปฏิบัติตนเหมาะสมถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.72 แต่จากการสัมภาษณ์มีผู้ป่วยบางส่วนที่ยังยึดติดกับความคิดเดิมอยู่ ถึงแม้จะให้ความรู้ใหม่ที่ถูกต้องไป และบางคนเป็นโรคสมองเสื่อมมีความจำสั้นทำให้การรับรู้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ และสับสน และการให้ความรู้/การทบทวนพร้อมกันหลายเรื่องทำให้เกิดการสับสน และเบื่อหน่าย ซึ่งอาจได้ผลการประเมินที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง⁽¹²⁻¹³⁾

จากการประเมินการปฏิบัติตนด้วยวิธีการฝึกแปรงฟันด้วยโมเดลฝึกแปรงฟัน สังเกตได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ ที่ไม่มีความพิการหรือมีความพิการทางมือเพียงเล็กน้อย จะฝึกปฏิบัติได้ถูกต้อง แต่ผู้ที่มีความพิการทางมือมาก เช่น ไม่สามารถกำมือได้ นิ้วมือกุด ไม่สามารถฝึกปฏิบัติได้

ในด้านพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพของตนเอง จากการเข้ามารับบริการรักษาโรคในช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มูลนิธิฉันทมิตรดูแลให้การสงเคราะห์อยู่ ที่คลินิกทันตกรรมสถาบันราชประชาสมาสัย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนไม่พบปัญหาโรคในช่องปากแล้ว เมื่อนัดมาตรวจซ้ำทุก 4 เดือน พบว่าการเกิดโรคในช่องปากลดลงจาก

ครั้งแรก

ข้อเสนอแนะ

1. จากข้อมูลผลการประเมินผู้ถูกประเมินยังยึดติดกับความคิดเดิมๆ ถึงแม้ว่าจะให้ความรู้ใหม่ไป ยกตัวอย่าง เช่น หัวข้อ "เราควรไปพบหมอฟันเมื่อใด" ผู้ป่วยบางส่วนยังตอบตามความคิดเดิมว่า "เมื่อปวดฟัน" ส่วนหัวข้อ "อะไรคือสาเหตุของฟันโยก (โรคปริทันต์)" ผู้ป่วยบางส่วนยังมีความเชื่อว่าอายุมากขึ้นแล้วฟันจะโยกหลุด อาจเป็นเพราะคนไข้มีอายุมากและสูญเสียฟันเกือบทุกคน บางคนก็ไม่เหลือฟันจริงในช่องปากเลย ผู้วิจัยจึงจะนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนารูปแบบและเนื้อหาการสอนและสาริตที่เข้าใจง่ายในการให้ความรู้ต่อไป

2. ในการให้ความรู้และการประเมินในแต่ละครั้งควรมีเนื้อหาเพียง 1-2 เรื่อง เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ดีไม่สับสน และไม่เบื่อหน่าย ซึ่งอาจได้ผลการประเมินที่คลาดเคลื่อน⁽¹³⁾

3. การสาริตและการฝึกปฏิบัติการแปรงฟัน ควรสาริตและฝึกเป็นรายบุคคล โดยในช่วงเวลานั้นมีเพียงการฝึกเพียงอย่างเดียว ไม่มีการสอนความรู้ด้านวิชาการ เพื่อการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่เร่งรีบ⁽¹¹⁾

4. ผู้สอนควรแนะนำการดัดแปลง แปรงสีฟัน สำหรับผู้พิการทางมือที่ไม่สามารถจับด้าม แปรงได้ถนัดให้เหมาะสมในแต่ละราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทันตแพทย์หญิงภัทรา เอกสกุลกล้า, คุณณัฐนี อู้อย่างกุล, คุณสุวิวรรณฤทธิ์ จรูญ คุณนารี สุรชีวะ และคุณภาวิณี กลิ้นอุบล ที่ให้คำแนะนำที่มีคุณค่าตลอดการศึกษา ประเมินผล และขอขอบพระคุณครูสมาน ประสมคำ และคณะที่ให้การประสานกับกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต บรรณารักษ์การวารสารสถาบันราชประชาสมาสัย

สมาสัย ที่กรุณาปรับแก้ต้นฉบับให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. American association of public Health dentistry. Available from : URL : <http://www.xxphd.org/doc/whydentalpublichealth2.pdf>. Assessed on 25 December 2006.
2. World health organization. Policy basis. Available from URL : www.who.int/oral-health/policy/en. Accessed on 28 December 2006.
3. OMF-Organizaco. Mundial dx Saude. Levantament os basicos em saude bucal. 4th ed SaoPaulo Santos 1999.
4. Becheli LM, Berti A. Lesões Leptóticas de mucosa bucal : es tu do clinico. Rev Bras Leprol 1939; 7:187-99.
5. Scheepers A, Lemmer J, Lownie JF. Oral manifestations of leprosy. Lepr Rev 1993; 64 : 37-43.
6. Aarestrup FM, Aquino MA, Castro JM. Doença periodontal em Hansenianos. Rev Periodontia 1995; 4: 191-3.
7. Reis SRA, Viana LC, Souza VF. Manifestacoes orais da hanseniose. Rev. Faculdade de Odonto da UFBA. 1996 / 1997; 16-17: 53-8.
8. Nunez JM, Lesiones bucales em pacientes com lepra. Rev Leprol. Fontilles 1998; 20: 665-73.
9. เชิดเกียรติ แก้วกลกิจ. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก. "การจัดการความรู้โรคเรื้อน" เอกสารออนไลน์: [http://gotoknow.org/blog/pharm/tag\(07/12/2548\)](http://gotoknow.org/blog/pharm/tag(07/12/2548))
10. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
11. วรางคนา เวชวิธี. แย้ม ยิ้ม คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุ. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
12. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย เอกสารออนไลน์ : http://subweb2.dpt.go.th/dpt_kmcenter/dptpages/articles/km01.pdf(2550)
13. ทฤษฎีการเรียนรู้ (บทความออนไลน์:) 2550; ที่มา : <http://www.pantown.com/board.php>
14. ประภล พิบูลย์โรจน์ และคณะ. สภาวะทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข 2540; 2: 39-50.
15. ประภล พิบูลย์โรจน์ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมทันตสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2541; 21 : 67-79.

การศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย

Satisfaction Assessment of Dermatologic Residents Toward Organizing of Learning Experience on Leprosy Raj Pracha Samasai Institute

สุริวรรณ ฤทธิจรูญ ศษ.บ. (สุขศึกษา)
โกวิท คัมภีรภาพ อ.ว.(ตจวิทยา)
สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค

Sureewan Ritcharoon B.ed. (Health Education)
Kowit Kampirapap Dip.Broad of Dermatology
Raj Pracha Samasai Institute,
Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย ในปีพ.ศ. 2549-2550 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 ราย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านหลักสูตร ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอน ด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอน ด้านคุณลักษณะของผู้สอน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพื้นฐาน ด้วยความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยค่าที (t-test independent)

ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($X = 4.07$) ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านหลักสูตร อยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.35$) ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอน ด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอน ด้านคุณลักษณะของผู้สอน อยู่ในระดับมาก ($X = 3.91, 3.98$ และ 4.05 ตามลำดับ) ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย ตามตัวแปรเพศและประสบการณ์การรักษารโรคเรื้อน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ในการอบรมหรือดูงานควรมีการเพิ่มระยะเวลาหรือชั่วโมงการสอนให้มากขึ้น เน้นการฝึกปฏิบัติมากกว่าเดิมและมีการประเมินผลด้านความรู้และการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะการตรวจรักษาและทั้งผู้เรียนผู้สอนสามารถประเมินตนเองได้อีกด้วย

Abstract

A cross - sectional questionnaire survey was undertaken among 28 dermatologic residents for the satisfaction toward organizing of learning experience on leprosy during their study visits at Raj Pracha Samasai Institute, between 2006 - 2007. The questionnaire consists of 4 perspectives; the curriculum, teaching methods and activities, factors supporting teaching and behaviors of facilitators. Datas were analyzed quantitatively (frequency, ratio, mean, S.D. and t - test) and qualitatively.

The results showed that the satisfaction of dermatologic residents toward organizing of learning experience on leprosy during their study visits at Raj Pracha Samasai Institute was high in average ($X = 4.07$). The satisfaction average scores of the curriculum was very high ($X = 4.35$). The satisfaction average score of teaching methods, supporting factors and behaviors of facilitators were high ($X = 3.91, 3.98$ and 4.05 respectively). The comparison of satisfaction of the dermatologic residents toward organizing of learning experience on leprosy during their study visits, according to different genders and leprosy care experience of the residents showed non - statistically significant difference. The qualitative data analysis had brought up some suggestions that the study period was too short, more emphasis should be put on practical study with post - test evaluation on knowledge and practice, in order to be assured that residents could gain the expertise in addition, self - evaluation of facilitators and student could be performed.

คำสำคัญ : ความพึงพอใจ, โรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย

Keyword : Satisfaction, Leprosy, Raj Pracha Samasai Institute

บทนำ

การศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีความรู้ ความคิด ความสามารถ และทักษะที่จำเป็นต่างๆเพื่อการปรับตัว⁽¹⁾ ดำเนินการให้การศึกษาที่มีคุณภาพ และทำให้ผู้เรียนมีความรู้ ความสามารถและมีคุณภาพตามที่คาดหวังนั้น ส่วนหนึ่งจะต้องให้ความสำคัญต่อลักษณะธรรมชาติ ความต้องการและความคิดเห็นของผู้เรียน นอกจากนั้นความคาดหวัง และความพึงพอใจต่อสถาบันฯ ทั้งในด้านการจัดการเรียนการสอน การดำเนินงาน การจัดสภาพแวดล้อม ตลอดจนการให้บริการต่างๆ เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ

เช่นกัน ส่วนการจัดการเรียนการสอนจะมีประสิทธิภาพเพียงใด ต้องมีการติดตามประเมินผล โดยเฉพาะงานสอนที่เป็นศิลปะที่ยากและศาสตร์ที่ลึกซึ้งเพราะใช้เทคนิคหลายประการ ผู้สอนจะต้องมีความรู้อย่างดีในด้านวิชาการ มีความรู้ในตัวผู้เรียน กระบวนการเรียนการสอน อุปกรณ์ และสภาพการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้มากที่สุดและสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เรียนได้⁽²⁾ แต่สิ่งสำคัญอย่างยิ่งในยุคข้อมูลข่าวสารและสังคมแห่งการเรียนรู้และการศึกษาที่ยืดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง คือ การพัฒนาให้โอกาสผู้เรียนมีบทบาทร่วมในการพัฒนาตนเองอย่างเต็มศักยภาพ⁽³⁾ แต่

หลักสูตรทางด้านการศึกษาระดับอุดมศึกษาในประเทศไทยยังมีปัญหาอยู่หลายประการ ทำให้ผู้สอนและนักศึกษาเกิดความสับสน เนื้อหาหลักสูตรที่เป็นวิชาการเฉพาะด้านมากเกินไปไม่สัมพันธ์กับสังคม การจัดเนื้อหาที่มีลักษณะคงตัวไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เลือกน้อย นอกจากนี้หลักสูตรและการสอนไม่สัมพันธ์กัน ผู้สอนจะสอนวิชาตามที่ตนถนัดและสนใจ แต่ละวิชาไม่ประสานสัมพันธ์กัน อาจเกิดการซ้ำซ้อนในแต่ละวิชา⁽⁴⁾

สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นหน่วยงานโรคเรื้อนมาครุระดับชาติและนานาชาติที่ดำเนินงานด้านโรคเรื้อนอย่างครบวงจร ทั้งการควบคุม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน ดังนั้นจึงได้รับความสนใจจากหน่วยงานด้านการสาธารณสุขทั้งในและต่างประเทศ ในการขอเข้าศึกษาดูงาน สถาบันราชประชาสมาสัยได้กำหนดหลักสูตรและเนื้อเรื่องสำหรับการเข้ารับการศึกษาดูงานโดยผู้สอน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ หลังการศึกษาดูงานจะมีการประเมินผลการเข้ารับการศึกษาดูงาน ส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินสภาพแวดล้อม การให้บริการต่างๆ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมในเรื่องของหลักสูตร ผู้สอน กระบวนการเรียนการสอน จากการประเมินด้วยวิธีดังกล่าว ไม่สามารถทราบได้ว่าหลักสูตร เนื้อหาการสอน กระบวนการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อม มีความสมบูรณ์หรือตอบสนองความพึงพอใจของผู้เข้ารับการศึกษาดูงานหรือไม่ อย่างไร และสิ่งที่ผู้เข้ารับการศึกษาดูงานต้องการให้สถาบันฯ ดำเนินการ มีอะไรบ้าง ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการประสานงาน และช่วยดำเนินการให้เกิดการเรียนการสอนในสถาบันฯ จึงสนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาทจวิทยาผู้ที่เข้ารับการศึกษาดูงานเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ในปีพ.ศ. 2549-2550 เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการ

ศึกษาไปพัฒนางาน ในการปรับปรุงหลักสูตร วิธีการจัดการเรียนการสอน รวมถึงนำข้อมูลแจ้งต่อผู้สอน เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาตนเอง และร่วมกันปฏิบัติงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อสถาบันราชประชาสมาสัย และผู้รับการศึกษาดูงานต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาทจวิทยาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอน เรื่องโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย ในปี พ.ศ. 2549-2550 ใน 4 ด้าน คือ

- ด้านหลักสูตร
- ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอน
- ด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอน
- ด้านคุณลักษณะของผู้สอน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่เข้ามาศึกษาดูงาน จากสถาบันการศึกษาทางด้านการแพทย์ คือแพทย์ประจำบ้านสาขาทจวิทยา จาก 5 สถาบันการศึกษา คือ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวนรวมทั้งสิ้น 28 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และวิเคราะห์ผลการศึกษาโดยวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพื้นฐาน ด้วยความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยค่าที (t-test independent)

ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาทจวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอน

เรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย สรุปล
ได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษาโดยการ
แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ดังตารางที่ 1

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของแพทย์ประจำบ้านสาขาสังคมศาสตร์ ที่มีต่อการจัดการเรียน
การสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	10	35.71
ชาย	18	64.29
2. ประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน		
เคย	3	10.71
ไม่เคย	25	89.29
รวม	28	100

จากตารางที่ 1 แพทย์ประจำบ้าน สาขา
สังคมศาสตร์ ที่เข้ารับการศึกษาดูงานเรื่องโรคเรื้อนของ
สถาบันราชประชาสมาสัย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย
จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 64.29 และส่วนใหญ่
ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการรักษาโรคเรื้อน
จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 89.29

แพทย์ประจำบ้านสาขาสังคมศาสตร์ ที่มีต่อการจัดการ
เรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชา
สมาสัย โดยรวมและเป็นรายด้าน 4 ด้าน คือ
ด้านหลักสูตร ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอน
ด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอน ด้าน
คุณลักษณะของผู้สอน โดยการวิเคราะห์ค่าคะแนน
เฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 การศึกษาความพึงพอใจของ

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้าน
สาขาสังคมศาสตร์ ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย
โดยรวมและเป็นรายด้าน

การจัดการเรียนการสอน	N = 28		ระดับความพึงพอใจ
	$\bar{X}$	S.D.	
1. ด้านหลักสูตร	4.35	0.41	มากที่สุด
2. ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอน	3.91	0.33	มาก
3. ด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอน	3.98	0.49	มาก
4. ด้านคุณลักษณะของผู้สอน	4.05	0.33	มาก
รวม	4.07	-	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.07$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าในทุกด้านมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และพบว่าแพทย์

ประจำบ้านสาขาตจวิทยามีความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนด้านหลักสูตร มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ เท่ากับ 4.35 และมีความพึงพอใจด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอน น้อยที่สุด แต่ยังมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 3.91

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านหลักสูตร เป็นรายข้อ

การประเมินด้านหลักสูตร	N = 28		ระดับความพึงพอใจ
	$\bar{X}$	S.D.	
1.วัตถุประสงค์ของหลักสูตรมีความสอดคล้องกับความต้องการของสถาบันของท่าน	4.71	0.46	มากที่สุด
2.วัตถุประสงค์ของหลักสูตรสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.61	0.63	มากที่สุด
3.หลักสูตรส่งเสริมให้ท่านเป็นแพทย์ผิวหนังที่มีความรู้มากขึ้น	4.64	0.49	มากที่สุด
4.หลักสูตรส่งเสริมให้ท่านมีความสามารถในการตรวจรักษา	4.54	0.64	มากที่สุด
5.ความเหมาะสมของเนื้อหารายวิชาที่เรียนกับระยะเวลาที่สอน	3.82	0.67	มาก
6.เนื้อหาวิชาส่งเสริมให้ท่านวินิจฉัยโรคได้	4.32	0.77	มากที่สุด
7.การจัดรายวิชาเรียงลำดับและง่ายต่อความเข้าใจ	3.82	0.61	มาก
รวม	4.35	-	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่าความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านหลักสูตร โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.35$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าความ

พึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด มีเพียง 2 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คือความเหมาะสมของเนื้อหาวิชาที่เรียนกับระยะเวลาการสอน ($\bar{X} = 3.82$) และการจัดรายวิชาเรียงลำดับและง่ายต่อความเข้าใจ ($\bar{X} = 3.82$)

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาจักษุวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอน เป็นรายชื่อ

การประเมินด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอน	N = 28		ระดับความพึงพอใจ
	$\bar{X}$	S.D.	
1. การชี้แจงจุดมุ่งหมายของรายวิชาก่อนสอน	4.04	0.43	มาก
2. ความชัดเจนของการอธิบายของผู้สอน	4.11	0.31	มาก
3. ความเหมาะสมของเทคนิคการสอน	3.96	0.51	มาก
4. การแบ่งเวลาการสอนในแต่ละเรื่องเหมาะสมกับเวลาที่กำหนด	3.46	0.64	มาก
5. การยกตัวอย่างประกอบการสอน	3.79	0.57	มาก
6. การสอนทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจมากขึ้น	4.00	0.38	มาก
7. การเตรียมการสอนของผู้สอน	4.11	0.31	มาก
8. สอนตรงตามจุดมุ่งหมายของรายวิชา	3.86	0.59	มาก
9. การศึกษาตัวอย่างผู้ป่วย	3.89	0.63	มาก
รวม	3.91	-	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่าความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาจักษุวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าความพึงพอใจส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทุกข้ออยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาจักษุวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอน เป็นรายชื่อ

การประเมินด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอน	N = 28		ระดับความพึงพอใจ
	$\bar{X}$	S.D.	
1. ประโยชน์ด้านเนื้อหาของเอกสารประกอบการสอน	3.75	0.64	มาก
2. ความทันสมัยของอุปกรณ์การสอน	4.14	0.36	มาก
3. ขนาดของห้องกับจำนวนผู้เรียน	3.82	0.77	มาก
4. บรรยากาศนอกห้องเอื้อต่อการเรียนการสอน	3.93	0.72	มาก
5. การให้บริการและการประสานงาน	4.25	0.44	มากที่สุด
รวม	3.98	-	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่าความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.98$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่มี

ต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอนส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีเพียงการให้บริการ และการประสานงานมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.25$)

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านคุณลักษณะของผู้สอน เป็นรายข้อ

การประเมินด้านคุณลักษณะของผู้สอน	N = 28		ระดับความพึงพอใจ
	$\bar{X}$	S.D.	
1. ความเชื่อมั่นในตนเอง	4.14	0.36	มาก
2. การแสวงหาความรู้ใหม่	4.21	0.42	มากที่สุด
3. ความรู้กว้างขวาง ทันสมัย	4.21	0.42	มากที่สุด
4. ตรงต่อเวลา	3.32	0.61	ปานกลาง
5. ลักษณะมนุษยสัมพันธ์ของผู้สอน	4.11	0.31	มาก
6. ความสามารถในการควบคุมอารมณ์	4.11	0.31	มาก
7. ความรู้ในวิชาที่สอนของผู้สอน	4.18	0.39	มาก
8. การมีประสบการณ์และทักษะในเนื้อหาที่สอน	4.25	0.44	มากที่สุด
9. ความสามารถในการถ่ายทอด	3.96	0.58	มาก
10. คุณลักษณะเหมาะต่อการเป็นผู้สอน	3.96	0.58	มาก
รวม	4.05	-	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่าความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านคุณลักษณะของผู้สอน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจที่มีต่อการเรียนการสอนด้านคุณลักษณะของผู้สอน ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่

ในระดับมาก หัวข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด มี 3 ข้อ คือ การแสวงหาความรู้ใหม่, ความรู้กว้างขวางทันสมัย และมีประสบการณ์และทักษะในเนื้อหาที่สอน และมีเพียงหัวข้อเดียวคือ ตรงต่อเวลา ที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$)

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาคหวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย โดยรวมและเป็นรายด้าน 4 ด้าน จำแนกตามตัวแปรเพศ และประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาคหวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย จำแนกตามเพศและประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน

	ตัวแปร	n	X	S	t	p
เพศ	ชาย	18	3.98	0.11	0.45	0.06
	หญิง	10	4.23	0.45		
ประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน	เคย	3	3.95	0.00	-0.71	0.24
	ไม่เคย	25	4.09	0.31		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 7 พบว่า ความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาคหวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ตามตัวแปรเพศ และประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาคหวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ด้านหลักสูตร ของสถาบันราชประชาสมาสัย ตามตัวแปรเพศ และประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน

	ตัวแปร	n	X	S	t	p
เพศ	ชาย	18	4.36	0.36	0.05	0.48
	หญิง	10	4.35	0.10		
ประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน	เคย	3	4.14	0.00	-2.76	0.00*
	ไม่เคย	25	4.38	0.42		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 8 พบว่า แพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยาที่มีเพศต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านหลักสูตร ไม่แตกต่างกัน และแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยาที่มีประสบการณ์

การรักษาโรคเรื้อนต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านหลักสูตร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ด้านวิธีและกิจกรรมการเรียนการสอน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ตามตัวแปรเพศ และประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน

ตัวแปร		n	X	S	t	p
เพศ						
ชาย		18	4.09	0.48	1.77	0.06
หญิง		10	3.81	0.04		
ประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน						
เคย		3	3.78	0.00	-0.74	0.23
ไม่เคย		25	3.93	0.35		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 9 พบว่า แพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยาที่มีเพศต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านวิธีและกิจกรรมการเรียนการสอน ไม่แตกต่างกัน และแพทย์ประจำบ้าน

สาขาตจวิทยาที่มีประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อนต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านวิธีและกิจกรรมการเรียนการสอน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ตามตัวแปรเพศ และประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน

ตัวแปร		n	X	S	t	p
เพศ						
ชาย		18	4.22	0.64	1.72	0.06
หญิง		10	3.84	0.08		
ประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน						
เคย		3	4.00	0.00	0.23	0.41
ไม่เคย		25	3.90	0.52		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 10 พบว่า แพทย์ประจําบ้านสาขาตจวิทยาที่มีเพศต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียน การสอนไม่แตกต่างกัน และแพทย์ประจําบ้าน

สาขาตจวิทยาที่มีประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อนต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียน การสอนไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของแพทย์ประจําบ้านสาขาตจวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ด้านคุณลักษณะของผู้สอน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ตามตัวแปร เพศ และประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน

ตัวแปร	n	X	S	t	p
เพศ					
ชาย	18	4.27	0.46	2.36	0.02*
หญิง	10	3.92	0.03		
ประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน					
เคย	3	3.90	0.00	3.95	4.07
ไม่เคย	25	4.06	0.34		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 11 พบว่า แพทย์ประจําบ้านสาขาตจวิทยาที่มีเพศต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านคุณลักษณะของผู้สอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และแพทย์ประจําบ้านสาขาตจวิทยาที่มีประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อนต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านคุณลักษณะของผู้สอนไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 การสรุปข้อเสนอแนะความคิดเห็นเพิ่มเติมจากแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของแพทย์ประจําบ้านสาขาตจวิทยาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย โดยการแจกแจงความถี่

และนำเสนอเชิงบรรยายประกอบการอภิปรายผลการวิจัย

จากคำแนะนำและข้อเสนอแนะ ของแพทย์ประจําบ้านสาขาตจวิทยาสามารถสรุปเป็นรายด้านได้ ดังนี้

ด้านหลักสูตร :

1. ควรมีภาคปฏิบัติในการออกตรวจผู้ป่วยมาก
2. ไม่ควรตัดบางวิชาออกจากตารางการสอน

ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน :

1. ผู้สอนมีการยกตัวอย่างประกอบการสอนทำให้เข้าใจง่ายขึ้น
2. ในแต่ละวิชาควรให้เวลามากกว่านี้

3. ต้องการให้นำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยมาๆ
ด้านปัจจัยที่สนับสนุนการเรียนการสอน :

1. บางวิชาไม่มีเอกสารประกอบการสอน
2. การเดินทางเปลี่ยนสถานที่ในวันเดียวกันทำให้ไม่สะดวก

กันทำให้ไม่สะดวก

ด้านคุณลักษณะของผู้สอน

1. ผู้สอนบางท่านมาช้า
2. อาจารย์มีความตั้งใจในการถ่ายทอดมาก
3. มีการใช้ภาษาสื่อการสอนได้ดี

วิจารณ์

1. การศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวทยา ที่มีต่อการเรียนการสอน เรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย โดยรวมพบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจในด้านหลักสูตร ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอน ด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอน และด้านคุณลักษณะของผู้สอน อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ดังที่ ขริณี เดชจินดา⁽⁵⁾ ได้กล่าวว่าความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึกพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนอง หรือบรรลุจุดหมายระดับหนึ่ง และสอดคล้องกับปราโมทย์ บุญเลิศ⁽⁶⁾ ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกมีความสุขของบุคคลต่อการทำงานหรือการมีทัศนคติที่ดีของบุคคลที่มีต่องาน ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการจนเป็นที่น่าพอใจ และสถาบันราชประชาสมาสัยเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านโรคเรื้อนอย่างครบวงจร คือการควบคุม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน ดังนั้นเมื่อมีผู้เข้ามาศึกษาดูงานจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนในทุกด้าน การได้ศึกษาตัวอย่างจากผู้ป่วย รวมถึงการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ การตรวจ การรักษา

และผู้สอนแต่ละท่านล้วนแต่เป็นผู้มีประสบการณ์หรือมีความเชี่ยวชาญในแต่ละเรื่องที่ได้รับมอบหมายให้สอน และเมื่อแพทย์ประจำบ้านได้รับความรู้หรือได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ตนเองต้องการจึงเกิดความพึงพอใจมาก

ลักษณะการเรียนการสอนที่ผู้สอนใช้ในการสอนแก่แพทย์ประจำบ้าน ในการศึกษาดูงานไม่ใช่เพียงการบรรยายเพียงอย่างเดียว แต่มีการนำตัวอย่างผู้ป่วย การฝึกปฏิบัติในการตรวจรักษา การวินิจฉัยเชื้อโรคเรื้อน มาประกอบการเรียนการสอน ซึ่งการสอนด้วยลักษณะดังกล่าวจะทำให้เกิดความน่าสนใจในการเรียนการสอนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทินิตย์ หงส์ศรีจินดา⁽⁷⁾ ที่ได้ประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาแพทยศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ที่มีต่อรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญในรายวิชาจุลชีววิทยาทางการแพทย์ ประกอบด้วยการบรรยาย การทดลองในห้องปฏิบัติการ การสรุปปฏิบัติการ (lab conference) การบรรยายย่อยโดยนักศึกษา (student mini lectures) และการทำกรณีศึกษาปัญหาผู้ป่วย (case-based learning) โดยการประเมินผลผู้เรียนในแต่ละกิจกรรม และการทำแบบสอบถามผู้เรียนหลังทำกิจกรรม ผลการประเมินพบว่า ผู้เรียนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกิจกรรมเหล่านี้ เพราะทำให้ผู้เรียนได้รับความรู้เพิ่มเติมนอกเหนือจากการฟังบรรยาย ผู้เรียนสามารถบูรณาการความรู้ที่เรียนมารวมกับความรู้จากวิชาอื่นที่เคยเรียนมา และความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติมทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามความต้องการของตนเอง

แต่จากผลการศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาตจวทยา เรื่องโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย ในด้านคุณลักษณะของผู้สอนพบว่า ความตรงต่อเวลาของผู้สอนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สอนแต่ละท่านเป็นแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักเทคนิคการแพทย์ที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน ตรวจรักษาและดูแล

ผู้ป่วยอยู่เป็นประจำ และวันที่ได้รับมอบหมายให้สอนยังคงปฏิบัติงานให้บริการกับผู้ป่วยเป็นปกติ ดังนั้นบางครั้งอาจจะยังให้บริการผู้ป่วยยังไม่แล้วเสร็จ จึงไม่สามารถมาสอนได้ตรงเวลา แต่ทุกท่านมีการเตรียมการสอนมาเป็นอย่างดี ตั้งใจ และพร้อมที่จะถ่ายทอดความรู้ให้กับแพทย์ที่มาดูงานอย่างเต็มความสามารถ ดังที่ได้เสนอไว้ในข้อเสนอแนะในตอนที่ 4

2. แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชที่มีเพศต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัยโดยรวม ไม่แตกต่างกัน ดังที่พรพิมล ตรีมงคล⁽⁸⁾ กล่าวว่า ความพึงพอใจ คือ เรื่องที่เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก และทัศนคติของบุคคล อันเนื่องมาจากสิ่งเร้าและแรงจูงใจ ซึ่งปรากฏออกมาทางพฤติกรรม และเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลและกิตติศักดิ์ มีฤทธิ์⁽⁹⁾ กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง สภาพความต้องการที่รับการตอบสนองเกิดเป็นความรู้สึกที่ดี ที่ชอบ ประทับใจที่มีต่อสิ่งนั้นๆ โดยเมื่อพอใจสิ่งใดแล้วก็จะแสดงออกทางพฤติกรรมโดยเข้าร่วมกิจกรรม อุทิศแรงกายใจ และสติปัญญาที่กระทำกิจกรรมนั้นๆ ดังนั้นไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิง เมื่อได้รับการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือในที่นี้คือการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย เป็นไปในแนวทางที่ต้องการหรือตามที่ตนมุ่งหวังจึงเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นจึงไม่ทำให้เกิดความแตกต่างของเพศต่อการจัดการเรียนการสอน เรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชที่มีเพศต่างกันมีความพึงพอใจในด้านคุณลักษณะของผู้สอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในด้านคุณลักษณะของผู้สอน (3.92) น้อยกว่าเพศชาย (4.27) ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวช

เพศหญิงมีความพึงพอใจในด้านคุณลักษณะของผู้สอนน้อยกว่าแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชชาย เพราะผู้หญิงอาจมุ่งหวังในการสอนของผู้สอนแต่ละท่าน แต่เมื่อถึงเวลาสอนผู้สอนบางท่านมาช้ากว่าเวลาที่กำหนดไว้ จึงทำให้เกิดความพึงพอใจน้อยกว่าเพศชาย แต่อย่างไรก็ตามความพึงพอใจถึงแม้จะน้อยกว่าเพศชายแต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง ไม่ใช่เป็นความพึงพอใจน้อย ดังที่ Herzberg มีความเห็นว่าสิ่งที่ตรงข้ามกับความพอใจ ไม่ใช่ความไม่พอใจดังที่เชื่อกัน แต่เดิม การขจัดสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่พอใจออกไปได้ไม่จำเป็นว่าจะทำให้เกิดความพอใจขึ้นมาแทน เป็นแต่วิธีการทำให้เป็นกลางก็คือ ยืนยันดีที่จะทำงานต่อไปอย่างเดิมเท่านั้น ซึ่ง Herzberg เรียกว่า ปัจจัยบำรุงรักษา เพราะปัจจัยกลุ่มนี้ทำให้เกิดความพอใจโดยสมบูรณ์ แต่เป็นเพียงปัจจัยที่ทำให้คนยังทำงานต่อไป

3. แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะประสบการณ์ที่แพทย์ประจำบ้านได้รับการรักษาโรคเรื้อนก่อนการเรียนเฉพาะทางด้านจิตเวช เป็นการให้การตรวจรักษาเป็นลักษณะของการตรวจโรคผิวหนังทั่วไป เมื่อเกิดข้อสงสัยจะใช้วิธีการปรึกษาจากผู้ที่มีความชำนาญกว่า หรือส่งต่อการรักษาผู้ป่วยไปยังแหล่งให้บริการเฉพาะโรค ไม่ได้เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับโรคเรื้อนโดยเฉพาะ ดังนั้นประสบการณ์ที่ได้รับจึงไม่มีความชัดเจนหรืออาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการศึกษาดูงานในครั้งนี้ จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างของความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนระหว่างแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชที่มีประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน และไม่มีประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อน

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชที่มีประสบการณ์การรักษาโรคเรื้อนต่างกันมีความพึงพอใจในด้านหลักสูตร

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับที่ สาลี่ เปลี่ยนบางช้าง กล่าวว่า ความพึงพอใจเกี่ยวข้องกับทัศนคติของคนซึ่งมีประสบการณ์กับระบบให้บริการทางการแพทย์ และจากคำแนะนำและข้อเสนอแนะ มีแพทย์ประจำบ้านสาขาจักษุวิทยาที่เข้ารับการอบรมและเคยมีประสบการณ์ด้านการรักษาโรคเรื้อน กล่าวว่า หลังการเข้ารับการศึกษาดูงานทำให้รู้ว่าการรักษาโรคเรื้อนไม่ยากอย่างที่คิด และทำให้ลดความกลัวการรักษาผู้ป่วยลง นั้นอาจหมายความว่าหลักสูตรที่สถาบันราชประชาสมาสัยจัดขึ้นสามารถตอบสนองสิ่งที่สังคมคาดหวังหรือมุ่งหวังจะให้ผู้เรียนได้รับรู้ได้ ดังที่ สจัด อุทรานันท์⁽¹⁰⁾ ให้คำนิยามของคำว่า หลักสูตรไว้

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาจักษุวิทยา ที่มีต่อการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาจักษุวิทยา ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเรื้อน ของสถาบันราชประชาสมาสัย แต่มีข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมและจัดทำเป็นข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านหลักสูตร จากแบบสอบถามพบว่า แพทย์ประจำบ้านต้องการให้มีการฝึกปฏิบัติมากขึ้น ดังนั้นในการจัดหลักสูตรต่อไป ควรจัดให้มีการฝึกปฏิบัติในแผนกผู้ป่วยนอกโรคเรื้อน เพื่อเป็นการเพิ่มทักษะการตรวจรักษา และควรมีการประเมินผลการเรียนและการฝึกปฏิบัติ เพราะผู้เรียนจะได้ประเมินความรู้ความสามารถของตนเองได้ และผู้สอน จะได้ทราบว่าตนเองยังต้องพัฒนาในเรื่องใดเพิ่มอีก

2. ด้านวิธีสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน จากแบบสอบถามพบว่าแพทย์ประจำบ้านรู้สึกพึงพอใจการยกตัวอย่างผู้ป่วยประกอบการสอน

แต่เวลาในแต่ละเรื่องมีจำกัดทำให้ยกตัวอย่างผู้ป่วยได้น้อย ดังนั้นในการจัดหลักสูตร ผู้จัดหลักสูตรควรให้ระยะเวลาในแต่ละหัวเรื่องมากขึ้น และผู้สอนควรยกตัวอย่างผู้ป่วยประกอบการสอนให้ครอบคลุมมากขึ้น

3. ด้านปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอนจากแบบสอบถามพบว่าในบางวิชาไม่มีเอกสารการสอน ดังนั้นผู้สอนควรจัดทำเอกสารประกอบการสอน เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำมาทบทวนในภายหลังได้ ส่วนเรื่องความไม่สะดวกในการเปลี่ยนสถานที่เรียนในวันเดียวกัน ผู้ประสานงานควรประสานงานกับผู้สอนและจัดตารางให้เกิดความสะดวกต่อผู้เรียนด้วย

4. ด้านคุณลักษณะของผู้สอน จากแบบสอบถามพบว่า ผู้สอนมีความตั้งใจในการถ่ายทอดวิชาความรู้และใช้ภาษาในการสื่อได้ดี แต่ผู้สอนบางท่านมาสอนไม่ตรงเวลา ดังนั้นควรมีการปรับเวลาของผู้สอนให้เหมาะสมกับภาระงานประจำหรือแจ้งให้ผู้ประสานงานทราบ เพื่อแจ้งให้ผู้เรียนทราบล่วงหน้า ถึงสาเหตุของการมาสอนช้า

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่เข้ารับการเรียนการสอนตามหลักสูตรที่กำหนดไว้เท่านั้น ซึ่งหลักสูตรโรคเรื้อนที่สถาบันราชประชาสมาสัยกำหนดขึ้นยังไม่เคยมีการประเมินหลักสูตรดังกล่าว ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการประเมินหลักสูตร เพื่อได้ทราบจุดแข็ง หรือจุดอ่อนของหลักสูตร และแนวทางในการปรับปรุงหลักสูตรให้มีความเหมาะสมและสามารถทำให้ผู้เรียนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

2. เนื่องจากกลุ่มผู้ที่เข้ามาศึกษาดูงานเรื่องโรคเรื้อนมีหลายกลุ่ม และหลายความต้องการ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาค้นคว้าความต้องการในการเรียนรู้เรื่องโรคเรื้อนของทุกกลุ่ม และนำความต้องการของแต่ละกลุ่มมาจัดหลักสูตรให้

ตรงตามความต้องการของผู้ศึกษาดูงาน เพื่อผู้ศึกษาดูงานจะได้นำไปปรับใช้กับการปฏิบัติงานได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพระคุณนายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ ผู้กรุณาเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ขอขอบคุณนางสาวแสงระวี รัศมีแจ่ม ที่ให้คำปรึกษา แนะนำอย่างมีคุณค่าและแพทย์ประจำบ้านสาขา ตจวิทยาทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุวัฒน์ ช่างเหล็ก. การศึกษาในยุคโลกาภิวัตน์. สืบมาจารย์ 2542, 13(26) : 27.
2. สงวน สุทธิเลิศอรุณ. ปรัชญาและคุณธรรมสำหรับครู. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต; 2525.
3. รุ่ง แก้วแดง. ปฏิวัติการศึกษาไทย. กรุงเทพฯ : มติชน 15 มีนาคม 2541;
4. ไพฑูรย์ สินลารัตน์. หลักและวิธีสอนระดับอุดมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช; 2524.
5. ขริณี เดชจินดา. ความพึงพอใจของผู้ประกอบการต่อศูนย์บริการกำจัดกากอุตสาหกรรม แขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2530.
6. ปราโมทย์ บุญเลิศ. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของข้าราชการสังกัดกรมอุตุนิยมวิทยา (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2545.
7. นันทนิตย์ หงส์ศรีจินดา. การประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาแพทยศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่มีต่อรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญในรายวิชาจุลชีววิทยาทางการแพทย์. วารสารการพัฒนาการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยรังสิต 2550, 1(1) : 43-9.
8. พรหมพิมล ตริมงคล. ความพึงพอใจของนักศึกษาภาคสมทบที่มีต่อบริการวิชาการ คณะบริหารธุรกิจ สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล (สารนิพนธ์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2545.
9. กิตติศักดิ์ มีฤทธิ์. ความพึงพอใจในการใช้บัตรเครดิตอเมริกันเอ็กซ์เพรส (Amex) ของผู้บริโภค (สารนิพนธ์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2545.
10. สัจด์ อุทรานันท์. พื้นฐานการพัฒนาหลักสูตร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มิตรสยาม; 2532.
11. คมสันต์ ชโนศวรรย์. ยุทธวิธีการเรียนการสอน, พัฒนาเทคนิคศึกษา 2544, 4(40) : 39.
12. ชาญชัย อาจีนสมาจาร. การวางแผนบทเรียน 2542, วารสารวิชาการ. 2(7) : 20.
13. ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
14. ไชยยศ เรืองสุวรรณ. เทคโนโลยีการศึกษา : ทฤษฎีและการวิจัย. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์; 2533.
15. อ่าง บัวศรี. ทฤษฎีหลักสูตร. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2542.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อโรคเอดส์ และเชื้อโรคเรื้อน ในด้านระบาดวิทยา อิมมูโนพยาธิวิทยา คลินิก และการรักษาในโรคเรื้อน

Studies on Co - infection with HIV - 1 and M. leprae with Reference to Epidemiological, Immunopathological, Clinic and Therapeutic Relevance in Leprosy

กฤษฎา มโหธาน พ.บ.,ว.ว.(ตจวิทยา)

Krisada Mahothan

วท.ม.(ระบาดวิทยาคลินิก)

M.D.,Cert.Board of Dermatology, M.Sc.(Clinical Epidemiology)

สถาบันราชประชาสมาสัย

Raj Pracha Samasai Institute

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทนำ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังซึ่งเกิดจากเชื้อ *Mycobacterium leprae* ซึ่งชอบอาศัยและทำให้เกิดพยาธิสภาพของผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดอาการทางผิวหนังและความพิการ⁽¹⁻²⁾ อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับผลกระทบจากความรังเกียจเหยียดชัง และตราบาปจากสังคม (social discrimination and stigmatization)⁽³⁻⁴⁾ จากปัญหาการติดเชื้อโรคเรื้อน ต้อยตาแด็บโซนที่ใช้รักษาโรคเรื้อนมานานในระยะแรก (dapsone monotherapy)⁽⁵⁻⁶⁾ จึงมีการปรับเปลี่ยนให้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกในปี 2524⁽⁷⁻⁹⁾ ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงโดยการกินยาครั้งแรก 600 มก. ครั้งเดียว สามารถฆ่าและลดเชื้อโรคเรื้อนที่มีชีวิตลงได้จนตาย ไม่พบเชื้อที่มีชีวิตจากผิวหนังได้ใน 2-3 วันหลังกินยาดังกล่าว⁽¹⁰⁾ ทำให้การรักษาและควบคุมโรคเรื้อนทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยได้ผลดีมากขึ้นจากเดิม โดยสามารถรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน

ให้หายและจำหน่ายจากทะเบียนรักษาได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้อัตราความชุกโรคเรื้อนลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว จนสู่ระดับต่ำกว่า 1 ต่อประชากร 1 หมื่นในปี 2537 ที่องค์การอนามัยโลกถือเป็นเกณฑ์รับรองว่าสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข (elimination of leprosy as a public health problem)⁽¹¹⁻¹²⁾

นับแต่ปี 2524 ที่โรคเอดส์เริ่มระบาดทั่วโลก และระบาดสู่ประเทศไทยในปี 2527⁽¹³⁻¹⁴⁾ วงการสาธารณสุขมีความวิตกกังวลและทำนายว่านอกจากเชื้อวัณโรคซึ่งเป็นเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) ที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์แล้ว เชื้อโรคเรื้อนซึ่งอยู่ในกลุ่ม *Mycobacteria* เดียวกันน่าจะมีโอกาสทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ด้วย รวมทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อนเองก็อาจมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ โดยการติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วย (HIV co-infection) น่าจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อนชนิดเลโปรมาตัสมากยิ่งขึ้น อันอาจส่งผลให้เกิดวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงใหม่

ทางคลินิกของโรคเรื้อน (clinical evolution) อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น และเป็นผลทำให้โรคเรื้อนจะเป็นโรคที่ย่างยากมากขึ้นในการรักษา เช่นเดียวกับที่ปรากฏในการรักษาวัณโรคในปัจจุบัน แต่ข้อสงสัยและคาดการณ์ ดังกล่าวข้างบนก็ยังไม่มีการติดตามค้นคว้าและบันทึกไว้เป็นหลักฐานในภาพรวมอย่างชัดเจนถึงความสัมพันธ์หรือปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างการติดเชื้อร่วมกันระหว่างโรคเอดส์และการติดเชื้อโรคเรื้อน (HIV and leprosy co-infection) หรือความสัมพันธ์ระหว่างโรคเอดส์กับโรคเรื้อน เจกเซนที่ทราบกันดีถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรคเอดส์กับวัณโรค⁽¹⁵⁾

จากความเป็นมาดังกล่าว ผู้เขียนจึงเห็นสมควรทำการทบทวนการศึกษาวิจัยต่างๆ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อโรคเอดส์และ

โรคเรื้อนในด้านระบาดวิทยา อิมมิวโนพยาธิวิทยาคลินิก และการรักษาโรคเรื้อนดังปรากฏในบทความพิเศษนี้

การศึกษาทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อโรคเอดส์กับเชื้อโรคเรื้อน (HIV and leprosy co-infection)

จากการทบทวนเอกสารการศึกษาทางระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องดังกล่าวนี้จนถึงปัจจุบัน ป่งชี้ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อโรคเอดส์กับเชื้อโรคเรื้อน โดยมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสองโรคนี้ ทั้งๆ ที่มีความแตกต่างกันอย่างมากที่สุดในด้านเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค และไม่มีความสอดคล้องกัน ในด้านคลินิกใดๆ เลย ดังสรุปในตารางข้างล่าง

ตารางที่ 1 สรุปการศึกษาทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อร่วมกันของเชื้อโรคเอดส์ และเชื้อโรคเรื้อน (epidemiological studies on leprosy-HIV co-infection)

ผู้ศึกษา/สถานที่และระยะเวลาที่ศึกษา	จำนวนคนที่ศึกษา (ชนิด)	ความชุก HIV/Odd ratio (OR)	Comments/Inference
Hussain และคณะ Agra, อินเดีย phase-1 (ปี 2532-2536) phase-2 (ปี 2542-2547)	2,125 (phase 1) (โรคเรื้อน) 4,025 (phase 2) (โรคเรื้อน)	0.12% 0.37%	โรคเรื้อน : ไม่มี downgradation reversal reaction หรือ ENL HIV : ไม่มี progression ไปสู่ AIDS
Jekhar และคณะ Chennai, อินเดีย ปี 2547	556 (โรคเรื้อน) 1004 (controls) (502 matched)	O.R.0.824 (95% CI 0.201-3.593)	ไม่มี association ที่พบระหว่างโรคเรื้อนและ HIV
Oreoe และคณะ West Kenya (เมษายน 2532 ถึง สิงหาคม 2533)	144 (ผู้ป่วยวัณโรคใหม่) และ 432 matched controls 132 (โรคเรื้อน) และ 384 matched-controls	O.R.(HIV เป็น risk-factors) 4.9 (95% CI 2.6-6.8) 1.8 (95% CI 0.9-3.2)	ชาย 31% และหญิง 11% ที่เป็นผู้ป่วยวัณโรค, attributable to HIV พบ O.R. สูงกว่าเล็กน้อยใน MB มากกว่า PB (2 vs. 1.6)

ผู้ศึกษา/สถานที่และ ระยะเวลาที่ศึกษา	จำนวนคนที่ศึกษา (ชนิด)	ความชุก HIV/Odd ratio (OR)	Comments/Inference
Leonard และคณะ Congo, Ivory Coast Senegal และ Yemen ปี 2533	1245 ผู้ป่วยโรคเรื้อน 5371 controls	3.8% (PB 3.6%, MB 3.7%) 5.2%	โรคเรื้อน (โดยเฉพาะ LL form ไม่ได้ predispose ต่อ HIV
Andrade และคณะ Rio de Janeiro บราซิล ปี 2534	1016 ผู้ป่วยโรคเรื้อน 78481 controls	0.29% 0.38%, O.R. 0.79	ไม่มี association ระหว่าง โรคเรื้อนกับ HIV
Van de Broke และคณะ Tanzania ปี 2534-2536 ศึกษานาน 3-6 เดือนทุกปี	697 (โรคเรื้อน) 158971 (controls)	83(12%) 8360(6%) O.R.2.5(95% CI 2.0 = 3.2)	มี HIV incidence สูงกว่า ในผู้ป่วยโรคเรื้อน การได้รับ BCG มาก่อนไม่คุ้มกัน โรคเรื้อนใน HIV ได้ HIV เพิ่มความเสี่ยงต่อ โรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญ
Borgdorf และคณะ Tanzania ปี 2536	72 (ชนบท) และ 21 (เขตเมือง) (โรคเรื้อน) controls	7(10% ชนบท) และ 2(10% เขตเมือง) 3.4%(ชนบท) และ 9.9% (เขตเมือง) ใน controls R.R.2.2% (p = 0.07)	HIV มีความสัมพันธ์กับ MB- leprosy อย่างมีนัยสำคัญ (O.R.4.6) แต่ไม่พบใน PB (O.R.1.4) 13% ผู้ป่วย MB attributable ต่อ HIV HIV เป็น risk factor สำหรับ MB leprosy
Lien Harot และคณะ Bamako, Mali ปี 2535-2537	740 (โรคเรื้อน) 553 (post-MDT) 735 controls	11(15%)(ภาพรวม) (1.3% ในปี 2535, 3.1%) ปี 2537 3.8%(MB) 0.8%(PB) (p<0.05%) 14.7% (1/7 relapse ใน dual infection และ 6.2% 34/546) ในโรคเรื้อน อย่างเดียว (p=0.36)	มี incidence ของ HIV ใน ผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่สูงขึ้น เล็กน้อย (เมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา) HIV มีผลน้อยมากต่อ โรคเรื้อน แต่อาจ Precipitate relapse ได้
Kawuma และคณะ Uganda ปี 2537	189 (โรคเรื้อน) 481 (controls)	23(12.2%) 88(18.3%)	มี incidence สูงมากขึ้นใน กลุ่ม control มากกว่าใน ผู้ป่วยโรคเรื้อนใน stratified analysis (p=0.002)

จากตารางที่ 1 สามารถขยายรายละเอียดและสรุปสาระสำคัญเพิ่มเติมของการศึกษาต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. การศึกษาที่ Agra, อินเดีย ปี 2532 - 2547

จากการประเมินผลการศึกษา seroprevalence ของ HIV infection ในผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่ Jalma โดย Hussain และคณะในปี 2549⁽¹⁶⁾ พบว่าการศึกษานี้ได้แบ่งเป็น 2 phases ระหว่างปี 2532 - 2536 ใน phase ที่ 1 ในผู้ป่วยโรคเรื้อน 2,125 ราย และปี 2542 - 2547 ใน phase ที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อน 4,025 ราย ผลพบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อ HIV ใน 2 phases ดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 208.33 จากร้อยละ 0.12 ใน phase แรกเป็น 0.37 ใน phase ที่ 2 แต่ในภาพรวมพบว่าการติดเชื้อ HIV จะต่ำในผู้ป่วยโรคเรื้อนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ และจากการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนเหล่านี้ทุกช่วง 6 เดือนไม่พบมีผู้ป่วยรายใดที่เกิด down grade จนกลายเป็น severe form ของโรคเรื้อน หรือเกิดเป็นโรคเอดส์เลย

2. การศึกษาโดย CLTRI ใน Tamil Nadu หรือ Chennai อินเดีย ในปี 2537

จัดเป็นการศึกษาแบบ case - control study ในปี 2537 โดย Chingleput Leprosy Training and Research Institute : CLTRI ใน Chennai ของอินเดีย เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อ HIV (HIV-1 และ HIV-2) และ high-risk characteristics ของผู้ป่วยโรคเรื้อน 556 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช่โรคเรื้อน 1,004 ราย ซึ่งมีผู้ป่วย 502 รายที่ matched ในด้านอายุ เพศ และภูมิลาเนา ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างโรคเรื้อนกับการติดเชื้อ HIV (odd ratio: OR = 0.824, 95% CI = 0.201 - 3.593)⁽¹⁷⁾

3. การศึกษาใน Western Kenya ระหว่าง เมษายน 2532 - สิงหาคม 2533

การศึกษาดังกล่าวนี้ได้ประเมินว่าการ

ติดเชื้อ HIV -1 เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อวัณโรคและโรคเรื้อนหรือไม่เพียงไร⁽¹⁸⁾ โดยศึกษาในประชากรศึกษาคือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 144 ราย ที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคบวกในเสมหะ (เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เป็นเพื่อนบ้าน 432 ราย ที่ matched กันในด้านอายุ และเพศ) กับผู้ป่วยโรคเรื้อน 132 ราย (เปรียบเทียบกับกลุ่ม matched controls 384 ราย) ผลการศึกษาพบว่า odd ratio (OR_5) ที่คำนวณจาก conditional logistic regression (matched) analysis มีค่า = 4.9 (95% CI 2.6-6.8) และ 1.8 (95% CI 0.9-3.2) ซึ่งบ่งชี้การมีความสัมพันธ์ระหว่าง HIV-1 กับวัณโรคและโรคเรื้อนตามลำดับ ประมาณร้อยละ 31 ของผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นชาย และร้อยละ 11 ที่เป็นหญิงได้รับการประเมินความสัมพันธ์อันเกิดจากการติดเชื้อ HIV ผลในภาพรวมพบว่า HIV seropositivity rates ของผู้ป่วยโรคเรื้อน และกลุ่มควบคุมมีอัตราต่ำกว่าที่พบในผู้ป่วยวัณโรค (OR 1.8 vs 4.9) และพบว่าถึงแม้จะไม่มีค่า OR_5 ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อ HIV กับโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก unity แต่ก็พบข้อเท็จจริงที่ว่า OR_5 มีค่าสูงกว่า unity ในทั้งหมด (1.4-2.4) โดยแม้จะไม่พบความแตกต่างทางสถิติ แต่ค่า OR_5 ของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเลโปรมาตัส (LL) และผู้ป่วยที่มีผลการตรวจยืนยันทางจุลพยาธิวิทยาที่ยังมีค่าสูงสุดถึง 3.7 และ 1.9 ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด MB มีค่า OR สูงกว่าชนิด PB (OR 2 vs 1.6)

4. การศึกษาที่ Congo, Ivory Coast, Senegal และ Yemen Arab Republic ในปี 2533

การศึกษานี้ใช้ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน 1,245 ราย และกลุ่มควบคุม (controls) 5,731 ราย ที่คัดเลือกมาจาก 9 ศูนย์โรคเรื้อนต่าง ๆ จาก Congo, Ivory Coast, Senegal และ Yemen Arab Republic ผลพบว่าผู้ป่วยจาก Yemen พบ sera ทั้งหมดให้ผล HIV ลบ ส่วนผลในกลุ่มจาก Congo ให้ผล HIV seropositive ใน

ผู้ป่วยโรคเรื้อน 3.8% และกลุ่มควบคุม 5.2% ตามลำดับ สำหรับผลในกลุ่มจาก Senegal ดังกล่าว พบ 1.3% และ 0.6% และผลดังกล่าวในกลุ่ม Ivory Coast พบ 4.8% และ 3.9% ตามลำดับ โดยไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ผลดังกล่าวในผู้ป่วยชนิดเลโปรมาตัสและทิวเบอร์คิวลอยด์จะสูงร้อยละ 3.6 และ 3.7 ตามลำดับก็ตาม จากผลการศึกษาข้างนี้จึงสรุปได้ว่าโรคเรื้อน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดเลโปรมาตัส) ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV⁽¹⁹⁾

5. การศึกษาที่ Rio De Janeiro, บราซิล ในปี 2534

จัดเป็น cross-sectional study ซึ่งผลการศึกษาไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อ HIV กับโรคเรื้อน โดยพบ HIV sero positivity 249 ต่อ 1,000 ในผู้ป่วยโรคเรื้อน 1,016 ราย และ 3.8 ต่อ 1,000 ในผู้บริจาคโลหิต (blood donors) 78,482 ราย ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=0.79, P=0.69)⁽²⁰⁾

6. การศึกษาใน Tanzania ในปี 2536

การศึกษาใน Tanzania ครั้งนี้⁽²¹⁾ ได้ติดตาม HIV prevalence ในผู้ป่วยโรคเรื้อนนาน 3-6 เดือนทุกปีระหว่างปี 2534 - 2536 ผลการศึกษาพบว่า HIV sera positivity rate ใน 83 รายจาก 697 รายของผู้ป่วยโรคเรื้อน (ร้อยละ 12) เปรียบเทียบกับอัตราที่พบในผู้บริจาคโลหิต 896 ราย จาก 158,971 ราย (ร้อยละ 6) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อนกับกลุ่มควบคุมคือผู้บริจาคโลหิตโดยใช้ logistic regression model (ควบคุมทั้งด้าน เพศ อายุ กลุ่ม และภูมิสำเนา) พบว่าค่า odd ratio (OR) ของ seropositivity ของผู้ป่วยโรคเรื้อนเท่ากับ 2.9 (95% CI 2.0-3.2) แสดงถึงการพบมีความสัมพันธ์ ซึ่งเกิดขึ้นในทุก strata ทั้งหมด แต่พบสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 15 - 34 ปี แต่ไม่พบมีความแตกต่างเชิงสถิติของการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด MB หรือ PB นอกจากนั้นยังพบด้วย

ว่าการเคยได้รับวัคซีน บีซีจี มาก่อนไม่มีผลคุ้มกันต่อโรคเรื้อน เมื่อมีการติดเชื้อ HIV ผลการศึกษาจึงบ่งชี้ว่า การติดเชื้อ HIV ได้เพิ่มความเสี่ยงของโรคเรื้อนสูงมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน Tanzania และมีผลกระทบต่อผลคุ้มกันจากการให้วัคซีน บีซีจีด้วย

7. การศึกษาต่อมาแบบ case-control study ใน Tanzania ในปี 2536⁽²²⁾

เป็นการศึกษาว่าการติดเชื้อ HIV เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อนหรือไม่ ผลการศึกษาพบ HIV prevalence ในผู้ป่วยโรคเรื้อนเท่ากับร้อยละ 10 สำหรับผู้ป่วยในเขตชนบท (7 ใน 72 ราย) และพบในอัตราร้อยละ 9.5 (2 จาก 21 ราย) ในผู้ป่วยในเขตเมือง และบริเวณรอบถนนหลัก ส่วนในกลุ่มควบคุม พบ prevalence 3.4% ในเขตชนบทและ 9.9% ในเขตเมือง สำหรับ relative risk (RR) ของการติดเชื้อ HIV -1 ต่อการเกิดเป็นโรคเรื้อนมีค่าประมาณไว้เท่ากับ 2.2 (95% CI = 1.0 -4.7; p=0.07) นอกจากนั้นยังพบว่า การติดเชื้อ HIV มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญสูงในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด MB (OR 4.6; 95% CI=1.3-13.2) แต่ไม่พบในผู้ป่วยชนิด PB (OR 1.4; 95% CI=0.4-3.8) ส่วนค่า population etiological fraction สำหรับการเกิดเป็นโรคเรื้อนชนิด MB ในผู้ติดเชื้อ HIV ในประชากรกลุ่มนี้มีค่าประมาณไว้เท่ากับร้อยละ 13 (95% CI=4-23%)

คณะผู้วิจัยได้สรุปว่า การติดเชื้อ HIV-1 เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคเรื้อนชนิด MB และให้ข้อเสนอแนะว่าเหตุผลที่ว่าภาวะระบาดของ HIV-1 มีผลกระทบที่จำกัดต่ออุบัติการณ์ของโรคเรื้อนนั้น จนถึงปัจจุบันน่าจะจาก HIV - 1 พบเกิดส่วนใหญ่ในเขตเมือง ขณะที่โรคเรื้อนพบเกิดในเขตชนบทเป็นส่วนใหญ่

8. การศึกษาใน Bamako, Mali ปี 2535 - 2537

ผลการศึกษาพบ sero prevalence ของ

การติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน Bamako, Mali มีอัตรา 1.5% (11 ใน 740 ราย) ระหว่างปี 2535 - 2537 โดยเพิ่มจากร้อยละ 1.3 ในปี 2535 เป็นร้อยละ 3.1 ในปี 2537 โดยพบว่า sero prevalence ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิด PB มีอัตราสูงกว่าในผู้ป่วยชนิด MB (3.8% vs 0.8%, $P<0.05$) และสูงกว่าเล็กน้อยในผู้ป่วยรายใหม่ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าที่พบในผู้ป่วยซึ่งเคยได้รับการรักษามาก่อน (2.1% vs 1.3%) แม้ว่าจะมีความแตกต่างที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 553 ราย ที่เคยได้รับการรักษามาก่อน 1 ใน 7 รายที่ผล HIV บวก HIV seropositive ได้เกิดมีอาการกลับเป็นซ้ำใหม่ (relapsed) (ร้อยละ 14.3) ขณะที่พบผู้ป่วย relapse ใน 34 ของ 546 ราย หรือร้อยละ 6.2 ที่ผล HIV ลบ (HIV - sero negative) (14.2% vs 6.2%, $p=0.36$) แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างของ HIV seroprevalence ระหว่างกลุ่มควบคุม (9 ใน 735 ราย 1.2%) และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (1.5 %) สรุปการศึกษาครั้งนี้พบว่า การติดเชื้อ HIV มีผลน้อยมากต่อโรคเรื้อรัง แต่ก็มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

HIV อาจมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดเป็นโรคเรื้อรังซ้ำใหม่ (relapse) ได้⁽²³⁾

9. การศึกษาใน Uganda ในปี 2537

เป็นการศึกษาแบบ case-control study ที่ Uganda ในปี 2537⁽²⁴⁾ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการติดเชื้อ HIV ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ที่ 12.2% (พบเลือดบวก HIV ใน 23 จาก 189 ราย) และพบบวกร้อยละ 18.3 (88 จาก 481 ราย) ในกลุ่มควบคุม โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการวิเคราะห์ stratified analysis ของข้อมูลในระดับอำเภอไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคเรื้อรังกับการติดเชื้อ HIV ($p=0.00-2$)

การศึกษาทางคลินิกเกี่ยวกับการติดเชื้อร่วมระหว่าง HIV และ โรคเรื้อรัง (HIV and Leprosy co-infection)

จากการทบทวนการศึกษาทางคลินิกต่างๆ ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อร่วมระหว่าง HIV และโรคเรื้อรัง จนถึงปัจจุบัน สรุปในภาพรวมได้ดังตารางข้างล่าง

ตารางที่ 2 การศึกษาทางคลินิกเกี่ยวกับการติดเชื้อร่วมระหว่าง HIV และโรคเรื้อรัง

ผู้ศึกษา/สถานที่และระยะเวลาที่ศึกษา	จำนวนคนที่ศึกษา	ผลการศึกษาทางคลินิกที่ตรวจพบ	ข้อสังเกต
Jacob และคณะ Tamilnadu, อินเดีย ปี 2539	4 MB ที่ติดเชื้อ HIV (3 รายตรวจพบเชื้อ และ biopsy nerve พบผลบวก 1 ราย)	1 รายที่เป็นชนิด neural case เกิดโรคเห่อชนิดแรกที่ไม่รุนแรงและไม่ต้องให้ยา steroid ไม่พบโรคเห่อ ENL	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อ HIV ไม่มีอาการโรคเรื้อรังเฉวลง และไม่มีอาการกำเริบจนเกิดเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์
Rath และ Kar Delhi อินเดีย ปี 2546	ผู้ป่วยโรคเอดส์ 140 รายพบเป็นโรคเรื้อรัง 3 ราย (2 BT และ 1 BB)	ผู้ป่วย BB 1 ราย เกิด relapse โดยพบมีรอยโรคใหม่ 3 รอย โรคภายใน 3 เดือน	- ผู้ป่วย BB ไม่มีอาการของโรคเอดส์ ตรวจพบ seborrheic dermatitis และค่า CD ₄ 240

ผู้ศึกษา/สถานที่และ ระยะเวลาที่ศึกษา	จำนวนคนที่ศึกษา	ผลการศึกษาทาง คลินิกที่ตรวจพบ	ข้อสังเกต
		หลังได้รับยา MDT ครบ 1 ปี แต่อาการ inactive ลงหลังได้ รับยา MDT อีกครั้ง จนครบ 1 ปี	- ผู้ป่วย BT 2 ราย ไม่มีอาการ ของโรคเอดส์ และค่า CD ₄ 482 และ 540 - แนะนำให้เฝ้าระวังต่อผู้ป่วย โรคเรื้อนที่ติดเชื้อ HIV หลัง ได้รับยา MDT ครบ เพื่อค้นหา การเกิด relapse
Mosses และคณะ Maiduguri Borno ในจีเรีย ปี 2544	ผู้ติดเชื้อ HIV 105 ราย พบเป็นโรคเรื้อน 11 ราย เป็นชนิด TT 1 ราย, BT 5 ราย, BB 1 ราย, BL 2 ราย และ LL 2 ราย	- นิ้วมือขรุขระ ร้อยละ 64 - กล้ามเนื้อมือลีบ ร้อยละ 55 - นิ้วเท้าขรุขระ ร้อยละ 55 - เกิดแผล ร้อยละ 64	- ลักษณะอาการที่พบได้บ่อย ใน PB เช่น ขา ขนร่วง กลับ พบได้มากขึ้นในผู้ป่วยชนิด MB ที่ติดเชื้อ HIV - ผู้ป่วยโรคเอดส์มักเกิด อาการโรคเรื้อนกำเริบมาก ยิ่งขึ้นสูง ช่วงของ MB
Gebre และพวก Addis Ababa เอธิโอเปีย ปี 2543	ผู้ป่วยโรคเอดส์ 581 ราย พบเป็นโรคเรื้อน 22 ราย (3.8%) BT 11 ราย, BT 7 ราย, LL 3 ราย neural leprosy 1 ราย	- ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ติด เชื้อ HIV มีอัตราการ ตายร้อยละ 27 - ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ ติดเชื้อเอดส์มีอัตรา ตายร้อยละ 5.7 - มี high risk ของการ ติดเชื้อเอดส์มีอัตรา ตายร้อยละ 5.7 - มี high risk ของการ เกิด ENL ในผู้ป่วย โรคเรื้อนที่ติดเชื้อ HIV (relative risk 5.2)	- การเกิดโรคเห่อชนิดแรก และ neuritis ไม่เกี่ยวกับการ ติดเชื้อ HIV - ไม่มีความสัมพันธ์ของการ ติดเชื้อ HIV กับการเกิด impairment - ในผู้ติดเชื้อ HIV ไม่มี risk ที่ สูงมากขึ้นต่อการกำเริบสู่ โรคเรื้อนชนิด MB - ไม่มี impairment เพิ่ม มากขึ้น
Per era และคณะบราซิล ปี 2543	- มีผู้ป่วยติดเชื้อร่วม HIV และโรคเรื้อน 22 ราย (เป็นโรคเรื้อน ชนิด PB 72% และ เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วย 95.4%)	- ผู้ป่วย 5 รายตาย ในปี 2543	- ผู้ป่วย 2 ใน 6 รายที่ได้รับยา MDT ครบแล้วเกิดโรคเห่อ ชนิดแรก ซึ่งพบมี immune reconstitution - inflammatory syndrome (IRIS) ร่วมด้วย

ผู้ศึกษา/สถานที่และ ระยะเวลาที่ศึกษา	จำนวนคนที่ศึกษา	ผลการศึกษาทาง คลินิกที่ตรวจพบ	ข้อสังเกต
Trindade และคณะ บราซิล ปี 2548	- มีผู้ป่วยติดเชื้อร่วม HIV และโรคเรื้อรัง 5 ราย (เป็น BT 1 ราย BB 2 ราย, BL 1 ราย indeterminate 1 ราย)	- ผู้ป่วย 1 รายเกิด โรคเนื้อชนิดแรกหลัง ได้รับยา MDT ครบ แล้วภายใน 2 เดือน หลังหยุดยา - อีก 1 ราย เกิดโรค เนื้อชนิดแรก 10 เดือนหลังหยุดยา MDT - 1 รายเกิดโรคเนื้อ ชนิดแรกภายใน 14 เดือนหลังหยุดยา MDT - 1 รายเกิด neuritis ภายใน 6 เดือนหลัง ให้ยา MDT	

spectrum ของรูปแบบทางคลินิก (clinical forms) ของโรคเรื้อรังขึ้นอยู่กับ CD₄ กับ Th 1 cellular immune response ต่อเชื้อโรคเรื้อรัง โดยมีช่วงปลาย สุดข้างหนึ่งจากรูปแบบของ localized paucibacillary tuberculoid form ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันสูง (immuno-competent) และตรวจพบเชื้อมากไปจนถึงช่วงปลายสุดอีกข้างหนึ่งของ spectrum คือ disseminated multibacillary lepromatous leprosy ซึ่งพบในผู้ป่วยที่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อการเกิด cellular response ดังกล่าว ต่อเชื้อโรคเรื้อรัง (anergie) ทำให้เชื้อแบ่งตัวแพร่กระจาย จะเกิดอาการผิวหนังนูนแดงหนากระจายทั่วไป และตรวจพบเชื้อมาก

ส่วนในผู้ที่ติดเชื้อร่วมระหว่าง HIV และโรคเรื้อรัง (co-infection or dually infected patients) เนื่องจากการเกิด immuno-suppression ซึ่ง

induce โดย HIV จะปรากฏชัดเจน ผลลัพธ์ที่เป็นผลเสียที่ตามมาด้านโรคเรื้อรัง จึงคาดได้ว่าน่าจะเกิดอุบัติการณ์ของการพบผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก (MB) มากขึ้น ทำให้เกิดการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นและเกิดโรคเนื้อได้บ่อยมากขึ้นโดยเฉพาะโรคเนื้อชนิดที่สอง (ENL) แต่จากการศึกษาทางคลินิกต่างๆ กลับพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อร่วมระหว่าง HIV และโรคเรื้อรัง สภาวะของโรคแต่ละโรคกลับไม่ predispose ให้เกิดอาการของอีกโรคหนึ่งหรือทำให้เกิดอาการที่เลวลงของอีกโรคหนึ่ง^(19,23-27) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรูปแบบใน spectrum ได้รับการตรวจพบในผู้ติดเชื้อ HIV รวมทั้งการเกิดโรคเนื้อชนิดแรกและชนิดที่สอง แต่มีเพียงการศึกษาที่ Tanzania แห่งเดียวเท่านั้น ที่พบว่าการศึกษา HIV - 1 มีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังชนิด MB และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังชนิด MB ด้วย⁽²²⁾

1. การศึกษาทางคลินิกที่ Tamilnadu อินเดียในปี 2539

จากการศึกษาโดยมีการติดตามผลนานถึงมากกว่า 9 ปีในผู้ป่วยโรคเรื้อนเพศชายชนิด MB 4 รายที่ติดเชื้อ HIV ซึ่งอยู่ในกลุ่มอายุ 20-27 ปี พบว่าผู้ป่วยคนแรกเป็นชนิดเลโปรมาตัสที่มีอาการแบบ pure neuritic leprosy ด้วย โดยตรวจพบเชื้อติดสีทอนกรด (AFB) ในการตัดชิ้นเนื้อเส้นประสาทส่วนอีก 3 รายตรวจพบเชื้อ AFB จาก skin - smears ไม่ปรากฏชัดว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีก่อนหรือหลังติดเชื้อโรคเรื้อน

1) ผู้ป่วยรายแรก เกิดโรคเห่อชนิดแรก แต่ไม่รุนแรงมากและไม่ได้ให้ยา steroid หลังจากการติดตาม 3 ปี ต่อมาไม่พบเกิดโรคเห่ออีก

2) ผู้ป่วยรายที่สองตรวจ CD_4 ได้ 330 และได้รับยา MDT ไม่สม่ำเสมอเพียงพอ แต่อาการก็ยังสงบไม่กำเริบในช่วง ระหว่างการติดตามนาน 4 ปี

3) ผู้ป่วยรายที่สามได้รับยา MDT ครบ และ 1 ปี หลังหยุดยาการติดตามผลก็ยังไม่พบอาการกำเริบ และตรวจไม่พบเชื้อจาก skin smears

4) ผู้ป่วยรายที่สี่และห้าเสียชีวิตจากโรคเอดส์ภายใน 2 เดือนหลังติดเชื้อทั้งสองโรคนี้ ผู้ป่วย 3 รายแรกไม่เกิดโรคเห่อชนิดที่สองเลย ผู้วิจัยได้สรุปผลวิจัยว่าจากการติดตามผู้ป่วยที่ติดเชื้อร่วมระหว่าง HIV และโรคเรื้อนนาน 3-5 ปีแล้วการวินิจฉัย ไม่พบว่าผู้ติดเชื้อทั้งสองมีสภาวะอาการโรคเรื้อน กำเริบเลวลง หรือการติดเชื้อ HIV ที่กำเริบเลวลงจนเกิดเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ ดังนั้นการติดเชื้อ HIV จึงพบว่าไม่มีผลใด ๆ ต่อการติดเชื้อโรคเรื้อน⁽²⁷⁾

2. การศึกษาที่ Delhi อินเดียในปี 2546

ได้ศึกษาในผู้ป่วย 140 รายที่ติดเชื้อ HIV และพบว่าผู้ป่วยชาย 3 รายตรวจพบมีรอยโรคของโรคเรื้อน โดยเป็นชนิด BT 1 ราย ซึ่งสนองได้ดีต่อการรักษาด้วยยา MDT นาน 6 เดือน ขณะที่ผู้ป่วย อีก 1 รายเป็นชนิด BB ได้รับยา MDT อย่างสม่ำเสมอ

จนครบ 1 ปีหลังหยุดยาได้เกิด relapse โดยพบรอยโรคใหม่ 3 เดือนจึงได้รับการรักษาต่อยา MDT อีก 1 ปีจนอาการสงบ ส่วนผู้ป่วยรายที่สามซึ่งตรวจพบอาการของ early symptomatic HIV infection เช่น oral hairy leukoplakia และ seborrheic dermatitis และตรวจ CD_4 ได้ 242 เซลล์/มม³ (เปรียบเทียบกับผู้ป่วย 2 ราย รายแรกที่อยู่ในระยะ asymptomatic HIV infection ซึ่งตรวจ CD_4 ได้ 482 เซลล์ /มม³ และ 540 เซลล์/มม³ ตามลำดับ) ผู้วิจัยได้สรุปว่าผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่เกิด immune - suppression เนื่องมาจากการติดเชื้อ HIV โดยเฉพาะที่อยู่ในระยะของ symptomatic HIV disease แล้ว อาจจำเป็นต้องได้รับการติดตามเฝ้าระวังให้นานมากขึ้น หลังจากได้รับยา MDT ครบและหยุดยาแล้ว เพื่อค้นหาการเกิดการกลับเป็นโรคเรื้อนซ้ำใหม่ (relapse) แต่เน้น ๆ⁽²⁸⁾

3. การศึกษาที่ Maiduguri, Borno State ในไนจีเรียในปี 2544

ได้ศึกษาวิเคราะห์ผลของการติดเชื้อ HIV ต่อ clinical spectrum ของโรคเรื้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อน 11 รายที่ติดเชื้อ HIV (ชาย 7 ราย หญิง 4 ราย) ซึ่งตรวจพบจากผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งหมด 105 ราย ผู้ติดเชื้อ HIV ทั้ง 11 รายเป็นชนิด TT 1 ราย BT 5 ราย BB 1 ราย BL 2 ราย และ LL 2 ราย การตรวจ ทางคลินิกพบ predominant clinical complications ประกอบด้วยนิ้วมืองอ (64%) กล้ามเนื้อมือลีบ (55%), นิ้วเท้างอ (45%) และเกิดแผล (64%) ผู้วิจัยได้ตรวจพบบาง clinical features ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยชนิด PB และในผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ HIV เช่น อาการชา และขนร่วง กลับพบได้บ่อยมากขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด MB ที่ติดเชื้อ HIV ผู้วิจัยได้ให้ข้อคิดเห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ติดเชื้อ HIV มีโอกาสมากขึ้นที่จะเกิดอาการโรคเรื้อนกำเริบเลวลงมากกว่าที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ได้ติดเชื้อ HIV

4. การศึกษาที่ Addis Ababa , เอธิโอเปีย ปี 2543

จัดเป็นการศึกษาแบบ prospective study โดยศูนย์โรคเอดส์ Alert ใน Addis Ababa ของ เอธิโอเปีย ซึ่งสรุปผลว่าไม่มี major interaction ระหว่างการติดเชื้อ HIV กับโรคเอดส์ โดยได้ทำการศึกษาดูการตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยโรคเอดส์ 581 ราย ผลพบผู้ป่วย 22 ราย (3.8%) ที่พบติดเชื้อ HIV การติดตามพบจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น (สาเหตุการตรวจมิได้ระบุไว้) โดยพบอัตราการตายสูง 27% ในกลุ่มติดเชื้อ HIV และ 5.7% ในกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ HIV (relative risk 5.2 ; 95% CI 1.7 - 15.9) สิ่งสำคัญที่พบคือการเกิดโรคเอดส์ชนิดแรก (RR) ในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อ HIV (relative risk 2.2; 95% CI 0.98-4.7) และ ไม่พบหลักฐานที่จะยืนยันว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดโรคเอดส์ หรือเกิดเป็นโรคเอดส์ชนิด MB มากกว่า PB รวมทั้งไม่พบมีความสัมพันธ์ระหว่าง HIV positivity กับ การเกิด impairment⁽²⁹⁻³⁰⁾

5. การศึกษาที่บราซิลในปี 2543

ได้ศึกษาโดยใช้ Brazilian cohort ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อร่วมระหว่าง HIV กับโรคเอดส์ (co - infected patients) 34 ราย ซึ่งได้เริ่มการวิเคราะห์นับแต่ที่โรคเอดส์ เริ่มระบาดใหญ่ โดยได้รายงานผล ในปี 2547⁽³¹⁾ ถึงลักษณะเฉพาะทางวิทยาภูมิคุ้มกัน ไวรัสวิทยา จุลพยาธิวิทยา และทางคลินิก ผู้ป่วยที่ศึกษา มีอายุเฉลี่ย 36 ปี เป็นชาย ร้อยละ 70.5 เป็นโรคเอดส์ชนิด PB ร้อยละ 70.5 และเป็นโรคเอดส์ร้อยละ 94.11 ในจำนวนผู้ป่วย 34 รายนี้ 14 ราย (ร้อยละ 41.18) ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าติดเชื้อ HIV และหลังจากนั้น 6 เดือน จึงได้ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ และ 10 ราย (ร้อยละ 29.41) ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคเอดส์ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อรวมทั้ง HIV และโรคเอดส์ 36 รายนี้ได้รับการค้นพบใน Brazil cohort ในปี 2547 โดยมี 4 ราย ที่เสียชีวิตในปี 2543 เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่จากอาการแทรกซ้อนของโรคเอดส์ โดยไม่เกี่ยวกับจากโรคเอดส์คือ 2 รายตายจาก hypovolumic

shock อีก 1 รายตายจากปอดบวมจากเชื้อ pneumocystis - carinii และ 1 รายสุดท้ายตายจากโรคทางประสาทวิทยาซึ่งไม่ทราบสาเหตุ ต่อมาในปี 2547 มีผู้ป่วยตายอีกหนึ่งรายจากตับแข็ง

6. การศึกษาล่าสุดที่บราซิลในปี 2548

ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเอดส์ 5 ราย ที่ติดเชื้อ HIV ร่วมกับโรคเอดส์เป็นชาย 2 ราย และหญิง 3 ราย อายุในกลุ่ม 50 ปี 3 ราย และในกลุ่ม 30 ปี 2 ราย อาการที่พบมีรอยโรคผิวหนังที่ชัดเจน และจัดเป็นชนิด BT 1 ราย BB 1 ราย และ indeterminate (I) 1 ราย ทุกรายตรวจพบเชื้อติดสีทึบกรดจาก skin smears และพบมี 1 ราย ที่เกิดโรคเอดส์ชนิดแรกนับแต่เริ่มวินิจฉัยเป็นโรคเอดส์และได้รับการรักษานาน 2 เดือน ด้วยยาต้านไวรัส อีก 2 รายเกิดโรคเอดส์ชนิดแรกภายหลังได้รับยาต้านไวรัสนาน 10 เดือน และ 14 เดือน ตามลำดับ⁽³²⁾ โดยไม่พบโรคเอดส์ชนิดที่สอง (ENL) เลย

ผลการศึกษาด้านวิทยาภูมิคุ้มกันและจุลพยาธิวิทยาของการติดเชื้อร่วมระหว่าง HIV และโรคเอดส์

Pereria และคณะได้ศึกษาในปี 2547⁽³¹⁾ โดยการวิเคราะห์ด้านจุลพยาธิวิทยาและ immuno - staining ของผู้ป่วยโรคเอดส์ 9 รายที่ติดเชื้อ HIV ด้วย ซึ่งจัดเป็นชนิด BT 6 ราย TT 2 ราย และ LL 1 ราย ผลการตรวจไม่พบการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของ histoarchitecture และ cell phenotypes ในรอยโรคผิวหนังที่เป็นโรคเอดส์อันเกิดจากการติดเชื้อ HIV เลย รอยโรค BT ตรวจพบทางจุลพยาธิวิทยา มี epithelioid granulomas และพบ langerhans CD 68+ cells สองสามตัวในบริเวณใจกลางของ granuloma ซึ่งล้อมรอบโดย CD3+T-lymphocytes ที่บางตัวเป็น CD8+ phenotype นอกจากนั้นยังพบ nerve ในรอยโรค 5 จาก 6 รอยโรคของผู้ป่วย BT และ 2 รอยโรคพบเชื้อ AFB ส่วนรอยโรคของผู้ป่วย TT พบ well -formed

granulomas ร่วมกับพบ CD 68+, epithelioid cells, multinucleated langerhans cells และ macrophages ในบริเวณใจกลาง granuma ล้อมรอบด้วย lymphocyte -mantle ของ CD3 +T-cells และ CD 8+T cells สองสามตัว โดยรอยโรคผู้ป่วยชนิด TT ดังกล่าวไม่พบ AFB และ nerves ไม่พบปรากฏใน section ส่วน รอยโรคผู้ป่วยชนิด LL พบมี diffuse CD 68+, vacuolated cells และ histiocytic cells ใน infiltrate ร่วมกับบางเซลล์ของ CD3+ lymphocytes ซึ่งย้อมพบ AFB 3 บวก และพบมี nerve damage ด้วย ในทุก sections ของผู้ป่วยทุกรายพบมี NK CD 57+ cells บ้างสองสามตัว

การศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อรวมทั้ง HIV และโรคเรื้อน 22 ราย ที่ได้รับยา MDT พบลักษณะเฉพาะดังกล่าวคล้ายคลึงกันในรอยโรคทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับยา MDT ยกเว้นมี lower level ของ cellularity⁽³³⁾ ทั้งนี้ไม่พบ 1 g M antibody ต่อ M.leprae-specific ทั้ง HIV และโรคเรื้อน ผลการตรวจพบดังกล่าวจึงสอดคล้องกับ low sensitivity ของ anti-PGL-1 serology ในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด PB แต่ปกติจะไม่คาดว่าจะพบในผู้ป่วยชนิดเลโปรมาตัส เพราะร้อยละ 90 ของผู้ป่วยชนิดเลโปรมาตัส ที่ไม่ติดเชื้อ HIV จะให้ผลบวกต่อ antibody ดังกล่าว⁽³⁴⁾ แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นเพียงการศึกษาในผู้ป่วยชนิดเลโปรมาตัสเพียง 1 รายจึงไม่เพียงพอจะสรุปผลโดยควรขยายขนาดตัวอย่างผู้ป่วยดังกล่าวที่ติดเชื้อทั้งสองโรคนี้ให้ใหญ่มากขึ้น นอกจากนั้นที่น่าสนใจคือ การตรวจพบว่า ลิง (mongkeys) ที่ติดเชื้อโรคเรื้อนและ immunodeficiency virus ไม่พบมี antibodies ต่อ PGL -1 เลย⁽³⁵⁾

การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ติดเชื้อร่วมระหว่าง HIV และโรคเรื้อนและการเกิดการเป็นโรคเรื้อนซ้ำใหม่ (relapse)

เกือบทั้งหมดของการศึกษาเรื่องนี้นอกจาก

การศึกษา 3 คณะ^(23,28,36) พบว่าการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อร่วมระหว่างโรคเรื้อน และ HIV สนองตอบเพียงพอต่อการรักษาด้วยยา MDT และพบมีเพียง 1 ใน 3 รายเท่านั้น ในผู้ป่วยชนิด BB ที่เกิด relapse ภายหลัง 3 เดือน ที่หยุดยา MDT และได้รับยา MDT ต่ออีก 1 ปี จนรอยโรคหายปกติ ผู้ป่วยดังกล่าวไม่ได้รับยาด้านไวรัสเพราะมีผล CD₄ สูง 240 เซลล์/มม.³

ส่วนการศึกษาใน Malawi โดย Ponnighaus และ คณะ⁽³⁶⁾ ในปี 2534 พบ relapse rate ร้อยละ 16.7 (2 ใน 12 ราย) ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อรวมทั้ง HIV และโรคเรื้อน นอกจากนั้นจากการศึกษาที่ Bamako ในผู้ป่วยโรคเรื้อน 553 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยยา MDT พบว่ามีผู้ป่วยที่เกิด relapse 1 ราย จาก 7 ราย ที่ตรวจพบ HIV seropositive (ร้อยละ 14.3) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาโดย Lienhart และคณะ ในปี 2539 พบผู้ป่วย relapse 34 รายจาก 546 ราย ที่ตรวจพบ HIV seropositive⁽²³⁾

การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เกิดโรคแทรกซ้อนที่สอง (ENL) ที่ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยควรได้รับการศึกษาเพราะผู้ป่วยดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับยา steroid เป็นเวลานาน ซึ่งอาจ impair immune function ต่อไปได้ แต่ถ้านหลีกเลี่ยง steroid ได้ในทางทฤษฎี จึงแนะนำให้ใช้ยาอื่นๆ แทนเช่น pentoxifylline ในผู้ป่วยที่เกิดโรคแทรกซ้อนที่สอง (ENL)⁽³⁷⁾ ขณะเดียวกันพบว่าการให้ยาด้านไวรัสแต่เนิ่นๆ จะช่วยให้ผลการรักษาโรคเอดส์ ENL ได้ผลดีขึ้นด้วย⁽³⁸⁾ โดยเฉพาะร่วมกับการใช้ยา thalidomide ซึ่งเป็นยาที่นิยมใช้รักษาโรคเอดส์ ENL เนื่องจากมีคุณลักษณะต้านไวรัสด้วยการออกฤทธิ์ไปยับยั้งการสร้าง TNF และการไป block TNF -stimulated HIV -replication⁽³⁹⁾

Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS)

immune reconstitution inflammatory

syndrome (IRIS) เป็น unusual inflammatory reaction ต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) ซึ่งเกิดได้ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ที่มี profound immunosuppression (CD_4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/มม.³ ในช่วงระหว่างที่ให้การ reconstitution ของ immune system ในเดือนแรกๆ ด้วยการให้ยา highly active anti-retrovirus treatment (HAART) โดยได้มีการรายงานว่าโรคเอดส์จะปรากฏว่าเป็นโรค immune reconstitution disease ในผู้ป่วยที่เริ่มให้ยา HAART ดังกล่าว เนื่องจาก infectious agents อาจได้รับการสนองต่อการรักษามาก่อน หรืออาจปรากฏใน latent state ก็ตาม แต่ก็พบได้เสมอในร่างกายของผู้ป่วยก่อนที่จะเริ่มการรักษาด้วย HAART ในสถานการณ์แรกของการเกิดการติดเชื้อ ซึ่งจะสนองตอบได้ดีในระยะแรกจากการได้รับ specific treatment ซึ่งนำไปสู่การเกิด generalized หรือ localized inflammation ส่วนในสถานการณ์ที่สองเมื่อค้นพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อ CD_4 lymphocyte มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นแล้ว⁽⁴⁰⁾

ได้มีการรายงานจากทั่วโลกรวมทั้งอินเดียว่า IRIS ในผู้ป่วยโรคเอดส์มีลักษณะเฉพาะของการเกิดภาวะโรคเห่อชนิดแรก (Type 1 Reactional state) ในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่อยู่ใน unstable forms ของโรคเอดส์ เช่น ชนิด borderline โดยผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกที่เกิด IRIS ได้รับการรายงานในปี 2546 เป็นผู้ป่วยชาวอัฟกานิสถานชนิด BT ที่เกิดโรคเห่อชนิดแรก (RR) ที่มีปัญหายุ่งยากในการรักษาโรคเห่อต่างๆ ที่ได้รับยา corticosteroid รักษาเป็นเวลานาน⁽¹⁷⁾ หลังจากนั้นก็ได้มีรายงานเผยแพร่เรื่อง IRIS นี้ ทั่วโลก รวมทั้งอินเดีย⁽⁴¹⁾ ในปี 2547 Couppie และคณะ⁽⁴⁰⁾ ได้รายงานผู้ป่วย 3 รายที่เกิด IRIS โดยรายแรกเป็นชนิด BB ที่เกิดโรคเห่อชนิดแรก (RR) ซึ่งพบรอยโรคเกิดขึ้น ครั้งแรกภายหลัง 2 เดือนที่เริ่มให้ยาแบบ HAART ตามด้วยยา MDT ต่อมาภายหลัง 3 เดือนจากให้ยา MDT เกิดแผล (ulceration) ขึ้นทุกรอยโรค และผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา พบการมี

progress ไปสู่ TT spectrum โดยผู้ป่วย 2 รายพบมี unusual ulcerous progression ของรอยโรค แต่หลังจากได้รับยา steroid แผลก็หายดีขึ้น ผู้ป่วยรายที่สองเป็นชนิด TT ซึ่งพบเชื้อ IRIS ภายหลัง 5 เดือน ที่ให้ยาแบบ HAART เมื่อ initial count ของ CD_4 พบ 130 เซลล์/มม.³ และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 278 เซลล์/มม.³ และคล้ายกับผู้ป่วยรายแรกคือ รอยโรค IRIS เกิดขึ้นครั้งแรกใน 15 วันหลังการรักษาด้วย HAART รอยโรคที่พบมี ulceration และ neuritis (เหมือนลักษณะของโรคเห่อชนิดแรก) โดยพบก่อนเริ่มให้ยา MDT ต่อมาเมื่อเริ่มให้ยา MDT ร่วมกับ prednisolone ขนาด 1 มก./กก./วัน ทำให้รอยโรคหมดไปภายใน 6 เดือนหลังให้ยา MDT ผู้ป่วยรายที่สามเป็นสตรี ซึ่งระหว่างได้รับการรักษาด้วย HAART ในเดือนที่สามได้เกิดรอยโรคแบบ TT ขึ้น และสองสามวันหลังให้ยา MDT ผู้ป่วยเกิด neuritis ที่ posterior tibial nerve ข้างขวา จึงได้รับการรักษาด้วย corticosteroid ร่วมกับ MDT และ HAART จนโรคเห่ออาการดีขึ้น IRIS เริ่มปรากฏเมื่อ CD_4 เริ่มต่ำลงมากกว่า 100 เซลล์/มม.³ โรคเห่อชนิดแรก (RR) มักเกิดภายใน 1-6 เดือนหลังเริ่มให้ยาด้านไวรัส ร่วมกับการพบ CD_4 สูงมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (น้อยกว่า 2 เท่า) ผู้ป่วยทั้ง 3 รายเกิดอาการทางคลินิกของโรคเอดส์เป็นครั้งแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ HIV ตามด้วยการเกิดโรคเห่อชนิดแรก (RR) ภายหลังที่เริ่มให้ยาด้านไวรัส (AZT)

รายงานที่พบล่าสุดจาก Delhi อินเดีย โดย Singhal ในปี 2549⁽⁴²⁾ ได้รายงานการเกิด IRIS ในผู้ป่วยโรคเอดส์ชนิด BL ที่ติดเชื้อ HIV และเกิดโรคเห่อชนิดที่ 2 (ENL) ด้วย หลังจากได้รับยา MDT แบบให้ยา ROMC (rifampicin 600 มก. เดือนละครั้ง, ofloxacin 400 มก.ต่อวัน, minocycline 100 มก.ต่อวัน และ clofazimine 300 มก.ต่อวัน ผลพบว่าใช้ลดลงและรอยโรค ENL ดีขึ้นภายใน 4 สัปดาห์ จึงหยุดยาเฉพาะ ofloxacin และ minocycline ภายหลังการเริ่มให้ยา MDT ดังกล่าวและ HAART

จึงประกอบด้วย zidovudine 600 มก. lamivudine 300 มก. และ nevirapine 400 มก. วันละครั้ง นาน 3 เดือน ผู้ป่วยเกิดโรคเหื่อชนิดแรก (RR) และ neuritis จึงได้รับการรักษาด้วย prednisolone วันละ 40 มก. และลดขนาดลงตามลำดับ ผลพบว่า อาการ neuritis ดีขึ้น แต่อัมพาตขาตกล้มดีขึ้น CD₄ เพิ่มขึ้นจาก 108 เซลล์/มม.³ เป็น 224 เซลล์/มม.³ (มากกว่า 2 เท่า)

กลไกต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดปรากฏการณ์ของ IRIS ในโรคเรื้อน

Ustianowski และคณะ ในปี 2549⁽¹⁵⁾ ได้อธิบายกลไกการเกิด IRIS ในแง่มุมต่าง ๆ สรุปได้คือ

1. ในโรคเรื้อนชนิดที่ unstable เช่น border-line form ต้องการ M.leprae specific cellular response เพื่อให้เกิดรอยโรค การให้ยาบำบัดโรคเรื้อน อาจไปกระตุ้นการสนองตอบทางภูมิคุ้มกันจนเกิดอาการโรคตามปกติ แต่สมมติฐานข้อนี้ไม่สามารถอธิบายถึงการเกิด florid manifestation เช่น ulceration

2. IRIS มีความคล้ายคลึงกับโรคเหื่อชนิดแรกที่เกิด switching ขึ้นทันทีทันใดที่อธิบายไม่ได้ของ Th 1 type response ต่อ M. leprae antigens โดยยาบำบัดโรคเรื้อน อาจเป็นตัวจุดชนวนให้เกิด florid reactional state ที่ผิดปกติขึ้นได้

3. HIV co-infection เป็นผลให้เกิด suppression ของ host responses ต่อการติดเชื้อโรคเรื้อนได้ในระดับหนึ่งและกลับ reverse ไปแล้วได้รับยาบำบัดโรคเรื้อนซึ่งสัมพันธ์กับ IRIS จึงอาจให้ evidence ที่ว่าอย่างน้อยที่สุดในสัดส่วนบางส่วนของผู้ป่วยที่การเกิดการดำเนินโรคของโรคเรื้อนถูกกดจาก HIV-associated immunodeficiency

4. ไม่ว่าจะมียาที่อยู่ที่อยู่เบื้องหลังอะไรก็ตาม เป็นไปได้ที่โรคเรื้อนที่มีความสัมพันธ์กับ IRIS จะได้รับรายงานเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากได้มีการใช้ยาต้านไวรัสมากขึ้นอย่างกว้างขวางจากการสนับสนุน

ของรัฐบาลแต่ละประเทศตลอดจนภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง

บทสรุป

สถานการณ์ในปัจจุบันของผู้ป่วย HIV/AIDS และโรคเรื้อนที่มีอายุชยยืนยาวมากขึ้น เนื่องจากประสิทธิภาพของยาต้านไวรัส และของยาบำบัดโรคเรื้อนที่ใช้ระยะเวลารักษาล้นลง จึงเป็นโอกาสที่น่าสนใจที่จะศึกษาเพื่อค้นหาในด้านวิทยาภูมิคุ้มกันและคลินิกของปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรคเอดส์กับโรคเรื้อนให้มากขึ้น ผลกระทบของ HIV ต่อ neurological manifestations ของผู้ป่วยโรคเรื้อนมากน้อยหรือไม่เพียงไร เป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องศึกษาและบันทึกไว้อย่างละเอียด เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกลวิธีที่เหมาะสมในการให้การรักษาโรคเหื่อ การศึกษาแบบ multi-country cohort study โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของการรักษาและการกำกับดูแลน่าจะเหมาะสม เพื่อตรวจสอบประเมินความถี่และความรุนแรงของโรคเหื่อ และ relapse ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อร่วมระหว่าง HIV และเชื้อโรคเรื้อน และเพื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อนอื่นๆ การศึกษาค้นคว้าจะช่วยค้นหาในด้านผลกระทบของ immune reconstitution โดยยาต้านไวรัสต่อการเกิด acute inflammatory episodes ของโรคเรื้อนอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่มีคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รามสูต. เวชปฏิบัติทางโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิเวศรรดาการพิมพ์ ; 2525.
2. ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิเวศรรดาการพิมพ์ ; 2535.

3. อีระ รามสูต. ปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อรัง. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ 2525 ; 3 : 69 - 81.
4. WHO. A guide to leprosy control. 2nd ed. Geneva : world health organization ; 1988.
5. Ramasoota T, Rungruang S, Sampatavanich S, et al. Preliminary study on dapson resistance in Thailand. Journal of public health 1983 ; 2 : 115 - 7.
6. อีระ รามสูต. แนวคิดการเกิดเชื้อโรคเรื้อรังด้วยยาต้านพิษของเชื้อโรคเรื้อรัง และวิธีป้องกันแก้ไข. วารสารโรคติดต่อ 2532 ; 2 : 256 - 71.
7. World Health Organization. Chemotherapy of leprosy for control programme. Geneva : WHO, WHO technical report series no. 675 ; 1982.
8. อีระ รามสูต. ความก้าวหน้าและข้อควรปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาเคมีบำบัดโรคเรื้อรังผสมแบบใหม่ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก. แพทยสภาสาร 2530; 10: 5 - 13.
9. อีระ รามสูต. การรักษาโรคเรื้อรังระยะสั้น. ใน. คลินิกโรคผิวหนัง. ใน : เวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2537. น. 117 - 25.
10. Levy L, Shepard CC, Fasal P. The bactericidal effect of rifampicin on *M.leprae* in man : (a) single dose of 600,900 and 1200 mg ; and (b) daily doses of 300 mg. Int J lepr other mycobact dis 1976 ; 44 : 183 - 7.
11. Noordeen SK. Elimination of leprosy as a public health problem. Lepr Rev 1992 ; 63 : 11 - 4.
12. อีระ รามสูต. 40 ปี ของการบุกเบิกพัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์ ; 2540.
13. อีระ รามสูต. ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอดส์ในประเทศไทย (ช่วง 7 ปีที่ผ่านมา). วารสารโรคติดต่อ 2534 ; 17 (1) : 1 - 18.
14. Ramasoota T. Four years follow-up of the impact of AIDS and intensive health education on the control of sexual transmitted disease in Thailand. South-east Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health 1992 ; 22 (4) : 489 - 98.
15. Ustianowski AP, Lawn SD, Lockwood DN. Interaction between leprosy and HIV infection in Tanzania. Int J lepr Other Mycobact Dis 2006 ; 6 : 350 - 60.
16. Hussain T, Sinha S, Kulshrestha KK, et al. Seroprevalence of HIV infection among leprosy patients in Agra, India : trends and perspective. Int J lepr other mycobact dis 2005 ; 73 : 93 - 9.
17. Sekhar B, Jayasheela M, Chattopadhyay D, et al. Prevalence of HIV infection and high - risk characteristics among leprosy patients of HIV infection and high-risk characteristics among leprosy patients of south India : a case - control study. Int J lepr other mycobact dis 1994 ; 62 : 527 - 31.
18. Orege PA, Fine PE, Lucas SB, et al. A case control study on human immunodeficiency virus - 1 (HIV-1) infection as a risk factor for tuberculosis and leprosy in western Kenya. Tuber Lung Dis 1993 ; 74 : 377 - 81.
19. Leonard G, Sangare A, Verdier M, et al. Prevalence of HIV infection among patients with leprosy in African countries and



- Yemen. J Acquire Immune Defect Syndr 1990 ; 3 : 1109 - 13.
20. Andrade VL, Morcira Alves T, et al. Prevalence of HIV-1 in leprosy patients in Rio de Janeiro, Brazil. Int J Lepr Other Mycobact Dis 1991 ; 59 : 221 - 8.
21. vand der Broek J, Chum HJ, Swoi R, et al. Association between leprosy and HIV infection in Tanzania. Int J Lepr Other Mycobact Dis 1997 ; 65 : 203 - 10.
22. Borgdorff MW, Van den Broek J, Chum HJ, et al. HIV-1 infection as a risk factor for leprosy ; a case-control study in Tanzania. Int J Lepr Other Mycobact Dis 1993 ; 61 : 556 - 62.
23. Lienhardt C, Kamate B, Jamet P, et al. Effect of HIV infection on leprosy : a three-year study in Bamako, Mali, Int J Lepr Other Mycobact Dis 1996 ; 64 : 383 - 91.
24. Kawuma HJ, Bwire R, Adatu-Engwau F. Leprosy and infection with the human immunodeficiency virus in Uganda : a case-control study. Int J Lepr Other Mycobact Dis 1994 ; 62 : 521 - 6.
25. Lucas S. Human immunodeficiency virus and leprosy. Lepr Rev 1993 ; 64 : 383 - 91.
26. Sampaio EP, Caneshi JR, Nery JA, et al. Cellular immune response to Mycobacterium leprae infection in human immunodeficiency virus-infected individuals. Infect Immun 1995 ; 63 : 1848 - 54.
27. Jacob M, George S, Pulimood S, et al. Short-term follow up of patients with multibacillary leprosy and HIV infection. Int J Lep Other Mycobact Dis 1996 ; 64 : 392 - 5.
28. Rath N, Kar HK. Leprosy and HIV infection : a study of three cases (case report). Indian J lepr 2003 ; 75 : 355 - 9.
29. Moses AE, Adelowo KA, Nwankwo EA. Effect of HIV infection on the clinical spectrum of leprosy in Maiduguri. Niger postgrad Med 2001 ; 8 : 74 - 7.
30. Gebre S, Saunderson P, Messile T, et al. The effect of HIV status on the clinical picture of leprosy : a prospective study in Ethiopia. Lepr Rev 2000 ; 71 : 338 - 43.
31. Pereira GA, Stefani MM, Araujo Fiuho JE, et al. Human immuno-deficiency virus type 1 (HIV-1) and Mycobacterium leprae co-infection : HIV-1 subtypes and clinical, immunologic, and histopathologic profiles in a Brazilian cohort. Amm J Trop Med Hyg 2004 ; 71 : 679 - 84.
32. Trindade MA, Manini MA, Masetti JH, et al. Leprosy and HIV co-infection in five patients. Lepr Rev 205 ; 76 : 162 - 6.
33. Roche PW, Britton WJ, Failbus SS, et al. Operational value of serological measurements in multibacillary leprosy patients : clinical and bacteriological correlates of antibody responses. Int J Lepr Other Mycobact Dis 1990 ; 58 : 480 - 90.
34. Cho SN, Cellona RV, Villahamosa LG, et al. Detection of phenolic glycolipid 1 of Mycobacterium leprae in sera from leprosy patients before and after start of multidrug therapy. Clin Diagn Lab Immunol 2001 ; 8 : 138 - 42.
35. Gormus BJ, Murphey - Corb M, Martin LN, et al. Impired responses to Mycobacterium

- leprae antigens in rhesus monkeys experimentally inoculated with simian immunodeficiency virus and *M. leprae*. *Lepr Rev* 1998 ; 69 : 24 - 39.
36. Ponnighaus JM, Mwanjasi, Fine PM, et al. Is HIV infection a risk factor for leprosy : *Int J lepr other Mycobact Dis* 1991 ; 59 : 221 - 81.
37. Chatterjee M, Jaisawal AK. Does pentoxifylline find a place in the armamentarium of leprologists in type 2 reaction? *Indian J lepr* 2002 ; 74 : 329 - 34.
38. Sharma NL, Mahajan VK, Sharma VC, et al. Erythema nodosum leprosum and HIV infection : a therapeutic experience. *Int J Lepr Other Mycobacterial Dis* 2005 ; 73 : 189 - 93.
39. Ravi E, Lisiewicz J, Lori F. New uses for old drugs in HIV infection : the role of hydroxyurea, cyclosporin and thalidomide. *Drug* 1999 ; 58 : 953 - 63.
40. Couppie P, Abel S, Voinchet T, et al. Immune reconstitution inflammatory syndrome associated with HIV and leprosy. *Arch Dermatol* 2004 ; 140 : 997 - 1000.
41. Narang T, Dogra S, Kaur I. Borderline tuberculoid leprosy with type 1 reaction in an HIV patient - A phenomenon of immune reconstitution (case report). *Int J Lepr* 2005 ; 73 : 203 - 5.
42. Singhal A, Mehta S, Pandhi D. Immune reconstitution inflammatory syndrome in a HIV seropositive leprosy patient. *Lepr Rev* 2006 ; 77 : 76 - 80.

ย่อเอกสาร

Detection of Antibodies Against *Mycobacterium leprae* Culture Filtrate Protein - 10 in Leprosy Patients

Om Oarkash, Ajay Kumar, Astha Nigam, Girdhar BK. Journal of Medical Microbiology 2006; 55(10): 1337-41.

ผู้วิจัยได้ศึกษาความชุกของ IgG antibodies ต่อ *Mycobacterium leprae* recombinant culture filtrate protein-10 (rCFP-10) ใน serum samples จากผู้ป่วยโรคเรื้อน 56 ราย ผู้ป่วยวัณโรค 15 ราย ผู้ป่วยโรคผิวหนังอื่นๆ 14 ราย และบุคคลปกติ 20 ราย โดยการจำแนกกลุ่มชนิดผู้ป่วยตาม bacterial index (BI) บวก และ BI ลบ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 83.3 (15 ใน 18 ราย) แสดง sensitivity ต่อการ detection ของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ BI บวก ในทางกลับกันพบว่าร้อยละ 18.4 (7 ใน 38 ราย) แสดง sensitivity ต่อการ detection ของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ BI ลบ และไม่พบผลบวกในผู้ป่วยวัณโรค 14 ราย และผู้ป่วยโรคผิวหนังอื่นๆ อีก 14 ราย โดยพบเพียงในบุคคลปกติ 20 รายที่ให้ผลบวก ผลการศึกษาดังกล่าวบ่งชี้ว่าการสนองตอบ antibodies ต่อ culture filtrate protein -10 (CFP-10) มีความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 98.0 (48 ใน 49 ราย) โดยการเปรียบเทียบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าผลของ CFP-10 based assay เทียบได้เท่ากับการใช้ anti- phenolic glycolipid-1 (PGL-1) antibody detecting assay ดังนั้น *M. leprae* CFP-10 จึงนับว่าเป็น specific antigen ที่มีศักยภาพในการวัด antibody response ในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ BI บวก CFP-10 จึงนับว่าเป็น antigens ที่ยังลึกลับที่ทำหน้าที่เป็น marker สำหรับวัด viability ของเชื้อโรคเรื้อนที่อยู่ในร่างกายมนุษย์ ดังนั้น การทดสอบทาง serology จึงมีศักยภาพและคุณค่าต่อการนำไปทดลองประยุกต์ใช้ในการวัดการสนองตอบในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ BI บวก (รูปแบบที่ติดเชื้อได้สูงมาก) ในระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด และเมื่อเปรียบเทียบผลของการตรวจหาเชื้อกับการตรวจทาง serology พบว่ามี agreement กันถึงร้อยละ 82.1 ซึ่งแสดงถึงว่า seropositivity ต่อ CFP-10 ของเชื้อโรคเรื้อน น่าจะสอดคล้องกันด้วยดีกับหลักเกณฑ์ด้านการตรวจหาเชื้อทางแบคทีเรียวิทยา ดังนั้น CFP-10 จึงน่าจะเป็น antigen ที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้จำแนกชนิดโรคเรื้อนออกเป็นกลุ่มที่ตรวจพบเชื้อและไม่พบเชื้อโรคเรื้อนได้

ย่อโดย โสภา ศรีสังข์งาม ฝ่ายมัยโคแบคทีเรีย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

Evaluation of Leprosy Patients with 1 to 5 Skin Lesions with Relevance to Their Grouping into Paucibacillary or Multi - bacillary Disease

Rao PN, Pratap DVS, Ramana RAV, Suneetha Sujai. Indian Journal of Dermatology, Venerology and leprology. 2006; 72(3): 207-10.

ภูมิหลัง ผู้ป่วยซึ่งพบมีรอยโรคผิวหนัง 1 - 5 รอยโรคจะถูกจัดไว้ในกลุ่มโรคเรื้อนชนิดเชือน้อย (paucibacillary: PB group) เพื่อความมุ่งหมายสำหรับการรักษา แต่ในสภาวะที่ความชุกโรคเรื้อนในอินเดีย ลดต่ำลงและมีการปรับเปลี่ยนโครงการโรคเรื้อนตามความสอดคล้องเชื่อมโยง (relevance) ของการแบ่งกลุ่ม

ผู้ป่วยดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการศึกษา ความมุ่งหมาย เพื่อศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีรอยโรคผิวหนัง 1-5 รอยโรคและเปรียบเทียบระหว่าง clinical parameters กับผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาและการตรวจเชื้อจากผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลายเพื่อประเมินความสอดคล้องเชื่อมโยงของกลุ่มผู้ป่วย PB วิธีการศึกษา ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรวม 77 ราย ผู้มี 1-5 รอยโรคผิวหนังที่มาตรวจรักษาที่แผนกโรคผิวหนังของโรงพยาบาลทั่วไป Osmania ในรัฐ Hyderabad ของอินเดียระหว่างปี พ.ศ.2542 - 2546 โดยการบันทึกจำนวนรอยโรคผิวหนัง การตรวจเชื้อโดยวิธีก๊อโรนผิวหนังและการตัดชิ้นเนื้อผิวหนัง จากผู้ป่วยทุกราย รวมทั้งการตัดชิ้นเนื้อเส้นประสาทส่วนปลายในผู้ป่วย 19 ราย ผลการศึกษา ในผู้ป่วยทั้งหมด 77 ราย พบมี 1 รอยโรคผิวหนัง 42 ราย, 2 รอยโรค 18 ราย, 3 รอยโรค 10 ราย, 4 รอยโรค 5 ราย และ 5 รอยโรค 2 ราย การจำแนกชนิดโรคเรื้อนจัดเป็นชนิดอินดีเทอร์มินेट (I) 4 ราย ทิวเบอร์คูลอยด์ (TT) 4 ราย และบอร์เดอร์ไลน์ทิวเบอร์คูลอยด์ (BT) 69 ราย ผลการตรวจเชื้อพบผลบวกเพียงรายเดียว การวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยาจากการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังพบเป็นชนิด I 13 ราย, TT 3 ราย, BT 48 ราย และ BL 4 ราย โดยพบเชื้อติดสีทึบกรด (AFB) ในชิ้นเนื้อ 14 รายจากทั้งหมด 77 ราย ในชิ้นเนื้อที่ตัดจากเส้นประสาทส่วนปลาย 19 ราย 17 ราย พบลักษณะจุลพยาธิวิทยาของโรคเรื้อนชนิด BT และ 12 ราย พบเชื้อ AFB จากการย้อมแบบ fite staining, bacillary index ของ granuloma (BIG) อยู่ระหว่าง 1+ ถึง 2+ พบมีสหสัมพันธ์ระหว่างคลินิกและจุลพยาธิวิทยาร้อยละ 63 ในกลุ่ม BT โดยผู้ป่วย 4 รายในกลุ่มนี้พบมีลักษณะจุลพยาธิวิทยาของ BL การประเมินการตรวจพบเชื้อติดสีทึบกรด (AFB) พบบวกร้อยละ 1.3 จากการตรวจเชื้อแบบก๊อโรน ร้อยละ 18 จากการตัดชิ้นเนื้อผิวหนัง และร้อยละ 63 จากการตัดชิ้นเนื้อเส้นประสาทส่วนปลาย บทสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ถึง Non-homogeneous nature ของกลุ่มโรคเรื้อนชนิดเชื่อน้อย (PB) ผู้มี 1-5 รอยโรคผิวหนัง ซึ่งมีลักษณะของผลการตรวจเชื้อและจุลพยาธิวิทยาที่แตกต่าง นัยสำคัญของการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื่อน้อย (MB) จากผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยชนิดเชื่อน้อย (PB) จึงควรได้รับการหาข้อยุติเพราะจะมีปัญหาด้านการให้ยาเคมีบำบัดในระยะเวลาที่นานกว่าผู้ป่วยชนิดเชื่อน้อย (PB)

ย่อโดย อานุภาพ พงษ์พานิช สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Patterns of Ocular Morbidity and Blindness in Leprosy - a Three Center Study in Eastern India

Thompson KJ, Allardice GM, Babu GR, Roberts H, Kerketta W, Kerketta A, Leprosy Review 2006; 77(2): 130-40.

ภูมิหลัง โรคทางตาและการเสื่อมสายตาจากโรคเรื้อนสามารถพบได้บ่อย แต่ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของพยาธิวิทยาดังกล่าวยังไม่มีการศึกษาลักษณะเฉพาะที่สมบูรณ์ไว้ วิธีการ ได้ทำการศึกษาโดยวิธีสังเกตในผู้ป่วยโรคเรื้อนแต่ละรายในชุมชนใน 3 อำเภอของอินเดียตะวันออก เพื่อวัดความชุกของการป่วยด้วยโรคตาและตาบอด โดยการเลือกผู้ป่วยจากการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified random sampling ตามช่วงของการรักษาหรือช่วงของการเฝ้าระวังหลังการรักษา ผู้ป่วยที่คัดเลือกเข้ารับการรักษาทูกรายได้รับการตรวจทางตาตามมาตรฐานที่วางไว้ ผลการศึกษา ในผู้ป่วย 1137 ราย ที่ศึกษาพบ 33 ราย (ร้อยละ 2.9) ตาบอดตามการจำแนกความพิการขององค์การอนามัยโลก และ 232 ราย(ร้อยละ 20.7) มี moderate visual

impairment ความชุกของตาบอดและ visual impairment พบมีมากที่สุดในกลุ่มหนึ่งแห่ง คือ Jhalda การวิเคราะห์ทางสถิติแบบ multivariate logistic โดยวิธี regression analysis พบว่ามีระยะเวลาดำเนินของโรคยาวมาก ช่วงของการได้รับการรักษาที่ advanced มาก และในผู้ป่วยอายุมากมีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการเกิดตาบอด โดยผู้ป่วย 140 ราย (ร้อยละ 28) ใน Muzaffarpur 95 ราย (ร้อยละ 63) ใน Saldotha และ 378 ราย (ร้อยละ 78) ใน Jhalda พบเป็นโรคเรื้อนที่ยัง active หรือเป็นโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก (MB) ที่อยู่ระหว่างการรักษา อภิปรายผล ความชุกของการเกิดตาบอดในผู้ป่วยโรคเรื้อนจะผันแปรแตกต่างกันในประชากรกลุ่มแตกต่างกัน และพบหลักฐานของการเกิดตาบอดและชนิดของโรคเรื้อนที่แตกต่างกันในพื้นที่ๆ แตกต่างกันแม้ในภูมิภาคเดียวกัน ดังนั้นในโครงการคัดกรองโรคเรื้อนและเฝ้าระวัง จึงควรรวมการตรวจทางตาเข้าไว้เป็นส่วนหนึ่งของการตรวจคัดกรองตามปกติโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก (MB) ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางพยาธิวิทยาที่รุนแรงยิ่งต้องได้รับการติดตามตรวจอย่างจริงจังและต่อเนื่อง นอกจากนั้นการศึกษาทางระบาดวิทยาในพื้นที่ที่จะช่วยให้สามารถวางแผนอย่างเหมาะสมและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ย่อโดย นายแพทย์จุมล ดันติวงษากิจ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Socioeconomic, Environmental and Behavioral Risk Factor for Leprosy in North - East Brazil: Results of a Case - Control Study.

Kerr - Pontes LRS, Barreto ML, Evangelista CMN, Rodrigues LC, Heukelbach J, Feldmeier H. International Journal of Epidemiology 2006; 35(4): 994-1000.

ภูมิหลัง บราซิลได้เคยรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงถึงร้อยละ 80 ของทวีปอเมริกา การศึกษารังนี้มุ่งหมายจะค้นหาปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อนในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีโรคเรื้อนชุกชุม **วิธีการศึกษา** ใช้วิธี case - control study ในเขตเทศบาล 4 แห่ง ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้าศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 2 ปี ที่ผ่านมา โดยไม่เคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนในผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือในเพื่อนบ้านเลย **กลุ่มควบคุม** ได้แก่บุคคลที่มาตรวจรักษาด้วยโรคอื่นๆ ที่มีโรคผิวหนังที่หน่วยอนามัยซึ่งให้การวินิจฉัยโรค รวมทั้งประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เปรียบเทียบ โดยแต่ละผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการคัดเลือก จะได้รับแบบสอบถามแบบ semi - structured ซึ่งใช้เก็บข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ สังคมเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม โดยใช้การวิเคราะห์แบบ multivariate hierarchical analysis **ผลการศึกษา** พบว่าในผู้ป่วย 226 ราย ในกลุ่มควบคุม 857 ราย ได้รับการตรวจตามแบบสอบถาม พบว่ามีระดับการศึกษาต่ำ มีประวัติขาดอาหาร ยากจนต้องอาบน้ำในแหล่งน้ำสาธารณะ สัปดาห์ละ 1 ครั้งเท่านั้น มีการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยบุคคลพวกนี้มีความสัมพันธ์สูงต่อการเสี่ยงเป็นโรคเรื้อน การได้รับการฉีดวัคซีนบีซีจีจากพบรอยแผลเป็นพบว่าเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญสูงในการป้องกันโรคเรื้อน **บทสรุป** นอกเหนือจากการฉีดวัคซีนบีซีจีแล้ว ตัวแปรอื่นๆ ที่ยังคงมีความสำคัญสูงในการวิเคราะห์แบบ hierarchical analysis ได้แก่ ปัจจัยด้านวัฒนธรรม หรือปัจจัยที่เชื่อมโยงกับความยากจน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับต่างๆ ของการแพร่ติดต่อของเชื้อโรคเรื้อนและหรือความก้าวหน้ากำเริบจากการติดเชื้อไปสู่การเป็นโรคเรื้อน ผลการศึกษาจึงน่าจะให้คุณค่าความเชื่อถือแก่สมมติฐานที่ว่า การสัมผัสโดยตรงระหว่างคนต่อคนมิใช่

เป็นรูปแบบเดียวของการแพร่ติดต่อการติดเชื้อโรคเรื้อน โดยอาจเกิดจากการแพร่ติดต่อทางอ้อม รวมทั้ง แหล่งรังโรคอื่นๆ ที่มีอยู่นอกร่างกายมนุษย์

ย่อโดย วิจิตรา ธารสุวรรณ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Genetics of Host Response in Leprosy

Moraes MO, Cardoso CC, Van Der Borgh PR, Pacheco AG. *Leprosy Review* 2006; 77(3): 189-202.

ในการทบทวนศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายถึงข้อมูลที่น่าสนใจและทำการวิเคราะห์ genetic influence ของ leprosy outcome โดยการศึกษาทางระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อนส่วนมากมักอยู่บนพื้นฐานของการเปรียบเทียบความถี่ของ genetic markers ในการออกแบบ case - control design ซึ่งใช้ candidate genes โดยใช้ immunological pathways เป็นหลัก นอกจากนั้นการทำ genomic scans โดยใช้ family based designs ยังช่วยค้นหา chromosome regions บางตัวที่จะทดสอบเพื่อหาความสัมพันธ์กับโรคเรื้อน ผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า genes ต่างๆ มีส่วนพัวพันต่อความต้านทาน / ความไวต่อโรคเรื้อน เช่น tumour necrosis factor - Alpha (TNF - α) Interleukin (IL) -10 , Vitamin D receptor (CDR) และ parkin ถึงแม้ว่าผลลัพธ์ที่ได้บางอย่างในประชากรที่แตกต่างกันจะยังเป็นปัญหาที่ยังโต้แย้งกันอยู่ก็ตาม ทั้งๆที่มีความก้าวหน้าใหม่ๆ ของ genomics และ genetic epidemiology ที่มีประสบการณ์ที่ผ่านมา ผลลัพธ์ที่ได้ยังรับการยืนยันโดยใช้การออกแบบวิธีการศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อ pinpoint โดยตรงต่อ genes ที่รับผิดชอบต่อ outcome ของโรคเรื้อน ยิ่งกว่านั้นยังมีความต้องการที่ชัดเจนในข้อมูลด้าน functional / biological data เพื่อจะใช้ในการ validate ผลลัพธ์ทางระบาดวิทยาที่ได้รับ โดยวิธีนี้สามารถทำ genetic markers มาใช้คัดกรองประชากรที่มีความเสี่ยงสูงโดยนำ gene - testing มาใช้เป็นเครื่องมือในการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคเพื่อหยุดยั้งห่วงโซ่ของการแพร่ติดต่อและป้องกันการถูกทำลายของเส้นประสาทด้วย

ย่อโดย ดร.เบญจวรรณ เพชรสุขศิริ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ท่านถาม - เราตอบ

คำถาม

ในการรักษาผู้ป่วยด้วยยาเคมีบำบัดผสมบางรายที่เกิดโรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบ จำเป็นต้องให้ยา steroid รักษา รวมไปถึงด้วยเป็นเวลานานๆ เป็นเดือน หรือให้ steroid เพื่อป้องกันการเกิดเส้นประสาทอักเสบและการทำลายของเส้นประสาทส่วนปลาย อยากทราบข้อแนะนำเรื่องนี้ที่ชัดเจนว่าควรปฏิบัติอย่างไร จึงจะปลอดภัยและให้ผลการรักษาที่ดี

แพทย์หญิงภัททิรา ทางรัตนสุวรรณ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี ปัตตานี

คำตอบ

เท่าที่พบทวนงานศึกษาวิจัยและการประชุมวิชาการตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง พอลจะนำมาสรุปเป็นข้อแนะนำ ได้ดังนี้

1. ในการทดลองศึกษาวิจัยจากหลายแห่ง (multicentre trial) ให้ยา prednisolone ขนาดวันละ 20 มก. ระหว่างช่วง 4 เดือนแรกของการให้ยาเคมีบำบัดผสม (MDT) เพื่อช่วยป้องกันการทำลายของเส้นประสาทส่วนปลายและลดความพิการที่จะตามมา ผลพบว่าสามารถลด nerve function impairment หรือการเสื่อมหน้าที่ของเส้นประสาทส่วนปลายลงได้อย่างมีนัยสำคัญในช่วง 12 เดือนแรก หลังจากนั้นไม่สามารถคงรักษาผลดีดังกล่าวให้ยั่งยืนในระยะต่อไปได้ แต่ก็หวังว่ายา MDT น่าจะมีส่วนหยุดยั้งการเสื่อมและทำลายของเส้นประสาทส่วนปลายต่อไปได้

2. ในประสบการณ์เมื่อใช้ยาเคมีบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังและให้ยา steroid นานๆ รักษาโรคเห่อที่รุนแรงและเรื้อรังและเส้นประสาทปวดรุนแรงมาก มักเกิดอาการติดยา steroid หรือ steroid addiction มากจนหยุดยาไม่ได้ (steroid - dependent cases) จึงต้องพยายามลดและถอนยา steroid โดยให้ยา chloroquin ผสม steroid แล้วค่อยๆ ลดขนาดยา steroid ลงจนถอนยาได้ ต่อมาระยะหลังการรักษาผู้ป่วย steroid - dependent และเกิดโรคเห่อ ENL ซ้ำใหม่บ่อยๆ (recurrent reaction ; ENL) ก็ใช้ยา thalidomide ร่วมกับ clofazimine เข้าไปทดแทนจนลดและถอนยา steroid ได้เช่นกันและใช้ clofazimine ควบคุมและป้องกันการเกิดโรคเห่อใหม่อีกด้วย

3. ในประสบการณ์เมื่อใช้ยาเคมีบำบัดผสมในปัจจุบัน (MDT) เมื่อเกิดโรคเห่อก็ให้ steroid ร่วมด้วยเช่นกันตามขนาดและเวลาที่กำหนดเป็นมาตรฐานไว้แล้ว แต่ก็ไม่มีผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญด้านการหยุดยั้ง cellular และ humoral immune states และกลับมีผลข้างเคียงตามมา เช่น แผลในกระเพาะอาหาร เบาหวาน ต้อกระจก วัณโรค ฯลฯ เป็นต้น จึงต้องติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

4. ในผู้ป่วยที่ได้รับยา MDT ครบและจำหน่ายจากการรักษาแล้ว บางรายต้องให้ยา steroid จากเกิดโรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบ ผลการศึกษาพบว่ายา steroid ไปลดอัตราการถูกทำลายหมดไปของเชื้อโรคเรื้อนในเนื้อเยื่อและเม็ดเลือดขาวเม็ดโครพาจ ซึ่งยังพบเก็บเชื้อโรคเรื้อนไว้ใน cytoplasm มาก ในการทดลองศึกษาในรอยโรคที่ทำให้เกิดขึ้น อธิบายได้ว่ายา steroid ไปกดการสนองตอบทางภูมิคุ้มกัน (immune response) ทำให้เชื้อโรคเรื้อนสามารถเจริญแบ่งตัวเพิ่มมากขึ้นได้ จึงควรให้ยา MDT ร่วมด้วยเสมอระหว่างให้ยา steroid

5. ในกรณีหรือรายผู้ป่วยโรคเรื้อนที่จำเป็นต้องให้ยา steroid รักษาเป็นเวลานาน 4-6 เดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากเกิดโรคเห่อชนิดแรกและเส้นประสาทอักเสบ ร่วมกับการให้ยา MDT ด้วย กรณีให้ยา steroid นานๆ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำกับดูแลติดตามตรวจทั้งทางคลินิกและการตรวจเชื้อ เพื่อดูว่ามีอาการแสดงของโรคเรื้อนกำเริบขึ้นใหม่หรือไม่ (Reactivation) และในรายที่เกิด late reversal reaction หลังหยุดยา MDT แล้วก็ต้องติดตามตรวจว่าเกิดการกลับเป็นโรคเรื้อนซ้ำใหม่ (relapse) ระหว่างและภายหลังระยะเวลาของการติดตามเฝ้าระวังเมื่อจำเป็นต้องขยายให้ยา steroid เป็นเวลานาน

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

บรรณาธิการ



- คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน
- การประเมินผลความรู้ด้านทัศนสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในสถาบันราชประชาสมาสัย
- การศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านสาขาทจวิทยาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอน เรื่องโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย
- การศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการติดเชื้อโรคเอดส์ และเชื้อโรคเรื้อนในด้านระบบวิทยา อิมมูโนพยาธิวิทยา คลินิก และการรักษาในโรคเรื้อน

email : rpsi_journal@hotmail.com

กระทรวงสาธารณสุข ก.ดิوانนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000