



วารสาร

สถาบันราชประชาสมาสัย

Journal of Raj Pracha Samasai Institute



สถาบันราชประชาสมาสัย  
กรมควบคุมโรค

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2548

Raj Pracha Samasai Institute  
Department of Disease Control

Vol. 3 No. 1 JANUARY - APRIL 2005

ISSN 1685-8964

# วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย

## จัดทำโดย

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวง  
สาธารณสุข

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ  
ความก้าวหน้าการดำเนินงานต่าง ๆ และสถานการณ์ที่  
เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย 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 (นายแพทย์จรรยา  
ปิยะวารการณ)
5. ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย
6. ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่  
1 - 12

## บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

## รองบรรณาธิการ

นายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ

## ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาววิจิตรา ธารีสุวรรณ

## กองบรรณาธิการ

1. นายแพทย์สมชาย รุ่งตระกูลชัย
2. นายแพทย์วีรชิต วงศ์ศรีคงพันธ์
3. นายแพทย์กฤษฏา มโหทาน
4. นายแพทย์อาจินต์ ชลพันธุ์
5. นายแพทย์ทวีฤทธิ์ สิทธิเวคิน
6. นางสุคสวาท 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 รุ่มมุ่ม
4. นางอุ้นเรือน พินแพทย์
5. นางสาวกรรณต์ ภูทุ๊ก
6. นายทิวา สมหวัง
7. นางสาวประทุม สอนสหทอง
8. นางนารี สุรชีวะ
9. นางสาววาสนา ฤกษ์พัฒนาพร
10. นางสาวพิมพ์ลมาศ คล้ายมาลา
11. นางวัชรภรณ์ บริวิตร
12. นางปานจิตต์ เชี่ยวภาษา

## ฝ่ายศิลป์

1. นายวณา ศิริวัฒน์พิเชษฐ์
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

# คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์



“วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย” มีนโยบายเผยแพร่วิชาการทางโรคเรื้อรังและเรื่องที่เกี่ยวข้อง โดยสนับสนุนให้บทความส่วนใหญ่เป็นภาษาไทย และมีบทความย่อเป็นภาษาอังกฤษ ในกรณีที่เรื่องเป็นภาษาอังกฤษ จะมีบทความย่อเป็นภาษาไทย การใช้ภาษาไทย ให้ยึดหลักของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ ให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่อง ภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่ ชื่อของเชื้อจุลินทรีย์ให้พิมพ์ตัวเอน ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยศัพท์ภาษาอังกฤษ และหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา

## ประเภทของบทความ

บทความที่ส่งมาตีพิมพ์อาจเป็น นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) รายงานผู้ป่วย (case report) บทความฟื้นฟูวิชาการ (review article) บทความจากการประชุม ปกิณฑกะ 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 พิมพ์ตามหัวข้อต่อไปนี้ด้วยฟอนต์ Cordia UPC

1. Title pages ให้พิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแต่ละภาษา ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง

1.2 ชื่อผู้พิมพ์ทุกท่าน 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 ควรย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ดีพิมพ์มาไม่เกิน 3 ปี ความยาวไม่เกินหนึ่งหน้า

3.5 บทความประเภทอื่น การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่อง ให้พิจารณาตามความเหมาะสม

## 4. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

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

## ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

5.1 บทความธรรมดาใส่ชื่อผู้พิมพ์ทุกคน 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

สมพันธ์ บุญยุปต์. ไวรัสตับอักเสบนชนิดบี : 3 ระบาดวิทยาและการเกิดพยาธิสภาพ. แพทยสภาสาร 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 ช้างเฉพาะบทใดบทหนึ่ง

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In : Sodemson 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) ทิมพ์เป็นแผ่นแยกต่างหาก แผ่นละตารางเรียงลำดับก่อนหลังตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง คำบรรยายภาพถ้าเป็นบทความภาษาไทยให้ใช้ภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษอย่างใดอย่างหนึ่ง เรียงลำดับภาพตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ภาพประกอบ ภาพถ่ายใช้ post card ขาว-ดำ ขนาด 3x5 นิ้ว (ทำเครื่องหมายแสดงขอบบนของภาพ และลำดับที่ของภาพบน sticker พร้อมทั้งชื่อผู้นิพนธ์ แล้วติดที่หลังภาพ) คำบรรยายได้ภาพให้พิมพ์ในกระดาษอีก แผ่นหนึ่งส่งมาพร้อมกับภาพ สำหรับแผนภาพและกราฟ ให้เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษชาร์ต

## 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 และกองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ที่จะปรับแก้ไขต้นฉบับ ให้ถูกต้องและเหมาะสมตามคำแนะนำ และวัตถุประสงค์ของวารสารนี้

## ความรับผิดชอบ

เนื้อหาบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสาร ถือเป็นความคิดเห็นของผู้นิพนธ์เท่านั้น กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยหรือรับผิดชอบแต่ประการใด

# บทบรรณาธิการ

## เรื่อง อยากทำวิจัยจะเริ่มต้นอย่างไรดี

ปัญหาของนักวิชาการมือใหม่ที่ประสงค์จะทำวิจัยประยุกต์เชิงคุณภาพ แต่ไม่ทราบจะเริ่มต้นอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อค้นหาคำถามที่จะวิจัยและนำไปสู่การเสนอโครงร่างวิจัย และดำเนินการวิจัย รวมทั้งรายงานผลงานวิจัย เพื่อลงพิมพ์ในวารสารต่อไป ผู้เขียนจึงคิดว่าจุดเริ่มต้นคงจะอยู่ที่ตัวนักวิชาการเอง ว่ามีความสนใจอยากรู้อยากเห็น หรือช่างสังเกตเรื่องราว เหตุการณ์ ปรากฏการณ์ การเคลื่อนไหว ข้อมูล ฯลฯ ในแวดวงของการทำงานที่ตนเกี่ยวข้อง หรือรับผิดชอบ หรือมีประสบการณ์โดยตรง หรือมีความรู้เชิงทฤษฎี และแนวทางปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ มาก - น้อยเพียงใด และสนใจอ่านวารสาร และรายงานทางวิชาการ และบริหาร รวมทั้งปฏิบัติการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องว่ามีการสรุปประเด็นปัญหา และมีการวิจัยไปแล้วแบบไหน อย่างไร เป็นตัวอย่างกรณีศึกษาที่ดี การอ่านศึกษาทบทวนเอกสารดังกล่าวแล้วจึงน่าจะเป็นการฝึกฝนขั้นต้นที่ดี เพราะจะช่วยให้เรียนรู้และวิเคราะห์ สังเคราะห์ สารสำคัญ และประเด็นที่น่าสนใจ และสำคัญ รวมทั้งตัวอย่างการวิจัย ในแต่ละเรื่องที่เราสนใจและเกี่ยวข้อง ต่อมาก็นำเสนอและประเด็นดังกล่าวไปคุยหรือหารือกับนักวิชาการ นักบริหาร ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ เพื่อขอความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติม และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องนั้น ๆ รวมทั้งข้อแนะนำทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่ทำมาแล้วด้วย ขณะเดียวกันการพูดคุยหาหรือผู้รู้ และมีประสบการณ์วิจัยในเรื่องที่เราสนใจก็สามารถได้ข้อแนะนำเกี่ยวกับคำถาม และหัวข้อเรื่องที่ควรวิจัย รวมไปถึงสมมติฐาน ประชากรและขนาดตัวอย่าง และสถานที่วิจัย การใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล ฯลฯ ตามวงจรการวิจัย เพื่อนำไปสู่กระบวนการวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ ต่อไป ดังสรุปในภาพข้างล่าง



ภาพที่ 1 รูปแบบของวงจรการวิจัย

สำหรับรายละเอียด นักวิจัยมือใหม่คงต้องอ่านจากหนังสือตำราการวิจัยคุณภาพ และคู่มือวิจัย รวมทั้งตัวอย่างงานวิจัย ในวารสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และเข้าอบรมหลักสูตรวิจัย กับอาจารย์สอนวิจัยที่เก่ง และมีประสบการณ์งานวิจัยมาก ๆ เพื่อทดลองค้นหาคำถามวิจัย และทดลองจัดทำโครงร่างวิจัย ให้อาจารย์แนะนำ และเลือกสรร โครงร่างวิจัยที่ดี ๆ สอดคล้องกับนโยบาย ปัญหา ความต้องการ และทันสมัย ฯลฯ เพื่อลองทำวิจัยให้มีประสบการณ์ที่ดีภายใต้การปรึกษาแนะนำของอาจารย์สอนวิจัยดังกล่าว หรือที่เลี้ยงผู้ร่วมงานร่วมสถาบันผู้มีความรู้ และประสบการณ์วิจัยที่ดี ก็จะเกิดการเรียนรู้ และ สร้าง ประสบการณ์ และความเชื่อมั่นในตนเองที่ดีที่จะสามารถทำงานวิจัย ที่ได้มาตรฐานและมีคุณค่าเท่าที่ควร และภาคภูมิใจในผลงานวิจัยของตนที่ได้ลงพิมพ์ในวารสาร เพื่อเรียนรู้ และพัฒนาคุณภาพงานวิจัย ต่อไปอย่างต่อเนื่องอย่างสนุกสนานเพลิดเพลิน และยังประโยชน์ต่อการพัฒนาความเป็นนักวิชาการ และภาพลักษณ์ ศักดิ์ศรีของตน และสถาบันของตนต่อไป

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

บรรณาธิการ



**วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย**  
**Journal of Raj Pracha Samasai Institute**

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2548 Vol. 3 No. 1 January-April 2005

สารบัญ



เรื่อง	หน้า
<b>นิพนธ์ต้นฉบับ Original article</b>	
ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อนนิคมโนนสมบูรณ์ต่อการถ่ายโอนภารกิจ นิคมให้องค์การบริหารส่วนตำบล <i>ศรีสุนทร วิริยะวิภาต</i>	1
การศึกษาปัจจัยการมารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก ณ สถาบันราชประชาสมาสัย <i>วิจิตรา ธาวิสุวรรณ, ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์</i>	12
ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจเชื้อโรคเรื้อนโดยวิธีกรดผิวแห้ง และการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก <i>ประภาพร สุภาพกุล</i>	26
<b>บทความพินพิวิชาการ Review article</b>	
การผ่าตัดเปิดปลอกเส้นประสาทส่วนปลายที่อักเสบในผู้ป่วยโรคเรื้อน <i>อาจินต์ ชลพันธุ์</i>	33
แนวคิดการกระจายอำนาจของงานด้านสาธารณสุขสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล : เพื่อเตรียมการโอนมอบนิคมโรคเรื้อนในอนาคต <i>ศรีสุนทร วิริยะวิภาต</i>	44
บทเรียนจากการทดลองวัคซีนป้องกันโรคเรื้อนในสนาม <i>โสภา ศรีสังข์งาม</i>	56
<b>ปกิณกะ Miscellany</b>	
โครงการรณรงค์ประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนในพื้นที่อำเภอที่ยังเป็นปัญหา สาธารณสุข ถวายเป็นพระราชกุศลทรงครองราชย์ ครบ 60 ปี (โครงการ ปรร. 60) <i>วิจิตรา ธาวิสุวรรณ</i>	61
ผลการประกวดคำขวัญโรคเรื้อนปี 2548 จัดประกวดโดยมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์และสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค <i>นภาพร ดีมาก</i>	65
<b>ย่อเอกสาร</b>	67
<b>ท่านถาม - เราตอบ</b>	71
<b>ข่าวในแวดวงโรคเรื้อนจากสถาบันราชประชาสมาสัย</b>	75
<b>คำอาลัยคุณปิยะ ปิยะศิลป์</b>	77

## ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อนนิคมโนนสมบูรณ์ ต่อการถ่ายโอนภารกิจนิคมให้องค์การบริหารส่วนตำบล

### Opinions of In-patients of Leprosy on Decentralization of Nonsomboon Colony into Subdistrict Administrative Organization

ศรีสุนทร วิริยะวิภาต ส.ม.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น  
กรมควบคุมโรค

Srisunthorn Viriyavipart M.P.H.

Office of Diseases Prevention and Control 6 Khonkaen,  
Department of Disease Control

#### บทคัดย่อ

ผู้รายงานได้ศึกษาเชิงสำรวจเพื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อน นิคมโนนสมบูรณ์ ขอนแก่น เพื่อนำไปพิจารณาในการศึกษาแนวทางการบริหารนิคมโรคเรื้อนหลังถ่ายโอนภารกิจให้อยู่ในความดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อไป วิธีการศึกษาใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม จากการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยภายในรวม 247 ราย เป็นชายร้อยละ 59.50 และหญิงร้อยละ 40.50 โดยเป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 82.60 อยู่ในกลุ่มอายุ 61-75 ปี ร้อยละ 89.07 และพิการเกรด 2 ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 83.76 ของผู้ป่วยเข้าอยู่ในนิคมนาน 31-40 ปี และร้อยละ 50.60 เห็นว่าสังคมยังรังเกียจไม่ยอมรับตนเอง ร้อยละ 45.91 ยังไม่เห็นด้วยที่จะโอนภารกิจการดูแลนิคมให้องค์การบริหารส่วนตำบล และร้อยละ 55.06 ไม่เห็นด้วยที่จะเปลี่ยนชื่อนิคมโนนสมบูรณ์ เป็นหมู่บ้านที่ 10 และ 11 เหมือนหมู่บ้านปกติโดยรอบ และร้อยละ 93.39 ไม่เห็นด้วยที่จะส่งผู้ป่วยกลับภูมิลำเนาเดิมโดยยังคงได้รับเบี้ยเลี้ยง ร้อยละ 89.26 ไม่เห็นด้วยต่อการรับทุนประกอบอาชีพ โดยต้องการเพียงเงินสงเคราะห์ผู้พิการ ร้อยละ 85.77 เห็นว่าเมื่อตนเองเสียชีวิตที่ดินควรให้สิทธิแก่บุตรของตนทำประโยชน์ต่อไป โดยสรุปร้อยละ 88.06 เห็นว่าควรให้ผู้ป่วยอยู่ในนิคมต่อไป และขอรับเงินสงเคราะห์ค่าอาหาร ส่วนค่าสาธารณูปโภคจะขอจ่ายเอง ผู้ศึกษาจะได้นำผลการศึกษาไปประกอบการพิจารณา ร่วมกับผลการศึกษาจากการสำรวจความคิดเห็นของประชากรที่เกี่ยวข้อง เช่น ประชากรโดยรอบที่อยู่นอกนิคมโนนสมบูรณ์ เจ้าหน้าที่นิคมโนนสมบูรณ์ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์ และกลุ่มผู้นำชุมชนตำบลโนนสมบูรณ์ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์ และกลุ่มผู้นำชุมชนตำบลโนนสมบูรณ์ เพื่อนำไปสู่การศึกษาแนวทางการบริหารนิคมโนนสมบูรณ์ หลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์ต่อไป



## Abstract

The author has conducted a survey of opinions of in-patients living in Nonsomboon leprosy colony, Khon-kaen for study of management of leprosy colony prior to future transfer of such colony by decentralization into Sub-district Administrative Organization. Tools for the survey were in-depth interview and group interview of 247 members of the colony systematically randomized from a total of 906 in-patients. Among 247 members, 82.60 percent were household heads and 59.50 percent were male, 40.50 percent were female, 82.60 percent were in age-group of 60-75 years with grade 2 deformity-rate of 89.07 percent. The results revealed that 83.76 percent of them have been admitted in this colony for 31 to 40 years back and felt that 50.60 percent of stigmatization and un-acceptance were still existed in surrounded society. That would make them a difficulty of living outside the colony. Forty six percent of respondents disagreed to transfer management of leprosy colony by decentralization into Sub-district Administrative Organization while 59.06 percent also disagreed to change the name of Nonsomboon colony and to be integrated to ordinary villages number 10 and 11. In addition, they also disagreed to sent them to their own native places even with continuous receiving welfare stipend. In conclusion, eighty six percent of the members of leprosy colony, therefore, want to continue to live in the colony, with subsidy from the government and they are willing to pay for costs of infrastructure. The author will use the providing information and opinions of leprosy patients together with further surveys of involved parties including official staffs of the leprosy colony, population and leaders outside the colony within the vicinity of Sub-district Administrative Organization (SAO) and members of the SAO in order to study management of leprosy colony after decentralization into SAO in the near future.

**คำสำคัญ :** ความคิดเห็น, ผู้ป่วยโรคเรื้อนใน, นิคมโรคเรื้อน, องค์การบริหารส่วนตำบล, การถ่ายโอนภารกิจ  
**Key Words :** Opinions, In-patients of leprosy, Leprosy colony, Sub-district Administrative Organization

## บทนำ

โรคเรื้อนเป็นปัญหาทั้งทางสาธารณสุขและสังคมเศรษฐกิจ<sup>(1)</sup> ประเทศไทยได้เริ่มการควบคุมโรคเรื้อนแบบเก่าสมัยก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 (พ.ศ.2484-2489) เมื่อยังไม่มียาบำบัดโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของ

ประชาชนและชุมชนยังจำกัดทำให้ยังมีความรังเกียจกลัวโรคเรื้อนสูง ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยที่โรคกำเริบและพิการมาก รวมทั้งครอบครัวต้องทนทุกข์ทรมานจากการถูกรังเกียจเดียดฉันท์และขับไล่จากครอบครัวและชุมชน การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนแบบเก่าดั้งเดิมจึงมุ่งใช้วิธีแยกกักผู้ป่วยและครอบครัวที่มี

ปัญหาอุกฉกรรจ์และพิการช่วยตนเองไม่ได้ไว้ในนิคมโรคเรื้อนต่างๆ ของรัฐ 14 แห่ง และสถานพยาบาลโรคเรื้อน 2 แห่ง ที่จัดตั้งไว้ทั่วประเทศระหว่างปี 2478-2502 (isolation หรือ segregation approach) และสถานพยาบาลและสถานสงเคราะห์รวมทั้งหมู่บ้านโรคเรื้อนที่ภาคเอกชนจัดตั้งขึ้นด้วยต่อมาหลังสงครามโลกครั้งที่สอง (ปี 2489) เริ่มมีการค้นพบยาแควินโพรนที่สามารถหยุดยั้งการเจริญแบ่งตัวของเชื้อโรคเรื้อนได้บ้าง และความรู้ธรรมชาติและระบาดวิทยาของโรคเรื้อนเริ่มชัดเจนมากขึ้นว่าเป็นโรคที่ติดต่อได้ยากไม่เป็นโรคทางพันธุกรรม และสามารถรักษาให้หายปราศจากเชื้อได้ องค์การอนามัยโลก จึงได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกเริ่มใช้วิธีควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ที่ไม่ต้องแยกกักผู้ป่วยไว้ในนิคม หรือสถานพยาบาลโรคเรื้อน แต่สามารถตรวจค้นหาและให้ผู้ป่วยรับยารักษาแบบอยู่ที่บ้านได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป (domiciliary approach) <sup>(2-3)</sup>

ประเทศไทยจึงได้เริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวขององค์การอนามัยโลก โดยเริ่มโครงการทดลองที่ขอนแก่นในปี 2498-2499 และเริ่มขยายโครงการฯ ในปี 2500 จนสามารถขยายครอบคลุมครบทุกจังหวัดและบูรณาการงานควบคุมโรคเรื้อนให้ระบบบริการสาธารณสุขทุกจังหวัดได้ในปี 2519 ส่วนนิคมโรคเรื้อนและสถานพยาบาลโรคเรื้อนก็ยังคงไว้เพื่อรองรับผู้ป่วยที่โรคกำเริบมีอาการแทรกซ้อน และพิการมากจนไม่สามารถพึ่งตนเองและครอบครัวได้ได้รับการรักษาและสงเคราะห์ โดยจัดให้มีบ้านพักและที่ดินทำกิน รวมทั้งส่งเสริมอาชีพและช่วยเงินเบียดเบียนค่ายังชีพต่างๆ โครงการควบคุมโรคเรื้อนได้ประสบความสำเร็จหลังจากการเกิดปัญหาเชื้อโรคเรื้อนคือยาแควินโพรน<sup>(4)</sup> จึงได้เปลี่ยนยารักษาเป็นแบบยาเคมีบำบัดผสม (multidrug therapy: MDT) นับแต่ปี พ.ศ. 2527 ที่มีประสิทธิภาพสูง<sup>(6)</sup> จึงสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (อัตราความชุกต่ำกว่า 1 ต่อ ประชากร

1 หมื่นคน) ในปี 2537 <sup>(2-9)</sup>

สำหรับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น สามารถลดอัตราความชุกโรคเรื้อนในจังหวัดรับมิดชอบเหลือเพียง 0.60 ต่อ 1 หมื่นประชากรในปี 2545 และยังมีนิคมโรคเรื้อนโนนสมบูรณ์ ขอนแก่น สำหรับดูแลสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พิการ พึ่งตนเองและครอบครัวไม่ได้เป็นผู้ป่วยภายใน รวม 906 ราย สมาชิกครอบครัวรวม 1,310 คน และผู้อาศัย 90 ราย<sup>(7)</sup> โดยผู้ป่วยภายใน 906 ราย ได้รับเงินสงเคราะห์รายละ 400 บาท ต่อเดือน พร้อมทั้งดินทำกินครอบครัวละ 2 ไร่ ด้วยงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนของสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ในปี 2544 เป็นเงินรายจ่ายค่าอาหารและเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยภายใน รวม 20,827,900 บาท<sup>(8)</sup>

เนื่องจากสภาวะโรคเรื้อนทั่วไปของจังหวัดในเขต 6 ขอนแก่น สามารถกำจัดได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขและสภาวะผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโนนสมบูรณ์ ขอนแก่น เกือบทั้งหมดซึ่งอยู่ในที่ดินจัดสรรอยู่ในหมู่ที่ 10 และ 11 ของตำบลโนนสมบูรณ์ กิ่งอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหายจากโรคเรื้อนแล้ว แต่มีความพิการพึ่งตนเองไม่ได้ และได้รับการสงเคราะห์ทั้งเงินเบียดเบียนและการสงเคราะห์อื่น ๆ รวมทั้งที่ดินให้ประกอบอาชีพที่ได้รับการส่งเสริมตามความเหมาะสม<sup>(9-10)</sup> ขณะที่รัฐมีแนวนโยบาย และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจเพื่อถ่ายโอนการดูแลนิคมโรคเรื้อนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ด้านการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542<sup>(11)</sup> สำหรับนิคมโรคเรื้อนในภารกิจด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อต้องถ่ายโอนให้กับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ภายในปี 2546 โดยผ่านคณะกรรมการ

สุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีหมวดเงินอุดหนุนการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ค่าสังคมสงเคราะห์ ค่าฌาปนกิจ และค่าอาหารผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น<sup>(12-13)</sup>

จากความเป็นมาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นว่สมควรศึกษาวิจัยด้านความพร้อมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนในสมบูรณีก่อนอื่น ว่ามีความคิดเห็นและความต้องการอย่างไรต่อการถ่ายโอนภารกิจจากกรมควบคุมโรคเดิมให้ อบต. เพื่อนำไปประกอบในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อบุคคลและองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้เป็นสมาชิกของนิคมโนนสมบูรณีก่อนอื่น ด้านจิตวิทยาสังคมต่อภาพลักษณ์ของตนเองต่อการยอมรับตนเอง รวมทั้งความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ อบต. และ การโอนมอบภารกิจการดูแลนิคมโรคเรื้อรังให้อยู่ในการดูแลของ อบต.

2. เพื่อนำความคิดเห็นและข้อมูลส่วนบุคคลทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปพิจารณาประกอบในการวางแผนการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อบุคคล และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น ประชาชน และผู้นำชุมชนโดยรอบนิคม เจ้าหน้าที่นิคม ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ อบต.โนนสมบูรณีก่อนอื่น เพื่อประกอบการพิจารณาการวางแผนโอนมอบภารกิจดูแลนิคมโนนสมบูรณีก่อนอื่นให้แก่ออบต.โนนสมบูรณีก่อนอื่น ต่อไป

### วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey method) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สมาชิกนิคมโนนสมบูรณีก่อนอื่น หมู่ 10-11 กิ่งอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สมาชิกนิคมโนนสมบูรณีก่อนอื่น ซึ่งเลือกเฉพาะหัวหน้าครอบครัว

เป็นตัวแทนครัวเรือน โดยสุ่มตัวอย่าง 247 ครัวเรือนจากทั้งหมด 689 ครัวเรือน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม EPI - info 2000 สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี systematic random sampling โดยกำหนดกรอบการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเรียงหมายเลข 1-689 ตามจำนวนครัวเรือนในแผนผังบ้านพักผู้ป่วยและผู้อาศัยในนิคมโนนสมบูรณีก่อนอื่น ตั้งแต่หลังที่ 1 คุ่มที่ 1 ถึงหลังที่ 689 คุ่มที่ 15 และทำช่องเว้นระหว่างครัวเรือน เพื่อนำมาสุ่มตามสูตร  $N/k$  (จำนวนประชากร/ขนาดตัวอย่าง)  $689/247$  ได้ตัวเลขประมาณ 3 แล้วสุ่มหมายเลขเริ่มต้นจากเลข 1 ถึง 3 โดยวิธีการจับฉลาก ได้เลข 2 จึงเริ่มต้นที่ครัวเรือนหมายเลข 2 เป็นอย่างที 1 ต่อไปคือครัวเรือนหมายเลขที่  $2 + 1(3)$  คือครัวเรือนหมายเลข 5 เป็นตัวอย่างที่ 2 และต่อไปคือครัวเรือนหมายเลขที่  $2+2(3)$ ,  $2+3(3)$  เป็นตัวอย่างที่ 3,4 .... ตามลำดับต่อไปเรื่อย ๆ จนครบ 247 ตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ก. เชิงปริมาณ ใช้แบบสัมภาษณ์สมาชิกนิคมโนนสมบูรณีก่อนอื่น แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกนิคมโนนสมบูรณีก่อนอื่น เช่น เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต จำนวนบุตรที่แยกครอบครัวแต่ยังอาศัยในนิคม จำนวนบุตรที่แยกครอบครัวออกไปอยู่นอกนิคม จำนวนบุตรที่แยกออกไปอยู่นอกนิคม จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ทั้งครอบครัวต่อเดือน รายจ่ายทั้งครอบครัวต่อเดือน การเคยเป็นโรคเรื้อรังมานานมากน้อย ที่อยู่ก่อนมาอยู่นิคม ระยะเวลาที่ได้รับเบี้ยเลี้ยงจนถึงปัจจุบัน การมีที่ดินทำกินในนิคม การทำประโยชน์ที่ดิน ฯลฯ

ตอนที่ 2 ความรู้สึกนึกคิด ด้านจิตวิทยาสังคมต่อตนเอง ต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ต่อการยอมรับตนเอง และการยอมรับของบุคคลทั่วไป โดยมีทั้งหมด 30 ข้อ และใช้มาตรวัดของไลเคอร์ท<sup>(14)</sup>

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วย  
อย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย

อย่างยิ่ง และกำหนดคะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ข้อความที่มีลักษณะในทางบวก	ข้อความที่มีลักษณะในทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน โดย  
ประยุกต์เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ (Bloom;  
1971)<sup>(15)</sup>

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป แสดงว่า เห็นด้วย  
คะแนนร้อยละ 61-71 แสดงว่า ไม่แน่ใจ  
หรือเฉย ๆ

คะแนนร้อยละ 60 ลงไป แสดงว่า ไม่เห็นด้วย  
ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับ อบต. 15  
ข้อ คือ

3.1 ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่  
ของ อบต. วัดเป็น 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ  
และกำหนดคะแนนในแต่ละหัวข้อ เป็นใช่ ได้ 2  
คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 1 คะแนน ไม่ใช่ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน  
ประยุกต์เกณฑ์ประเมินผลแบบอิงเกณฑ์ของ  
Bloom<sup>(15)</sup> คือ

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป แสดงว่า มีความรู้  
เกี่ยวกับ อบต. มาก

คะแนนร้อยละ 61-79 แสดงว่า มีความรู้  
เกี่ยวกับ อบต. ปานกลาง

คะแนนร้อยละ 60 ลงไป แสดงว่า มีความรู้  
เกี่ยวกับ อบต. น้อย

3.2 การยอมรับ อบต. ในการรับโอน  
ภารกิจนิคมในสมบูรณ จัดเป็น 3 ระดับ คือ ใช่  
ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ และกำหนดคะแนนในแต่ละหัวข้อ  
เป็นใช่ ได้ 2 คะแนน ไม่แน่ใจได้ 1 คะแนน ไม่ใช่ ได้

0 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน  
โดยประยุกต์เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ  
Bloom<sup>(15)</sup> คือ

ก) คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป แสดงว่า  
เชื่อว่า อบต. ในสมบูรณจะสามารถรับโอนภารกิจ  
จากนิคมในสมบูรณได้

ข) คะแนนร้อยละ 61-79 แสดงว่า ไม่แน่ใจ  
ว่า อบต. จะสามารถรับโอนภารกิจจากนิคม  
ในสมบูรณได้

ค) คะแนนร้อยละ 60 ลงไปแสดงว่า ไม่เชื่อ  
ว่า อบต. ในสมบูรณจะสามารถรับโอนภารกิจ  
จากนิคมในสมบูรณได้

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทาง  
การบริหารจัดการนิคม มีทั้งหมด 16 ข้อ โดยใช้  
มาตรวัดของไลเคอร์ท เป็นมาตราส่วน ประมาณค่า  
5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ  
ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และกำหนดคะแนน  
ในข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน เห็นด้วยได้  
4 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยได้  
2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน  
โดยประยุกต์เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ (Bloom)  
คือ

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป แสดงว่า เห็นด้วย  
คะแนนร้อยละ 61-79 แสดงว่า ไม่แน่ใจ

หรือเคย ๆ

คะแนนร้อยละ 80 ลงไป แสดงว่า ไม่เห็นด้วย

### ข. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-dept interview)

สัมภาษณ์ตัวแทนหัวหน้าคุ้ม และประธานคณะกรรมการประชาคมนิคมโนนสมบูรณ์ โดยมีแนวคำถามเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของนิคม ความคิดเห็นเกี่ยวกับสวัสดิการต่าง ๆ ของสมาชิกในนิคม ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารนิคมในปัจจุบันและอนาคต

2) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีเนื้อหากว้าง ได้ประเด็นที่น่าสนใจและสามารถวิเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ ได้ชัดเจน โดยจัดสนทนา กลุ่มผู้สูงอายุในนิคมโนนสมบูรณ์ ด้วยการตั้งแนวคำถามเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของนิคม การมองเห็นตนเองของสมาชิกนิคมและภาพที่คนอื่นมองสมาชิกนิคมเกี่ยวกับสภาพที่เป็นอยู่ของนิคมในปัจจุบันและในอนาคตที่อยากจะเป็น เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อสวัสดิการต่าง ๆ ของผู้ป่วยในนิคมและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องแนวทางการบริหารนิคมและข้อเสนอแนะ

### ค. วัสดุอุปกรณ์ ประกอบด้วย ตัวผู้วิจัย

1 คน ผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 7 และ นักวิชาการสาธารณสุข 6 จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ผู้ช่วยทั่วไปในการทำกลุ่ม 2 คน เป็นเจ้าหน้าที่ และลูกจ้างชั่วคราวในนิคม เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป เครื่องมือจดบันทึก อาหารว่าง และเครื่องดื่ม

### ง. การทดสอบเครื่องมือ

#### 1) คุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพ

จากข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและความตรงตามประเด็นที่ต้องการหรือไม่ โดยนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ เพื่อนำมาสกัดเป็นแนวคำถามในแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณต่อไป

#### 2) คุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ

2.1 แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม สร้างขึ้นโดยได้ประเด็นคำถาม จากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ซึ่งประเด็นต่าง ๆ และปัญหาที่ได้มาจากผู้เกี่ยวข้อง และผู้รับผิดชอบโดยตรง ซึ่งถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ จึงเท่ากับว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) และนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลอง (try-out) กับสมาชิกนิคมโรคเรื้อนบ้านหัน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีก 3 คน ร่วมกันสัมภาษณ์สมาชิกนิคมบ้านหันที่เป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 31 คน

2.2 นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้จากการทดลองใช้ มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยหาค่า ( $\alpha$  - coefficient ของ Cronbach ซึ่งค่า  $\alpha$  มีค่าตั้งแต่ 0-1 เครื่องมือที่มีความเที่ยงสูงควรมีค่าตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป แต่ไม่ควรเกิน 0.9 ถ้าค่า  $\alpha$  ที่ได้ต่ำกว่า 0.7 ต้องปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ใหม่ ค่าความสัมพันธ์ในแต่ละหัวข้อกับคะแนนรวม (item total correlation) ต้องมากกว่า 0.2

### จ. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ตีความเชิงเนื้อหา

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การ export ข้อมูลจากโปรแกรมสำหรับรูป EPI - info 6 และ import ข้อมูลนั้นเข้าสู่โปรแกรม Lotus และแปลงเป็น SPSS for windows จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for windows โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าสัดส่วน ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 82.60 แยกเป็นเพศชาย 147 ราย (ร้อยละ 59.50) เพศหญิง 100 ราย (ร้อยละ 40.50) อยู่ในกลุ่ม อายุระหว่าง 61-75 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.07 รองลงมาร้อยละ 10.93 อยู่ในกลุ่มอายุ 46-60 ปี ร้อยละ 89.07 นับถือศาสนาพุทธที่เหลือร้อยละ 10.93 นับถือศาสนาคริสต์ และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.95 อาชีพร้อยละ 71.95 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ไม่ทำอะไรเลยร้อยละ 42.18 และอยู่คนเดียวร้อยละ 13.52 รายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 2,501-5,000 บาท ร้อยละ 44.53 รายได้ 10,001-36,000 บาท ร้อยละ 8.10 และมีรายจ่ายทั้ง ครอบครัวระหว่าง 2,501-5,000 บาท ร้อยละ 51.52 และ 10,001-14,000 บาท ร้อยละ 3.26

สถานภาพ เป็นหัวหน้าครอบครัว 204 ราย (ร้อยละ 82.60) ภรรยา/บุตร 43 คน (ร้อยละ 17.40)

## 2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อนและการรับ การสงเคราะห์

ร้อยละ 95.51 เคยป่วยเป็นโรคเรื้อนและ พิการระดับ 1 ร้อยละ 5.13 ระดับ 2 ร้อยละ 83.76 เข้าอยู่ในนิคม นาน 31-40 ปีร้อยละ 36.84 นาน 21-30 ปี ร้อยละ 31.58 นาน 11-20 ปีร้อยละ 13.77 และ 2-10 ปีร้อยละ 10.12 โดยมีระยะเวลาที่ได้รับ เบี้ยเลี้ยงร้อยละ 27.12 นาน 21-30 ปี ร้อยละ 25.51 นาน 31-40 ปี ร้อยละ 9.72 นาน 41-60 ปี และร้อยละ 16.60 นาน 1-10 ปี โดยมีเพียงร้อยละ 5.67 ที่ไม่ได้รับเบี้ยเลี้ยง ร้อยละ 88.52 มีที่ดินให้ทำกิน ด้วยขนาด 2 ไร่ (ร้อยละ 59.26 ) ขนาด 4 ไร่ (ร้อยละ 39.89) และขนาด 1 ไร่ ร้อยละ 1.85

ในการทำประโยชน์ของที่ดินพบว่าร้อยละ 70.37 ทำเองในครอบครัว ร้อยละ 27.78 ให้คนอื่นเช่า และร้อยละ 1.85 ไม่ได้ทำอะไร การทำประโยชน์ ที่ดินแบบต่างๆ พบว่า ร้อยละ 57.73 ปลูก มันสำปะหลังร้อยละ 21.18 ปลูกข้าว ร้อยละ 19.21 ปลูกต้นยูคาลิปตัส และอื่น ๆ ร้อยละ 7.88

## 3. ความคิดเห็นด้านจิตวิทยาของสมาชิก นิคมกลุ่มตัวอย่าง 247 ราย

ร้อยละ 53.04 ยังไม่ยอมรับตนเองโดยมี เพียงร้อยละ 4.45 ที่ยอมรับตนเอง ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ร้อยละ 56.28 บอกว่าไม่แน่ใจ ร้อยละ 36.64 คิดว่าสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้ ร้อยละ 50.61 มองว่าบุคคลทั่วไปไม่ยอมรับสมาชิก ในนิคมโดยมีเพียงร้อยละ 6.88 เท่านั้น ที่คิดว่ายอมรับ

## 4. ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการ บริหารนิคมในสมบูรณ์ของสมาชิกนิคมกลุ่ม ตัวอย่าง 247 ราย

ร้อยละ 41.70 เห็นด้วยต่อการโอนภารกิจ นิคมในสมบูรณ์ให้แก่ อบต. ขณะที่ร้อยละ 42.91 ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 55.06 ไม่เห็นด้วยที่จะให้ เปลี่ยนชื่อนิคมในสมบูรณ์เป็นหมู่บ้านหมู่ที่ 10 และ 11 เหมือนหมู่บ้านทั่วไป ขณะเดียวกัน ร้อยละ 50.61 เห็นว่าไม่ควรรับผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้ามาอยู่ใน นิคมอีก โดยร้อยละ 68.82 เห็นควรให้ผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่พิการออกไปอยู่นอกนิคมเพื่อรับการสงเคราะห์แบบ คนพิการทั่วไป ร้อยละ 93.39 ไม่เห็นด้วยที่จะส่ง ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเดิมแม้ว่าจะให้ได้รับเบี้ยเลี้ยง เหมือนเดิม ร้อยละ 89.26 ไม่เห็นด้วยที่จะให้ทุน ประกอบอาชีพ โดยเห็นว่าควรได้รับการสงเคราะห์ เหมือนคนพิการทั่วไป และร้อยละ 85.77 เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมลง ควรให้บุตรผู้ป่วยได้มีสิทธิ อาศัยอยู่ในบ้านต่อไป รวมทั้งร้อยละ 85.33 เห็นว่า ควรให้สิทธิในที่ดินทำกินต่อไป โดยร้อยละ 65.18 เห็นด้วยที่จะให้เขาต่อไปเป็นรายปีแบบที่เข้ากับ ราชพัสดุ ร้อยละ 51.63 เห็นว่าควรคืนบ้านและที่ดิน ทำกินให้แก่รัฐ โดยเมื่อผู้ป่วยที่ไม่มีญาติตายไป ควรนำบ้านและที่ดินไปจัดสรรให้ผู้ป่วยคนต่อไป ส่วนในประเด็นที่จะยกที่ดินให้ผู้ป่วยได้กรรมสิทธิ์ ต่อไปนั้นร้อยละ 74.90 ไม่เห็นด้วย โดยร้อยละ 88.06 เห็นด้วยกับการขออยู่ในนิคมต่อไป และขอรับ เบี้ยเลี้ยงเหมือนเดิมแต่ขอจ่ายค่าสาธารณูปโภคเอง

## อภิปรายผล

1. จากร้อยละ 82.20 ของกลุ่มตัวอย่าง สมาชิกนิคมเป็นหัวหน้าครอบครัว รองลงไปเป็น ภรรยาที่เป็นแม่บ้าน และบุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้ว เป็นผู้ให้ข้อมูลแทนในฐานะหัวหน้าครอบครัว เพราะ ตัวผู้ป่วยพิการมากและหูตึง จึงต้องมีผู้ให้ข้อมูลแทน อายุเฉลี่ยของสมาชิกกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างสูงเฉลี่ย 64 ปี และส่วนใหญ่เป็นเพศชายเพราะเป็นหัวหน้า ครอบครัว ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือนได้จากค่าอาหาร รายวันและเงินสงเคราะห์รายเดือนรวมทั้งการใช้ ประโยชน์การเกษตรจากที่ดินซึ่งเทียบแล้ว มีรายได้ สูงกว่าประชากรนอกนิคม ปัญหาความพิการ การศึกษาต่ำและรายได้ที่สูงกว่าประชากรรอบนิคม จึงอาจเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการใช้บริการของ นิคมให้แก่ อบต.ต่อไปได้

2. ในด้านความคิดเห็นทางจิตวิทยาสังคม ปัญหาที่ส่วนใหญ่สมาชิกนิคมยังไม่ยอมรับตนเองและ คิดว่าสังคมไม่ยอมรับตนเอง จากความรู้สึกว่า ตนเองน่ารังเกียจ ไม่มีประโยชน์ มีปมด้อย และเป็น คนไม่มีอนาคตจากการถูกประทับตรา (stigmatization) ที่สังคมมีปฏิกิริยาเชิงลบต่อผู้ป่วย ทำให้สนอง ตอบเชิงลบดังกล่าวแล้ว ซึ่งอาจก่อปัญหาอุปสรรค ในการโอนมอบภารกิจนิคมให้ อบต.ต่อไปได้ ขณะเดียวเวลาที่สมาชิกนิคมร้อยละ 51.8 เห็นว่า ตนเองยังมีคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น และร้อยละ 73.7 มีความภาคภูมิใจในตนเอง ก็อาจมีผลดีทั้งต่อการ โอนภารกิจให้ อบต. แต่ขณะเดียวร้อยละ 89.1 คิดว่า ตนเองมีความเป็นอยู่ดีกว่าชาวบ้านก็อาจไม่คิดอยาก จะโอนไปอยู่กับ อบต. แบบชาวบ้านต่อไป เพราะ เกรงว่าอาจไม่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนที่ดีพอ เท่าเดิม หรือน้อยกว่าเดิม และยังเป็นผลเสียให้ ผู้ป่วยนอกนิคม อยากคืนถิ่นขอเช่าอยู่ในนิคมเป็น การสร้างปัญหาและภาระต่อไปอีก

3. ในด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับ อบต. สมาชิกนิคมเข้าใจบทบาท อบต.ถูกต้องเพียงร้อยละ

33.60 และยังเข้าใจผิดว่า กำนัน คือ ผู้บริหารสูงสุด ของ อบต.หรือเป็นกรรมการ อบต.โดยตำแหน่ง รวมทั้งไม่ทราบด้วยว่า อบต. มีหน้าที่ในการดูแลเด็ก สตรี และคนชรา แต่กระนั้นก็ตามยังมีความเชื่อมั่น ใน อบต. และยอมรับใน อบต. ดังนั้นการรณรงค์ให้ ความรู้ให้สมาชิกนิคมเข้าใจบทบาทหน้าที่ อบต. ให้ดีขึ้น ก็น่าจะช่วยให้แนวโน้มการโอนภารกิจนิคม ให้แก่ อบต. เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยการที่สมาชิก นิคมมีความเชื่อว่า อบต.สามารถรับโอนภารกิจ นิคมได้ถ้าได้เรียนรู้งานก่อน ซึ่งตรงกับการศึกษา ของ เฉลียว ตามสิทธิ์, 2544<sup>(16)</sup> และ พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2540<sup>(17)</sup> ที่ว่าควรเพิ่มความสามารถให้ อบต. และให้ อบต. เรียนรู้งานก่อนการโอนภารกิจ

4. ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการ บริหารนิคมหลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบต. แล้ว สมาชิกนิคมมีความเห็นด้วย แต่ไม่เห็นด้วยกับ การโอนภารกิจนิคมให้ อบต. ในสัดส่วนทุกงานที่ โก่งเคียงกัน เพราะงานบางอย่าง อบต. ยังไม่ สามารถรับภาระได้ เช่น ค่าอาหาร เงินสงเคราะห์ และงานสงเคราะห์ผู้ป่วยกักกันที่กระทำผิดตาม พรบ.ขอทาน เป็นต้น ขณะเดียวสมาชิกนิคม เห็นด้วยส่วนใหญ่ว่า ไม่ควรรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ เข้ามาอยู่ในนิคมอีก และร้อยละ 93.39 ไม่เห็นด้วยที่ จะให้ผู้ป่วยในนิคมกลับไปอยู่บ้านในภูมิภาคเดิม โดยให้ได้รับเบี้ยเลี้ยงเหมือนเดิม และให้ทุน ประกอบอาชีพและการสงเคราะห์เหมือนคนพิการ ทั่วไป เนื่องจากสมาชิกนิคมอาศัยในนิคมมานาน 30 ปี มีลูกหลานเติบโตอยู่ในนิคมจึงรู้สึกผูกพัน สถานบ้านเกิด ขณะเดียวก็จากถิ่นฐานภูมิลำเนา บ้านเดิมมานานแล้ว ไม่เคยไปมาหาสู่อีกเลย จึงไม่คิดกลับบ้านเดิมอีก

5. ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า ถ้าผู้ป่วยไม่มีญาติ ตายลง ควรคืนบ้านและที่ดินทำกินให้แก่รัฐ และ นำไปจัดสรรให้ผู้ป่วยในนิคมที่ยังไม่ได้รับการจัดสรร และกรณีมีลูก เห็นด้วยจะให้บุตรอาศัยที่บ้าน และมีสิทธิทำกินที่ดินโดยเช่ากับราชพัสดุเป็นรายปี

แต่ร้อยละ 74.90 ไม่เห็นด้วยที่จะยกเลิกเบี้ยเลี้ยง และสวัสดิการอื่นๆ แม้รัฐจะยอมยกที่ดินให้เป็นกรรมสิทธิ์ โดยร้อยละ 88.06 ขออยู่ในนิคมเหมือนเดิม โดยยินยอมจ่ายค่าสาธารณูปโภคเอง โดยร้อยละ 83.33 เห็นควรแยกมิเตอร์น้ำและไฟฟ้าให้เป็นแต่ละหลังคาเรือน

### ข้อเสนอแนะ

1. จากข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่สะท้อนแนวโน้มผู้ป่วยในนิคมยังไม่อยากโอนภารกิจนิคมให้แก่ อบต. เพื่อเป็นหมู่บ้านที่ 10, 11 เหมือนชุมชนปกติ เพราะยังเกรงการไม่ยอมรับและการได้รับความช่วยเหลือจาก อบต. เหมือนที่เคยได้รับ รวมทั้งยังไม่เข้าใจบทบาท อบต. อย่างชัดเจน จึงควรเร่งรัดรณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสมาชิกนิคม ขณะเดียวกันก็ต้องเร่งรัดรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เรื่องโรคเรื้อน และสภาพผู้ป่วยในนิคมที่หายปกติจากการแพร่โรคแล้วแต่มีความพิการและชราภาพแก่ประชาชนและบุคลากรและกรรมการ อบต. เองด้วย เพื่อเตรียมการสร้างความเข้าใจที่ดีและการยอมรับซึ่งกันและกัน ก่อนจะพิจารณาโอนมอบภารกิจนิคมให้แก่ อบต. ต่อไป

2. ควรสำรวจข้อมูลประชากรในนิคมอย่างละเอียดถูกต้องและเป็นปัจจุบันที่สุดทั้งผู้ป่วย บุตร และผู้อาศัย เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนเตรียมการจัดสรรที่ดินให้เหมาะสมถูกต้องเมื่อมีการโอนภารกิจให้ อบต. ต่อไป

3. ควรเร่งแยกมิเตอร์น้ำและไฟฟ้ารายบ้านให้เรียบร้อยและเปลี่ยนวิธีคิดค่าน้ำ ไฟฟ้าแยกเก็บตามบ้านในอัตราก้าวหน้า เพื่อสร้างนิสัยความเคยชินในการรับภาระของผู้ป่วย เพื่อไม่ก่อปัญหาหลังมีการโอนภารกิจให้ อบต.

4. ควรศึกษาความคิดเห็นผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่นิคม รวมทั้งประชากรในหมู่บ้าน หมู่ 10, 11 รอบนิคม และบุคลากร และกรรมการ อบต. รวมทั้งมิติทางด้านสังคม เพื่อนำผลการวิจัยทั้ง 4

กลุ่มมาประมวลสรุปปัจจัยข้อดีข้อเสีย การยอมรับและไม่ยอมรับการโอนภารกิจนิคมให้ อบต. และเตรียมการเสริมปัจจัยข้อดี และการยอมรับ ขณะเดียวกันก็เตรียมการแก้ไขปัจจัยข้อเสีย และการไม่ยอมรับของแต่ละกลุ่มเพื่อวางกลวิธีและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. กรมธนารักษ์ กรมควบคุมโรค ฯลฯ กำหนดแผนปฏิบัติการ และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจนิคมในสนมบูรณ ให้แก่ อบต. ในสนมบูรณอย่างเหมาะสม สอดคล้อง และได้รับการยอมรับจากทั้ง 4 กลุ่มที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์วีระศักดิ์ ขายยา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บัวพันธ์ พรหมทักทิง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และ ดร.ประจักษ์ บัวผัน และอาจารย์สุชัย บุตรสาระ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้นำข้อมูลบางส่วนมาจัดเสนอแยกในวารสารฉบับนี้ในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยเจ้าหน้าที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น (เดิม) ในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณสมาชิกนิคมในสนมบูรณในความร่วมมือนอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามอย่างดียิ่ง

### เอกสารอ้างอิง

1. วีระ รามสูต. ปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อน. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ 2525; 3 : 61-81.
2. วีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์; 2535
3. จรูญ ปิระยะวราภรณ์. วิวัฒนาการงานควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย. ใน : กรมควบคุมโรคติดต่อ, รายงานครบรอบ 15 ปี กรมควบคุมโรค



- ติดต่อ. กรุงเทพฯ : 2532. น. 306-11.
4. Ramasoota T, Rungruang S, Sampatavari S, Rasamiprapa K, Kongsoebchart K and Sampoonachot P. Preliminary study on dapsone resistance in Thailand . Journal of Public Health 1983; 2:115-7
  5. อีระ รามสูต. 40 ปีของการบุกเบิกพัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2540
  6. อีระ รามสูต. ความก้าวหน้าและข้อควรปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาเคมีบำบัดโรคเรื้อนผสมแบบใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก. แพทยสภาสาร 2530; 10:5-13.
  7. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น กรมควบคุมโรคติดต่อ. รายงานนิคมโนนสมบูรณ์ฉบับเดือนมิถุนายน; 2545. (เอกสารอัดสำเนา)
  8. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น. รายงานประจำปี 2544. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2545.
  9. สมวงศ์ วอนแสง. การสังเคราะห์วิเคราะห์ แนวคิด การปฏิบัติและแนวทางที่จะนำมาประยุกต์ในการสังเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน. 2522. (เอกสารอัดสำเนา)
  10. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น. โครงการส่งเสริมอาชีพผู้ป่วยโรคเรื้อน นิคมโนนสมบูรณ์. (เอกสารอัดสำเนา)
  11. สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. รัฐธรรมนูญกับการกระจายอำนาจ. (social online) 20/62545. Available from: URL: <http://www.moph.go.th/oddh/baroda 41. jpg>.
  12. สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ. การศึกษาเพื่อวิเคราะห์นโยบายและพัฒนาแนวทางการกระจายอำนาจการบริหารสาธารณสุขสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ม.ป.พ.); 2540.
  13. กรมควบคุมโรคติดต่อ. แนวทางการฟื้นฟูสภาพและสังเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถานโรคเรื้อน. นนทบุรี: (ม.ป.ป.); 2545.
  14. Likert Rensis. The human organization: its management and value. New York : Mc Graw-Hill; 1987.
  15. Bloom Benjamin s. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: Mc Graw-Hill; 1971.
  16. เฉลียว ตามสิทธิ์. บทบาททางการบริหารของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านการสาธารณสุข: ศึกษากรณีการถ่ายโอนธนาคารน้ำในจังหวัดบุรีรัมย์. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
  17. พันธุ์ทิพย์ รามสูต. สัจพยากรณ์ : งานสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษหน้า. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2540.

งานวิจัยเชิงนโยบายและการจัดการเพื่อเตรียมการถ่ายโอนภารกิจนิคมโรคเรื้อนในสมบูรณวิสาหกิจการบริหารส่วนตำบล (อบต.) ตามนโยบายและแผนปฏิบัติการกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งจะต้องดำเนินการดังกล่าวภายในปี 2546 นับว่าเป็นงานวิจัยระบบสาธารณสุขที่มีคุณค่าประโยชน์ต่อนิคมโรคเรื้อนต่าง ๆ ทั้ง 14 นิคม ในการเตรียมความพร้อมด้วยการศึกษาความคิดเห็นและปัจจัยต่าง ๆ ของผู้เกี่ยวข้องแบบมีส่วนร่วมเพื่อประกอบการพิจารณาขั้นตอนและวิธีถ่ายโอนภารกิจที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความคิดเห็นของทุกฝ่าย อาทิ ผู้ป่วยโรคเรื้อนและเจ้าหน้าที่นิคม ประชาชน และผู้นำท้องถิ่น รวมทั้งกรรมการและสมาชิก อบต. ในสมบูรณฯลฯ ต่อไป ข้อมูลที่ได้จึงมีคุณค่าในการนำไปกำหนดแผนกลยุทธ์ด้านต่าง ๆ และแผนปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ และบูรณาการด้วยการยอมรับ และมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย กลยุทธ์ที่สำคัญที่ควรจะต้องเร่งดำเนินการคือ การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งประชาชน และผู้นำท้องถิ่น การใช้เทคนิคของการวางแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และการใช้กระบวนการทางสังคม และการสื่อสารอื่น ๆ ที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพนับว่าเป็นสิ่งจำเป็น และริบส่วนที่จะต้องดำเนินการควบคู่กันไปกับการวางแผนจัดระบบบริหารจัดการนิคมเพื่อถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบต. ต่อไป

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต  
บรรณาธิการ

## การศึกษาปัจจัยการมารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคเรื้อน ชนิดเชื้อมาก ณ สถาบันราชประชาสมาสัย

### Factor Contributing to Delay in Diagnosis among Multibacillary Leprosy Patients at Raj Pracha Samasai Institute

วิจิตรา ธารีสุวรรณ วท.ม. (สุขศึกษา)

Vijitra Thareesuwon, M.Sc. (Health Education)

ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ กศ.ม. (สุขศึกษา), สม.

Silatham Sermrittirong, M.Ed.(Health Ed.), MPH

สถาบันราชประชาสมาสัย

Raj Pracha Samasai Institute,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

#### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยในการมารับการตรวจรักษา  
ล่าช้าของผู้ป่วยโรคเรื้อน และศึกษารูปแบบการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน กลุ่มประชากร  
ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (MB) ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ  
สถาบันราชประชาสมาสัย (ส่วนพระประแดง) จำนวน 15 ราย ซึ่งคัดเลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง  
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์  
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาล่าช้าได้แก่อาการเริ่มแรก  
ของโรคที่ไม่ชัดเจน การขาดความตระหนักในอาการผิดปกติเริ่มแรกของโรค การวินิจฉัยโรคผิดของ  
เจ้าหน้าที่ การไม่ยอมรับความจริงว่าตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อน การไปรับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง  
และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยออกมารับการรักษาที่ถูกต้องได้แก่ อาการที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น ความพิการ  
อาการเห่อ และภาวะเส้นประสาทอักเสบ ส่วนรูปแบบของการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน  
พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีขั้นตอนในการแสวงหาการรักษาหลายขั้นตอน และใช้ระยะเวลามากกว่า  
6 เดือน -5 ปี จึงจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง

#### Abstract

This exploratory research aimed at identifying factors that influenced the delay in  
diagnosis and to identify the pattern of health care seeking behaviors among leprosy  
patients. Purposive sampling method was used to select studied population. They were 15

multibacillary patients who visited out-patient department of Raj Pracha Samasai Institute, Samutprakarn. Data collecting tool was semi-structured interview guideline. Content analysis and percentage were used to analyze data.

The results showed that factors contributing to the delay in diagnosis were indefinite signs/symptoms, unawareness of early signs/symptoms, misdiagnosis of health providers, denials of infection, and improper treatment. Factors forcing patients to seek for MDT treatment were increase in disease severity, disabilities, reactions and neuritis. Regarding the pattern of health care seeking behavior, it has been found that most of the patients spent more than 6 months to 5 years in seeking treatment, which consisted of different stages.

## 1. บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยสามารถควบคุมโรคเรื้อน ได้จนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข โดยมีอัตราความชุกโรคต่ำกว่า 1/10,000 ประชากรตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก จากรายงานสถานการณ์โรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย พบว่าในปี 2545 มีผู้ป่วยโรคเรื้อนในทะเบียนรักษาทั่วประเทศ 1,905 ราย โดยมีอัตราความชุก 0.31/10,000 ประชากร เป็นผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก 1,532 ราย (80.42 %) และชนิดเชื่อน้อย 373 ราย (19.87 %) ถึงแม้การควบคุมโรคเรื้อนจะได้ผลดีแต่กลับพบว่าในด้านความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ยังคงสูงถึงร้อยละ 14<sup>(1,2)</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจพบล่าช้า ทั้งนี้ในพื้นที่ที่มีอัตราความชุกโรคต่ำ มักจะพบปัญหาการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อนล่าช้า เนื่องจากประชาชนขาดความตระหนักเกี่ยวกับโรคเรื้อน เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์และทักษะในการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อน และความสำคัญของปัญหาลดลงทำให้ผู้เกี่ยวข้องให้ความสนใจโรคเรื้อนน้อยลง

การตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อนตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรค และรีบให้การรักษาอย่างครบถ้วนเพียงพอ เป็นกิจกรรมหลักในการควบคุมโรคเรื้อนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการรักษาลดลง

และสามารถลดการแพร่โรคในชุมชนเพราะผู้ป่วยได้รับการรักษา ก่อนเข้าสู่ระยะติดต่อของโรค รวมทั้งช่วยลดปัญหาความพิการที่อาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับผลกระทบจากสังคม

จากการศึกษาของ Reddy และคณะในประเทศไนจีเรียพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนใช้เวลาในการแสวงหาการรักษาประมาณ 1-5 ปี โดยครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาถึง 4 ปี หรือมากกว่านั้น เนื่องจากไปใช้บริการการแพทย์พื้นบ้าน ขาดความสนใจสุขภาพตนเอง บริการสาธารณสุขไม่เพียงพอ และมีความเชื่อว่าโรคจะหายได้เอง<sup>(3)</sup> ส่วน Van de Weg และคณะ ได้ทำการศึกษาในประเทศไนจีเรียเช่นกัน และพบว่าคำแนะนำของผู้นำชาวบ้านและการวินิจฉัยผิดของเจ้าหน้าที่เป็นเหตุผลหลักของความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน<sup>(4)</sup> นอกจากนี้ Bekri และคณะ ได้ศึกษาความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับโรคเรื้อนในประเทศเอธิโอเปียพบว่าประชาชนมีความตระหนักในการรักษาโรคเรื้อนแผนใหม่น้อย ตราบาป และอิทธิพลของแพทย์พื้นบ้าน หรือผู้นำชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษา<sup>(5)</sup>

การศึกษาปัจจัยการมารับการตรวจรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก ณ สถาบันราชประชาสมาสัย จะทำให้ทราบข้อมูลที่สามารถ

นำมาใช้ในการดำเนินงานเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการเริ่มแรกของโรคที่อยู่ในชุมชน รีบออกมารับการตรวจรักษาก่อนปรากฏความพิการรวมทั้งลดระยะเวลาในการรักษา และป้องกันการแพร่โรคไปสู่บุคคลอื่นต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยในการมารับการตรวจรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษารูปแบบการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

## 3. วิธีการศึกษา

รูปแบบของการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิด MB ที่อยู่ในทะเบียนรักษา ของสถาบันราชประชาสมาสัย โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คัดเลือกจากกลุ่มประชากร โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 15 ราย ซึ่งการคัดเลือกครั้งนี้ได้กำหนดลักษณะกลุ่มประชากรที่ศึกษาไว้ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่มารับการตรวจรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย (ส่วนพระประแดง) ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2547

2. เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ หรืออยู่ระหว่างการรักษาไม่เกิน 3 ปี หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฝ้าระวัง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้น และเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ณ สถาบันราชประชาสมาสัย (ส่วนพระประแดง) จังหวัดสมุทรปราการ แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

## นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึงผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังและอยู่ในระหว่างการรักษา ด้วยยาผสมระยะสั้น (multidrug therapy : MDT) ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และอยู่ระหว่างรักษาไม่เกิน 3 ปี หรืออยู่ในระยะเฝ้าระวัง

ผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก หมายถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยและจำแนกชนิดตามค่า bacteriological index (BI) จากการทำ slit skin smear ที่มีค่า BI บวก หรือมีจำนวนรอยโรคผิวหนังมากกว่า 5 แห่ง กระจาย 2 ข้างของร่างกาย ได้แก่ชนิด BT ที่ตรวจพบเชื้อ ชนิด BB, BL และ LL

การตรวจรักษาล่าช้า หมายถึงระยะเวลา นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแสดงของโรค จนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อรังอย่างถูกต้อง โดยมีระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

## 4. ผลการศึกษา

### 4.1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 เพศหญิง ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 33.33 รองลงมาเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 41-50 ปี และ 51-60 ปี ร้อยละ 20.0 เท่า ๆ กัน กลุ่มอายุต่ำกว่า 21 ปี ร้อยละ 13.33 ส่วนกลุ่มอายุ 31-40 ปี และมากกว่า 60 ปี มีกลุ่มละ 6.67 เท่า ๆ กัน และพบว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษามีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.67 โดย ร้อยละ 66.66 ประกอบอาชีพรับจ้าง และส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 60.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	9	60.0
หญิง	6	40.0
<b>อายุ</b>		
< 21 ปี	2	13.33
21-30 ปี	5	33.33
31-40 ปี	1	6.67
41-50 ปี	3	20.0
51-60 ปี	3	20.0
> 60 ปี	1	6.67
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	7	46.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	26.66
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	6.67
ปริญญาตรี	1	6.67
ไม่ได้ศึกษา	2	13.33
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการ	1	6.67
เกษตรกรรวม	1	6.67
รับจ้าง	8	66.66
แม่บ้าน	2	13.33
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	6.67
<b>ภูมิลำเนา</b>		
ภาคเหนือ	1	6.67
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4	26.66
ภาคกลาง	9	60.0
ภาคใต้	1	6.67

#### 4.2 ปัจจัยในการมารับการตรวจรักษา ลำตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

อาการผิดปกติเริ่มแรกในกลุ่มประชากรที่  
ศึกษารู้สึกว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง  
ส่วนใหญ่พบว่า มีวงขาว มีอาการชา ร้อยละ 33.34

รองลงมาพบว่าเป็นวงแดง ไม่ชา ร้อยละ 20.0  
และพบว่าเป็นวงขาวไม่ชา เป็นตุ่ม ผื่นแดง ไม่ชา  
หรือชาตามแขน ขา แต่ไม่มีรอยโรค ร้อยละ 13.33  
เท่า ๆ กัน โดยมีผู้ที่มีตุ่ม ผื่นแดงมีอาการชา ร้อยละ  
6.67 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อาการ และอาการแสดงเริ่มแรกของโรคที่พบ

	อาการผิดปกติ	จำนวน	ร้อยละ
วงขาว	ขา	5	33.3
	ไม่ขา	2	13.33
วงแดง	ขา	-	-
	ไม่ขา	3	20.0
ตุ่ม ผื่น	ขา	1	6.67
	ไม่ขา	2	13.33
ขาไม่มีรอยโรค		2	13.33
	รวม	15	100

อาการผิดปกติที่ทำให้กลุ่มประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่ เริ่มแสวงหาการรักษาได้แก่ ผื่นตุ่มแดง ร้อยละ 46.67 รองลงมาคืออาการวงขาวขา ร้อยละ 26.66 ถัดมาคือมีผื่นวงเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 13.33 และปวดขา บวมแดงที่ขา หรือมีผื่นแดงเรื้อรัง ร้อยละ 6.67 เท่า ๆ กัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อาการผิดปกติที่ทำให้เริ่มแสวงหาการรักษา

	อาการผิดปกติ	จำนวน	ร้อยละ
ปวดขา บวมแดงที่ขา		1	6.67
วงขาวขา		4	26.66
ผื่นแดงเรื้อรัง		1	6.67
ผื่น ตุ่มแดง		7	46.67
ผื่น วง เพิ่มจำนวน		2	13.33
	รวม	15	100

กลุ่มประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่แสวงหาการรักษาครั้งแรกเมื่อมีอาการผิดปกติ โดยไปใช้บริการที่คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 40.0 รองลงมาไปใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ 33.33 ใช้สมุนไพร ร้อยละ 20.0 และซื้อยาจากร้านขายยามาใช้เอง ร้อยละ 6.67 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การรักษาครั้งแรกเมื่อมีอาการผิดปกติ

	การรักษาครั้งแรก	จำนวน	ร้อยละ
ใช้สมุนไพร		3	20.0
คลินิก/โรงพยาบาล		6	40.0
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ		5	33.33
ร้านขายยา		1	6.67
	รวม	15	100

กลุ่มประชากรที่ศึกษา มีระยะเวลาตั้งแต่มี  
อาการเริ่มแรกของโรคจนถึงได้รับการรักษาโรคเรื้อน  
อย่างถูกต้อง ระหว่าง 1 เดือน - 21 ปี โดยพบว่า

กลุ่มประชากรที่ศึกษาไม่ทำอะไรเลยเมื่อเห็นอาการ  
เริ่มแรกของโรค และการได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง  
เป็นระยะเวลานาน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการจนถึงได้รับการรักษาโรคเรื้อน

รายที่	ระยะเวลา		รวมระยะเวลา
	ไม่ทำอะไร	เริ่มแสวงหาการรักษา-ได้รับการรักษาโรคเรื้อน	
1	1 วัน	1 เดือน	1 เดือน 1 วัน
2	-	3 เดือน	3 เดือน
3	3 เดือน	-	3 เดือน
4	1 เดือน	8 เดือน 3 สัปดาห์	9 เดือน 3 สัปดาห์
5	-	1 ปี 3 เดือน	1 ปี 3 เดือน
6	6 เดือน	1 ปี 6 เดือน 1 สัปดาห์	2 ปี 1 สัปดาห์
7	2 ปี	2 เดือน	2 ปี 2 เดือน
8	1 ปี 3 เดือน	1 ปี 5 เดือน	2 ปี 8 เดือน
9	10 เดือน	2 ปี 8 เดือน	3 ปี 6 เดือน
10	2 ปี	2 ปี 1 เดือน	4 ปี 1 เดือน
11	8 เดือน	6 ปี	6 ปี 8 เดือน
12	3 วัน	6 ปี 11 เดือน	6 ปี 11 เดือน 3 วัน
13	9 ปี	1 สัปดาห์	9 ปี 1 สัปดาห์
14	19 ปี	-	19 ปี
15	21 ปี	3 สัปดาห์	21 ปี 3 สัปดาห์

กลุ่มประชากรที่ศึกษา มีระยะเวลาล่าช้า  
ตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัย  
และรักษาโรคเรื้อนอย่างถูกต้อง มากกว่า 6 เดือน -  
5 ปี เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมา

มากกว่า 5 ปี-10 ปี และไม่เกิน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ  
20.0 เท่ากัน โดยร้อยละ 13.33 มีระยะเวลามากกว่า  
10 ปี ขึ้นไป ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระยะเวลาล่าช้าตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการจนถึงได้รับการรักษาโรคเรื้อน

ระยะเวลา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เกิน 6 เดือน	3	20.0
> 6 เดือน - 5 ปี	7	46.67
> 5 ปี - 10 ปี	3	20.0
> 10 ปี	2	13.33
รวม	15	100



กลุ่มประชากรที่ศึกษามาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อมีอาการดังนี้ ร้อยละ 66.67 ไม่มีความพิการปรากฏ ร้อยละ 20.0 มีความพิการระดับ 1 คือมีอาการชาแต่ไม่มีความพิการที่มองเห็นได้ และร้อยละ 13.33 มีความพิการระดับ 2 กล่าวคือมีความพิการที่ปรากฏแก่สายตาแล้ว ในด้านอาการเห่อ (reaction) พบว่าร้อยละ 53.33 มีภาวะโรคเห่อเกิดขึ้นเมื่อมาพบแพทย์ โดยร้อยละ 40.0 มีอาการเห่อชนิด ENL (erythema

nodosum leprosum) คือมีตุ่มกดเจ็บมีไข้ และร้อยละ 13.33 มีอาการเห่อชนิด RR (reversal reaction) คือมีผื่น แฉกบวมแดงร้อน มีไข้ โดยร้อยละ 46.67 ไม่มีภาวะโรคเห่อ และพบว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษามีภาวะเส้นประสาทอักเสบ ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความพิการเมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก ร้อยละ 60.0 และไม่มีภาวะเส้นประสาทอักเสบร้อยละ 40 ดังตารางที่ 7

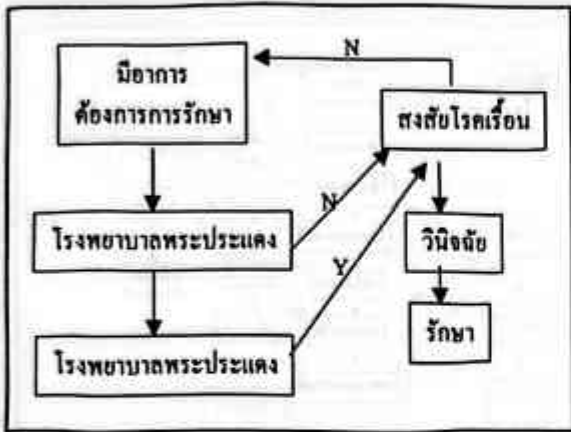
ตารางที่ 7 อาการเมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรกที่ได้รับการรักษา

ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความพิการ</b>		
ระดับ 0	10	66.67
ระดับ 1	3	20.0
ระดับ 2	2	13.33
<b>อาการเห่อ</b>		
ชนิด RR	2	13.33
ชนิด ENL	6	40.0
ไม่เห่อ	7	46.67
<b>ภาวะเส้นประสาทอักเสบ</b>		
มี	9	60.0
ไม่มี	6	40.0

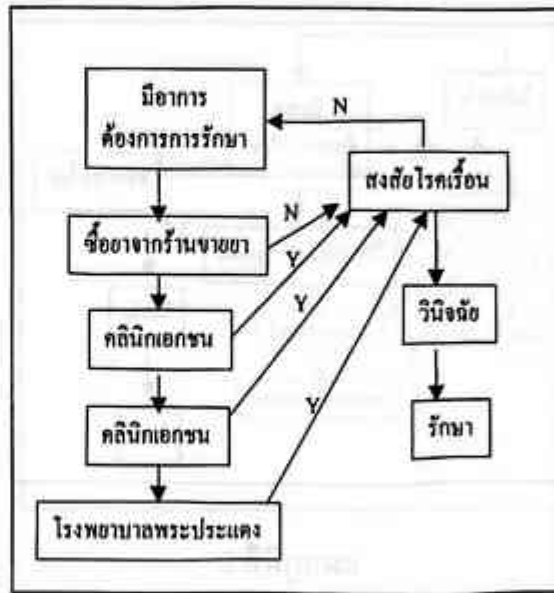
4.3 รูปแบบการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการแสวงหา

การรักษาของกลุ่มประชากรที่ศึกษามีรูปแบบที่คล้ายกัน ดังแผนภูมิต่อไปนี้

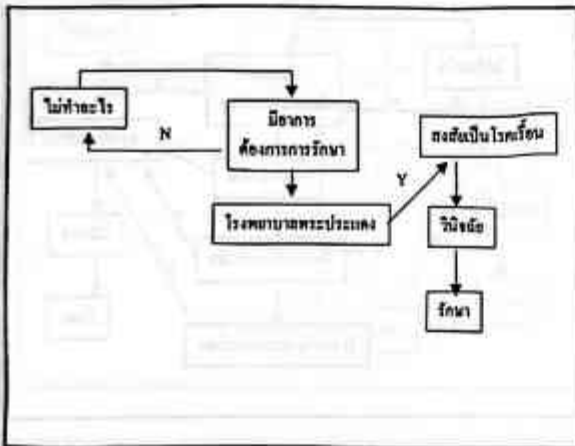
แผนภูมิที่ 1



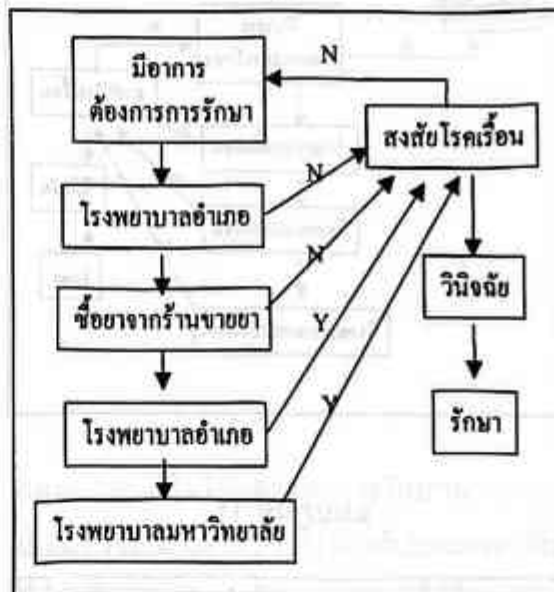
แผนภูมิที่ 2



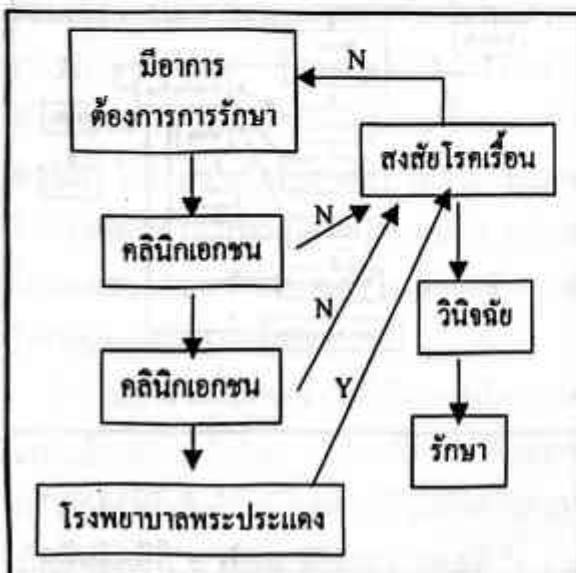
แผนภูมิที่ 3



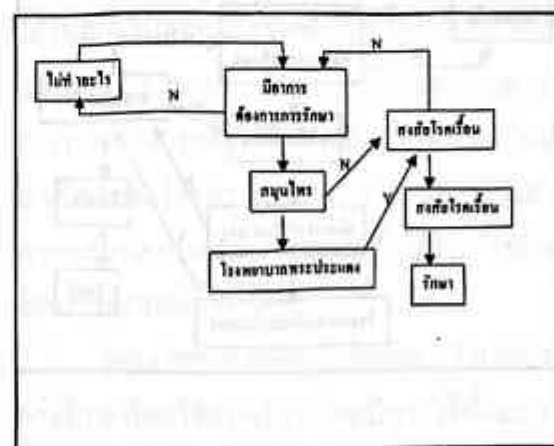
แผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 5

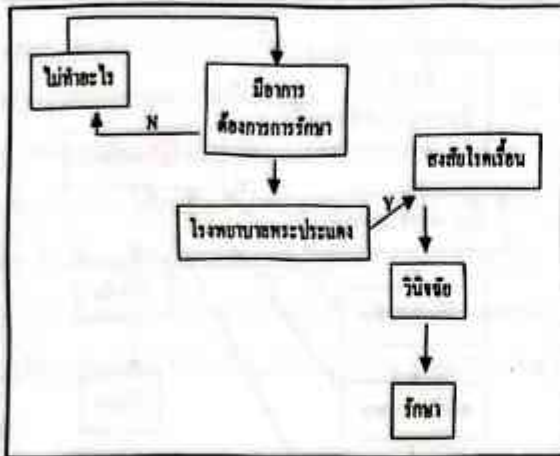


แผนภูมิที่ 6

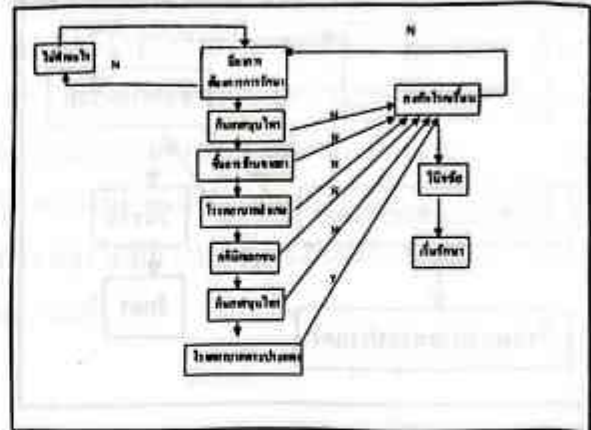


Y = วินิจฉัยถูก  
N = วินิจฉัยผิด

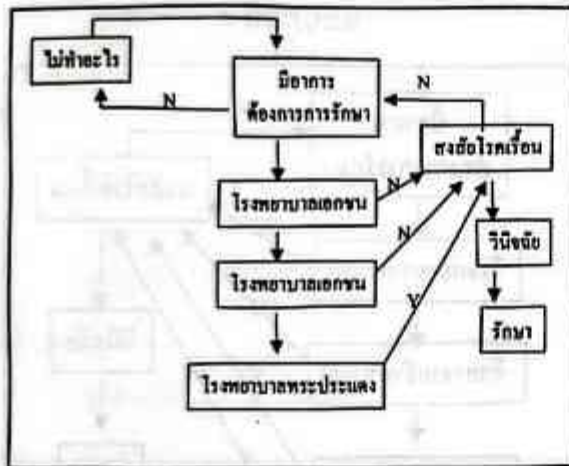
แผนภูมิที่ 7



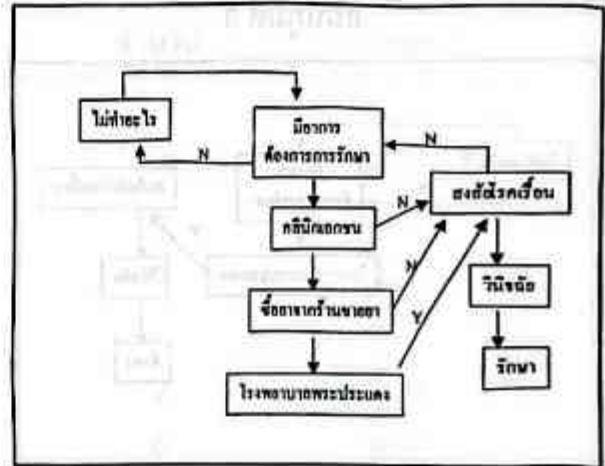
แผนภูมิที่ 8



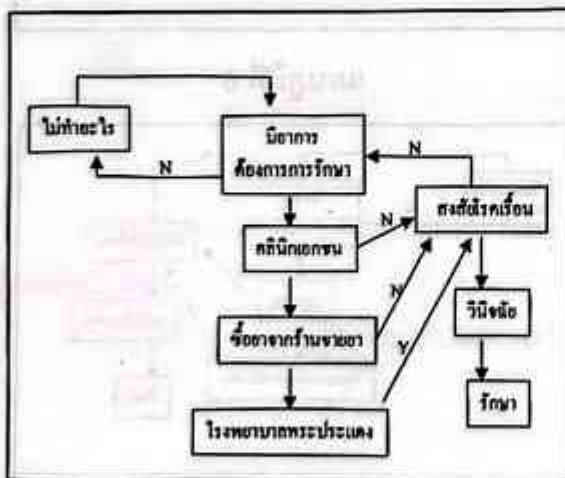
แผนภูมิที่ 9



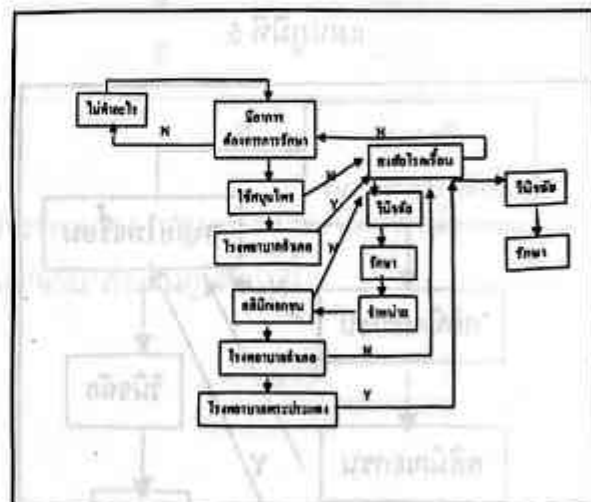
แผนภูมิที่ 10



แผนภูมิที่ 11

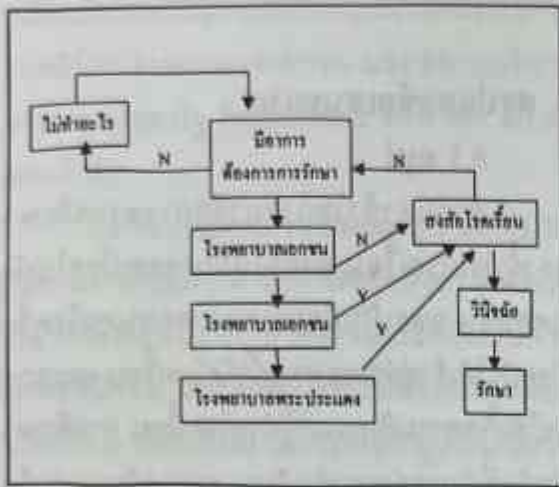


แผนภูมิที่ 12

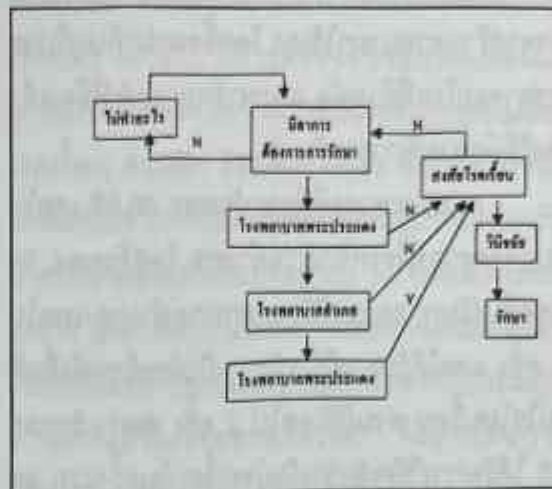


Y = วินิจฉัยถูก  
N = วินิจฉัยผิด

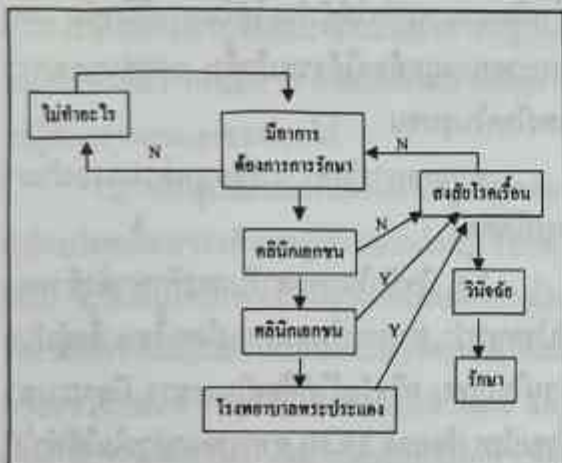
แผนภูมิที่ 13



แผนภูมิที่ 14



แผนภูมิที่ 15



Y = วินิจฉัยถูกต้อง  
N = วินิจฉัยผิด

จากรูปแบบการแสวงหาการรักษาของกลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่า เมื่อมีอาการเริ่มแรกของโรคแล้ว ส่วนใหญ่จะมีการปฏิบัติตัวคล้ายกันคือ ระยะเวลาจะไม่ทำอะไร และหลังจากนั้นจะแสวงหาการรักษา โดยจะมีการใช้บริการการรักษาในลักษณะเดียวกันโดย กินยาสมุนไพร ซื้อยาจากร้านขายยา ไปหาหมอมือที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ไปโรงพยาบาลของรัฐได้แก่ โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และโรงพยาบาลพระประแดง

นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อมีอาการเริ่มแรกของโรคแล้ว มีเพียงร้อยละ 13.33 (2 ราย) ที่แสวงหาการรักษาทันที ส่วนผู้ที่ปล่อยให้ไม่ได้แสวงหาการรักษาไม่เกิน 6 เดือน มีร้อยละ 26.67 (4 ราย)

และปล่อยให้ไม่ได้แสวงหาการรักษามากกว่า 6 เดือน มีร้อยละ 60.0 (9 ราย) สำหรับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มแสวงหาการรักษาจนกระทั่งได้รับการรักษาโรคเรื้อน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 13.33 (2 ราย) ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนทันที ร้อยละ 33.33 (5 ราย) มีระยะเวลาในการแสวงหาการรักษาจนกระทั่งได้รับการรักษาโรคเรื้อน ไม่เกิน 6 เดือน และร้อยละ 53.33 (8 ราย) มีระยะเวลาในการแสวงหาการรักษาจนกระทั่งได้รับการรักษาโรคเรื้อนมากกว่า 6 เดือน

กลุ่มประชากรที่ศึกษา ร้อยละ 20.0 แสวงหาการรักษาโดยใช้สมุนไพร โดยมีการใช้ทั้งแบบกินและแบบทา โดยร้อยละ 66.67 ของผู้ที่ใช้สมุนไพรได้รับคำแนะนำจากแม่ และร้อยละ 33.33 ได้รับ

คำแนะนำจากเพื่อน

กลุ่มประชากรที่ศึกษาร้อยละ 20.0 เคยซื้อยาจากร้านขายยามาใช้เอง โดยซื้อยามากินแก้ปวดยาทารอยโรคที่ผิวหนัง และยารักษาแผลที่มีเชื้อ-เท้าในผู้ที่มีความพิการระดับ 2

กลุ่มประชากรที่ศึกษาร้อยละ 26.67 เคยไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลอำเภอ โดยร้อยละ 50 ของผู้ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลอำเภอ เคยไป 1 ครั้ง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคผิวหนังอื่นที่ไม่ใช่โรคเรื้อรัง ส่วนผู้ที่เคยไป 2 ครั้ง พบว่า ร้อยละ 25 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังในครั้งแรก แต่จำแนกชนิดของโรคไม่ถูก จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบตามหลักเกณฑ์ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยกลับเป็นโรคใหม่ และมีการวินิจฉัยโรคผิดในครั้งหลังด้วยคิดว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาครบ และจำหน่ายหายจากโรคแล้ว ส่วนอีกร้อยละ 25 ได้รับการวินิจฉัยผิดในครั้งแรกว่าเป็นโรคผิวหนังอื่น และได้รับการวินิจฉัยถูกในการไปตรวจครั้งหลัง

กลุ่มประชากรที่ศึกษา ร้อยละ 60.0 (9 ราย) เคยไปรับการตรวจที่คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน โดยร้อยละ 44.44 (4 ราย) ของผู้ที่ไปตรวจที่คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน เคยไปตรวจ 1 ครั้ง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคผิวหนังอื่น เป็นผื่นแพ้ และโรคประสาท ส่วนผู้ที่เคยไปคลินิก/โรงพยาบาลเอกชนมากกว่า 1 ครั้ง ในสถานพยาบาลเดิม แต่ได้รับการวินิจฉัยผิด มีร้อยละ 22.22 (2 ราย) ส่วนอีกร้อยละ 22.22 (2 ราย) ได้รับการวินิจฉัยผิดในครั้งแรกของการตรวจ และได้รับการวินิจฉัยถูกในครั้งหลังที่ไปรับการตรวจ นอกจากนี้ก็ ร้อยละ 11.11 (1 ราย) ไปตรวจในคลินิกมากกว่า 1 แห่ง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังทุกแห่ง

กลุ่มประชากรที่ศึกษา ร้อยละ 86.67 (13 ราย) ที่มาตรวจรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย (ส่วนพระประแดง) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังในครั้งแรกที่มารับการตรวจรักษา ส่วนอีกร้อยละ 13.33 (2 ราย) ของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้รับการ

วินิจฉัยว่าเป็นโรคผิวหนังอื่น และผื่นแพ้ก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อรังในภายหลัง

## 5. สรุปและข้อเสนอแนะ

### 5.1 สรุป

ความล่าช้าในการมารับการตรวจรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้มีการแพร่โรคไปยังบุคคลอื่น และเป็นปัญหาต่อการควบคุมโรคซึ่งปัจจุบันได้เข้าสู่ช่วงของการกำจัดโรคเรื้อรัง และอาจก่อให้เกิดความพิการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับการตรวจรักษาล่าช้า และนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยน แก้ไข พัฒนาการดำเนินงาน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และรักษาอย่างถูกต้องได้รวดเร็วขึ้น และช่วยลดการแพร่โรคในชุมชน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาสรุปได้ดังนี้

1.1 ปัจจัยในการมารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยพบว่า อาการเริ่มแรกของโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่พบ หรือรับรู้ได้คือเป็นวงขาว มีอาการชาที่รอยโรค (ร้อยละ 33.34) อาการดังกล่าวไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด หรือรำคาญ ทำให้รู้สึกว่าการที่เกิดขึ้นนั้นไม่มีความรุนแรง หรือไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง จึงทำให้ขาดความตระหนักไม่นึกถึงโรคเรื้อรัง และไม่สนใจที่จะดูแลรักษาลักษณะอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อรังจะสังเกตได้ยาก จากความไม่ชัดเจนของโรค และคล้ายกับโรคอื่นจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเข้าใจผิดได้<sup>(6)</sup> อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางคนอาจไม่ยอมรับความจริงว่าเป็นโรคเรื้อรังโดยพบว่า 7 คน (ร้อยละ 46.67) มีประสบการณ์ในเรื่องโรคเรื้อรังมาก่อนโดยมีญาติ หรือคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคเรื้อรังมาก่อน ทั้งนี้อาจเนื่องจากความกลัวถูกสังคมรังเกียจ และพบว่าผู้ป่วยจะแสวงหาการรักษาเมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้น โดยร้อยละ 46.67 มีอาการเป็นผื่น ตุ่ม นูนแดง ซึ่งเป็นระยะติดต่อของโรคจึงเริ่มแสวงหาการรักษาโดยร้อยละ 60.0

เริ่มแสวงหาการรักษาเมื่อมีอาการมาแล้วมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกที่จะใช้บริการในคลินิก/โรงพยาบาลเอกชน และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 33.33 ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีความล่าช้าในการมารับการตรวจรักษา คือมีช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการจนกระทั่งได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคเรื้อนอย่างถูกต้องมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยจะเห็นว่าผู้ป่วยมาตรวจรักษาเมื่อมีความพิการเกิดขึ้นแล้ว ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 53.33 มีภาวะโรคเห่อ รวมทั้งร้อยละ 60 มีภาวะเส้นประสาทอักเสบ ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยทนไม่ไหวแล้ว หรือมีอาการชัดเจนจนง่ายต่อการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคได้

1.2 จากรูปแบบการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนจะเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.0 จะไม่สนใจรักษาเมื่อมีอาการเริ่มแรกของโรค เพราะคิดว่าไม่เป็นอะไรมากและอาจจะหายได้เอง หรือรอไว้ก่อนหากไม่ดีขึ้นจึงค่อยไปหาหมอ และพบว่ามีผู้ป่วยส่วนน้อยใช้สมุนไพรในการรักษาเพียงร้อยละ 20.0 ทั้งนี้พบว่า แม่และเพื่อนเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการใช้สมุนไพรในการรักษา ส่วนการซื้อยามาใช้เอง มีเพียงร้อยละ 20.0 โดยคิดว่าเป็นโรคปวดเมื่อย เป็นกลาก เกื้อน และเป็นแผลทั่วไป

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลอำเภอส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยไม่ถูกต้อง ทั้งมีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคเรื้อนและวินิจฉัยโรคเรื้อนได้ถูกต้องแต่จำแนกชนิดชนิดไม่ถูก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่เพียงพอ และต้องกลับมาได้รับการรักษาใหม่โดยมีอาการรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม และเกิดการแพร่โรคด้วย ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่นิยมไปรับการตรวจรักษาที่คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งอาจเป็นเพราะได้รับความสะดวกสบายในการให้บริการ แต่ก็พบว่า มีเพียงร้อยละ 22.22 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัย

โรคเรื้อนถูกต้อง ส่วนการตรวจรักษาของสถาบันราชประชาสมาสัย (ส่วนพระประแดง) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.67) มีการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อนได้ถูกต้องทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีประสบการณ์ในเรื่องโรคเรื้อน ส่วนอีก ร้อยละ 13.33 ที่มีการวินิจฉัยโรคผิดนั้นจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยเคยมารับการรักษาคั้งแรกเมื่อประมาณ 10 ปีที่แล้ว โดยมีวงขาว ไม่ชา มีอาการไม่ชัดเจนโดยอาจเป็นโรคเรื้อนระยะเริ่มแรก (indeterminate) ซึ่งหากผู้ป่วยมีภูมิต้านทานดีขึ้นก็จะหายได้เอง<sup>(7)</sup> จึงยากต่อการวินิจฉัย และผู้ได้รับการวินิจฉัยผิดอีกราย ให้ข้อมูลไม่ชัดเจนว่ากินอาหารทะเลทำให้เกิดผื่นบวมแดง และไม่เคยมีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยมีพ่อเคยเป็นโรคเรื้อน ทั้งนี้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องในเดือนถัดมา

## 2. ข้อเสนอแนะ

2.1 ประชาชน และผู้มีอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนมีความรู้ ความเข้าใจลักษณะอาการโรคเรื้อนน้อย โดยเฉพาะอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนทำให้ละเลย หรือขาดความตระหนักในการรีบไปรับการตรวจรักษา ดังนั้นจึงควรเร่งรัดกิจกรรมสุขศึกษาโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดโรค และให้สุขศึกษาในพื้นที่ที่ยังมีอัตราความชุกโรคสูงในระดับอำเภอ ทั้งนี้การจัดกิจกรรมการให้ความรู้โรคเรื้อนควรนำมาใช้เป็นกิจกรรมหลักในการกระตุ้นให้ผู้มีอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนรีบออกมารับการตรวจรักษา

2.2 เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนลดน้อยลง ความสำคัญของโรคจึงลดลง ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในชุมชนขาดประสบการณ์ในการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อน และมีการวินิจฉัยผิด ดังนั้นจึงควรมีการอบรมฟื้นฟูวิชาการโรคเรื้อนแก่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่ยังมีอัตราความชุกโรคสูงในระดับอำเภอ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ยังมีการแพร่โรคในชุมชน และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคควรมีการนิเทศสอนแนะเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ และเป็นพี่ปรึกษาในการตรวจ

ยืนยันผู้สงสัยเป็นโรคเรื้อนของโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งควรมีการสอนแนะเจ้าหน้าที่ในการซักประวัติ ผู้ป่วยในการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อน ซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้นด้วย

2.3 ควรเร่งรัดกิจกรรมการตรวจผู้สัมผัสโรค ร่วมบ้านซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคให้ได้ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์

2.4 รูปแบบการให้บริการสุขภาพในปัจจุบัน โดยเฉพาะสังคมเมือง นิยมใช้บริการที่คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน และในการตรวจสุขภาพประจำปี แก่แรงงานในโรงงาน และสถานประกอบการ รวมทั้งการให้การดูแลรักษาผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมโดย คลินิก โรงพยาบาลภาครัฐ และเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ดังนั้นจึงควรประสานงานกับแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชน/คลินิก โดยเฉพาะแผนกโรคผิวหนังของโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งการจัดฝึกอบรมแพทย์ที่ตรวจสุขภาพประจำปีแก่แรงงานในโรงงานและสถานประกอบการ ซึ่งผู้มีอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนมักไปใช้บริการ ทั้งนี้เพื่อให้มีการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง และผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยรวดเร็วยิ่งขึ้น

2.5 ควรมีการประเมินประสิทธิภาพระบบบริการโรคเรื้อนในชุมชน เพื่อพัฒนาการให้บริการแก่ผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป

2.6 การศึกษามีข้อจำกัดที่ขนาดตัวอย่างน้อย และเวลาจำกัด ทั้งนี้อาจดำเนินการศึกษาวิจัย โดยขยายผลให้มีขนาดตัวอย่าง และข้อมูลเพิ่มขึ้นในโอกาสต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการอบรมระดับปริญญาประยุกต์ เพื่อการป้องกันควบคุมโรค จัดโดยมูลนิธิสุชาติ เจตนเสน ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณมูลนิธิสุชาติ เจตนเสน และนายแพทย์ วรรณชิต ลิ้มปกาณจนารัตน์ ที่ได้ให้คำแนะนำในการศึกษาวิจัยทำให้การศึกษาสำเร็จด้วยดี และขอขอบ

พระคุณนายแพทย์ชัยวุฒิ บัณฑิต ผู้อำนวยการ สถาบันราชประชาสมาสัย ที่ได้สนับสนุนให้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรดังกล่าว

### เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย. สถานการณ์โรคเรื้อน ปีงบประมาณ 2545. นนทบุรี. (เอกสารจัดสำเนา)
2. World Health Organization. A guide to eliminating leprosy as a public health problem. WHO, 1995.
3. Reddy NB, Satpathy SK, Krishnan SA, Srinivasan T. Social aspects of leprosy: a case study in Zaria, north Nigeria. *Lepr Rev* 1985; 56: 23-5.
4. Van de Weg N, Post EB, Lucassen R et al. Explanatory models and help-seeking behaviour of leprosy patients in Adamawa state, Nigeria. *Lepr Rev* 1998; 69: 382-9.
5. Bekri W, Gebre S, Mengiste A, Saunderson PR, Zewge S. Delay in presentation and start of treatment in leprosy patients: a case-control study of disabled and non-disabled patients in three different settings in Ethiopia. *Int J Lepr* 1998; 66: 1-9.
6. Pfaltzgraff RE, Ramu G. Clinical leprosy. In: Hasting RC. *Leprosy*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1994.
7. สถาบันราชประชาสมาสัย. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา; 2546.

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความล่าช้าของการมารับการตรวจรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นนี้ ได้รับความสนใจ และวิจัยจากนักวิชาการในแวดวงที่เกี่ยวข้องในส่วนกลาง และภูมิภาคค่อนข้างมาก เพราะเป็นความพยายามร่วมกันที่จะศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การนำไปใช้ประโยชน์ในระดับปฏิบัติการเพื่อวางกลยุทธ์ และนวัตกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการกระตุ้น และสร้างความตระหนักให้ประชาชนผู้มีอาการสงสัยจะเป็นโรคเรื้อรัง หรือเคยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือเคยอยู่ในชุมชนที่เคยมีโรคเรื้อรังทุกชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติมีญาติเคยเป็นโรคเรื้อรัง ฯลฯ ได้ตื่นตัว และสนใจหมั่นดูแลสุขภาพผิวหนัง และตรวจหาอาการสงสัยจะเป็นโรคเรื้อรังด้วยตนเอง และรีบไปรับการตรวจรักษาที่สถานอนามัย โรงพยาบาล ฯลฯ ใกล้บ้าน หรือพบแพทย์โรคผิวหนังแต่เนิ่น ๆ ก่อนที่อาการโรคจะลุกลามกำเริบสู่ระยะติดต่อกัน และพิการ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุข ทั้งการแพร่โรคเรื้อรังแก่ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด และในชุมชน รวมทั้งปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจที่จะตามมา ปัญหาจึงอยู่ที่ผู้บริหาร แพทย์ และนักวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งในสถาบันราชประชาสมาสัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสถานอนามัย ฯลฯ สนใจติดตามอ่านความรู้จากการวิจัยต่าง ๆ ในวารสารนี้ หรืออื่น ๆ มากน้อยเพียงไร และนำความรู้ ผลการวิจัย และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหามาตรวจรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการจัดประชุม การเสวนา ฯลฯ เพื่อวางกลยุทธ์ แนวปฏิบัติใหม่ ฯลฯ มิฉะนั้นก็ไร้ประโยชน์ที่จะวิจัย และเผยแพร่ ดังนั้น การบริหารงานวิจัยและการบริหารจัดการความรู้ จึงเป็นสิ่งที่น่าตั้งคำถามว่าเราทราบและปฏิบัติกันหรือไม่ อย่างไร ?

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

บรรณาธิการ



# ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจเชื้อโรคเรื้อนโดยวิธีกรีดผิวหนัง และการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก

## Relationship between Presence of *M. leprae* in Skin Tissues from Slit Skin Smear and Skin Biopsies in 36 Multibacillary Leprosy Patients (MB)

ประภาพร สุภาพกุล ค.บ. (วิทยาศาสตร์ทั่วไป)  
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

Prapapom Suparpkul B. Ed.  
National Institute of Health  
Department of Medical Science

### บทคัดย่อ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์สอดคล้องระหว่างผลการตรวจหาการปรากฏของเชื้อโรคเรื้อน ที่รอยโรคผิวหนังจากการตรวจหาค่าดัชนีผลบวกเฉลี่ย ของการตรวจหาเชื้อจากวิธีกรีดผิวหนัง (bacterial index : BI) และจากการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาจากการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังในผู้ป่วยโรคเรื้อน ประเภทพบเชื้อมากรวม 36 ราย ที่ส่งมาตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (bacterial index of granuloma : BIG) ที่อาคารวิจัยเฉลิมพระเกียรติ ซากาคาวะอุทิส ผลพบว่ามีความสัมพันธ์สอดคล้องสูงของค่าดัชนี ผลบวกเฉลี่ยของผลการตรวจเชื้อจากค่า BI และ BIG ในผู้ป่วยชนิดเลโปรมาตัสที่ตรวจพบเชื้อมาก BI มีค่า 3 บวกขึ้นไป เนื่องจากมี diffused granulomatous infiltration ในชั้นหนังแท้ซึ่งมีการปรากฏของเชื้อโรคเรื้อนกระจายทั่วไป ขณะที่ในผู้ป่วยชนิดบอร์เดอร์ไลน์ที่ตรวจไม่พบเชื้อ หรือพบเชื่อน้อยด้วยค่า BI ต่ำกว่า 3 ไม่พบมีความสัมพันธ์สอดคล้องของ BI และ BIG ผลการวิจัยสะท้อนมาตรฐานที่ดีของทั้งการตรวจเชื้อโดยวิธีกรีดผิวหนัง การตัดชิ้นเนื้อผิวหนัง และการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

### ABSTRACT

The author conducted a comparative study between the value of bacterial index (BI.) from slit - skin smears and bacterial index of granuloma (BIG.) from histopathological examination of sections from skin biopsies performed from 36 multibacillary (MB) leprosy patients which were sent to the Sasakawa Research Building. Results revealed highly consistency rate of BI. and BIG. in lepromatous leprosy patients whose BI. were  $\geq 3$ . On the contrary, less and non-consistency were found among borderline leprosy patients whose BI. were negative or  $\leq 3$ . Overall results of the study indicated not only reason explained by presence of numerous numbers and generalized distribution of *M. leprae* in diffused

granulomatous infiltration in the dermis of biopsied skin from lepromatous patients, but also reflected high standard of techniques of performances of slit - skin smears, skin biopsies and histopathological examination.

**คำสำคัญ** : การตรวจเชื้อโรคเรื้อน วิธีกรีดผิวหนัง การตัดชิ้นเนื้อผิวหนัง ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก

**Key Words** : Bacteriological examination of *M. leprae*, Slit-skin smears, Skin biopsy, Multi-bacillary leprosy (MB) patients.

## คำนำ

ในการควบคุมโรคเรื้อนมุ่งใช้วิธีค้นหาผู้ป่วยให้พบแต่เนิ่น ๆ และให้ยาเคมีบำบัดรักษาเพื่อมุ่งหยุดยั้งการแพร่ติดต่อการติดเชื้อโรคเรื้อนและฆ่าทำลายเชื้อโรคเรื้อนที่มีชีวิตในร่างกายผู้ป่วยโรคเรื้อนผู้เป็นแหล่งแพร่โรคให้รวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบ แพร่ติดต่อโรคและพิการต่อไป<sup>(1)</sup> เชื้อโรคเรื้อนส่วนใหญ่พบมากในบริเวณผิวหนังที่เกิดรอยโรคเป็นแผ่น ตุ่ม และผื่นนูนแดงหนา และพบเชื้อมากในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดพบเชื้อมาก (multibacillary (MB) patients) อาทิ ชนิด borderline tuberculoid (BT), mid-borderline (BB), borderline - lepromatous (BL), sub-polar lepromatous (LLs) และ polar - lepromatous (LLp) ตามการจำแนกชนิดโรคเรื้อนแบบ Ridley and Jopling - classification<sup>(2)</sup> ที่ตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนในเนื้อเยื่อผิวหนังจากการตรวจ โดยวิธีกรีดร่องผิวหนัง (slit-skin smears)<sup>(1-2)</sup> โดยเชื้อโรคเรื้อนชอบอาศัยหลบซ่อนตัวในบริเวณร่างกาย เช่น Schwann cells, perineural cells, smooth muscle, เซลล์รอบผนังเส้นเลือด กล้ามเนื้อ erector pili ของผิวหนัง และกล้ามเนื้อ dartos ของอวัยวะชาย และบริเวณ granuloma ในผิวหนัง รวมทั้งพบส่วนน้อยมากในอวัยวะภายใน เช่น Kuffer cells ในตับ macrophages ในต่อมน้ำเหลือง ไชกระดูก และม้าม โดยเชื้อโรคเรื้อนสามารถ

หลบซ่อน และมีชีวิตอยู่ได้ในอวัยวะดังกล่าว แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างเพียงพอก็ตาม ทำให้เกิดเชื้อทนยา (persister) ซึ่งเป็นสาเหตุการกลับเป็นซ้ำใหม่ (relapse) ได้<sup>(3-6)</sup>

การตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนในเนื้อเยื่อผิวหนังที่เป็นรอยโรค โดยวิธีกรีดผิวหนัง (slit - skin smear) เพื่อหาดัชนีวัดผลการรักษา โดยใช้ผลการตรวจพบเชื้อบวกมากน้อย หรือ bacterial index : BI ใช้เป็นวิธีตรวจเพื่อสนับสนุนหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเรื้อนและแยกโรคเรื้อนชนิดเชื้อมากน้อย (paucibacillary (PB) leprosy) ซึ่งไม่พบเชื้อจากโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก (multibacillary (MB) leprosy) แต่ในรายที่แพทย์ หรือบุคลากรการแพทย์ การสาธารณสุข ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องการการยืนยันการวินิจฉัยโรคเรื้อน หรือจำแนกชนิดรวมทั้งประเมินผลการรักษาที่แน่นอน ก็นิยมตัดชิ้นเนื้อผิวหนัง (skin biopsy) เพื่อตรวจลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา และหาดัชนีวัดผลการรักษา โดยการตรวจพบเชื้อบวกมากน้อยใน granuloma หรือ bacterial index of granuloma : BIG.<sup>(1-7)</sup> แต่จากปัญหาในทางปฏิบัติ จากความหนาแน่นของเชื้อโรคเรื้อนในรอยโรคผิวหนัง จากการตัดชิ้นเนื้อผิวหนัง (skin biopsy) หรือ BIG. จะมากกว่าจากวิธีกรีดผิวหนัง (skin smears) หรือ ค่า B.I. โดยเฉพาะในผู้ป่วยชนิด PB<sup>(8-10)</sup>

จากความสำคัญของผลการตรวจเชื้อ

โรคเรื้อนพบมากน้อย โดยดัชนีวัดผลจาก B.I. จากการตรวจเชื้อโดยวิธีการตัดผิวหนัง และดัชนี BIG. จากการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังในผู้ป่วยชนิดเชื่องมาก (MB) แต่ละรายที่ส่งรายงานและการตัดชิ้นเนื้อมาตรวจทางจุลพยาธิวิทยาที่อาคารวิจัยเฉลิมพระเกียรติราชาคาเวออุทิศ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจเชื้อโรคเรื้อนจากการกรีดผิวหนัง และการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังของผู้ป่วยโรคเรื้อนแต่ละราย โดยเปรียบเทียบ จากค่า B.I. และ BIG. ต่อไป

### วิธีการศึกษา

วิเคราะห์ข้อมูลของค่า B.I. จากแบบฟอร์มรายงานการส่งชิ้นเนื้อผิวหนัง เพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (surgical pathological report) และค่า BIG. จากแบบฟอร์มรายงาน ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (pathological report) ของผู้ป่วยชนิดเชื่องมาก (MB) รวม 36 ราย ที่ส่ง

มาตรวจที่อาคารวิจัยเฉลิมพระเกียรติ ราชาคาเวออุทิศ โดยแบ่งประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดต่าง ๆ ตามการจำแนกชนิดแบบริดเลย์ และโจปลิง (Ridley and Jopling classification)<sup>(2)</sup> คือ

ชนิด Borderline - Tuberculoid (BT) 7 ราย เป็น ชาย 2 ราย หญิง 7 ราย

ชนิด Mid - Borderline (BB) 0 ราย

ชนิด Borderline Lepromatous (BL) 1 ราย เป็น ชาย 1 ราย

ชนิด Sub-Polar Lepromatous (LLs) 27 ราย เป็น ชาย 23 ราย หญิง 4 ราย

ชนิด Polar Lepromatous (LLp) 1 ราย เป็น หญิง 1 ราย

รวมเป็นผู้ป่วยเชื่องมาก (MB) รวม 36 ราย เป็น ชาย 29 ราย และหญิง 7 ราย

ผลการศึกษา ดังสรุปข้อมูลการวิเคราะห์ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 : ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีวัดผลการตรวจเชื้อโรคเรื้อน โดยวิธีการกรีดผิวหนัง กับดัชนีวัดผลการตรวจเชื้อโรคเรื้อน จาก granuloma จากการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื่องมาก (MB) 36 ราย

ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด	เพศ			ผลการตรวจเชื้อจากการกรีดร่อง (Bacterial Index : B.I.)				ผลการตรวจเชื้อจากการตัดชิ้นเนื้อผิวหนัง (Bacterial Index of Granuloma : BIG.)			
	ชาย	หญิง	รวม	0 # %	1-2 # %	3-5 # %	>5 # %	0 # %	1-2 # %	3-5 # %	>5 # %
BT	5	2	7	7 100	- -	- -	- -	- -	7 100	- -	- -
BB	-	-	-	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
BL	1	-	1	1 100	- -	- -	- -	- -	1 100	- -	- -
LLs	23	4	27	- -	3 11.11	20 74.07	4 14.81	- -	4 14.81	20 74.07	3 11.11
LLp	-	1	1	- -	- -	- -	1 100	- -	- -	- -	1 100
รวม	29	7	36	8 22.22	3 8.33	20 55.55	5 13.88	- -	12 33.33	20 55.55	4 11.11

## สรุปผลการศึกษาจากตารางที่ 1

1. ในผู้ป่วยชนิด BT 7 ราย ผลการตรวจเชื้อจากการกรีดร่อง โดยค่า B.I. และจากการตัดชิ้นเนื้อผิวหนัง โดยค่า BIG. มีความสัมพันธ์ที่ไม่สอดคล้องกัน (non-consistency) โดยที่ค่า B.I. ลบ ไม่พบเชื้อเลย (100%) แต่กลับพบ BIG. ค่าเฉลี่ย 1-2 ทั้ง 7 ราย (100%)

2. ในผู้ป่วยชนิด BL 1 ราย พบค่า B.I. เป็นลบ (0) ขณะที่ค่า BIG. พบบวกเฉลี่ย 1-2 จึงไม่มีความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกัน (non-consistency)

## 3. ในผู้ป่วยชนิด LLs 27 ราย

3.1 พบค่า B.I. เฉลี่ย 1-2 ร้อยละ 11.11 ขณะที่ค่า BIG. เฉลี่ย 1-2 พบร้อยละ 14.81 จึงมีความสัมพันธ์สอดคล้องกันปานกลาง (moderate consistency)

3.2 พบค่า B.I. เฉลี่ย 3-5 ร้อยละ 20.74 ขณะที่พบค่า BIG. เฉลี่ยร้อยละ 20.74 เท่ากัน แสดงว่ามีความสัมพันธ์สอดคล้องกันดีมาก (high consistency)

3.3 พบค่า B.I. เฉลี่ยเกิน 5 ร้อยละ 14.81 ขณะที่พบค่า BIG. เฉลี่ยร้อยละ 11.11 แสดงว่ามีความสัมพันธ์สอดคล้องกันปานกลาง (moderate consistency)

4. ในผู้ป่วยชนิด LLp 1 รายพบค่า B.I. เฉลี่ยเกิน 5 ร้อยละ 100 ขณะที่พบค่า BIG. เฉลี่ยเกิน 5 ร้อยละ 100 เช่นกัน แสดงว่ามีความสัมพันธ์สอดคล้องกันดีมาก (high consistency)

## วิจารณ์ผล

1. จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันระหว่างผลการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนจากการกรีดผิวหนัง (slit-skin smear) โดยใช้ดัชนีวัดผลบวกเฉลี่ย (bacterial index : B.I.) และผลการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนใน granuloma ในรอยโรคผิวหนัง จากการตัดชิ้นเนื้อ (skin biopsy) โดยใช้ดัชนีวัดผลบวกเฉลี่ย bacterial index of granuloma

: BIG. ในผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (multibacillary (MB) leprosy) พบความสัมพันธ์ที่สอดคล้องมาก (high consistency) ในผู้ป่วยชนิด sub-polar lepromatous : LLs) 20 ราย และในผู้ป่วยชนิด polar lepromatous : LLp 1 รายที่มีค่า B.I. และ BIG. บวกเฉลี่ย และความสัมพันธ์ที่สอดคล้องปานกลาง (moderate consistency) ในผู้ป่วยชนิด LLs ที่มีค่าเฉลี่ยของ B.I. และ BIG. 1-2 และค่าเฉลี่ยดังกล่าวเกิน 5 สะท้อนให้เห็นว่า ในผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (MB) ที่ผลการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนโดยวิธีกรีดผิวหนัง ให้ผลบวกสูงด้วยค่า B.I. และ BIG. เฉลี่ยสูง 3 ขึ้นไป เนื่องจากปริมาณเชื้อที่พบใน granuloma มีจำนวนมากและมีความหนาแน่นรวมทั้ง พบกระจายใน granuloma มาก เนื่องจากมีลักษณะของ diffused granulomatous infiltration ซึ่งกระจายครอบคลุมทั่วไปบริเวณหนังแท้ (dermis)<sup>(1,7)</sup> ดังนั้นโอกาสที่การใช้มีดกรีดบริเวณรอยโรคผิวหนังเพื่อชูด้านเนื้อ (tissue pulp) มาทำสเมียร์บนแผ่นสไลด์และย้อมสีทึบทรดย้อมตรวจพบเชื้อได้บวกจำนวนมาก สอดคล้องกับปริมาณเชื้อที่มีอยู่มากจริงใน granuloma แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับพื้นฐานที่เทคนิคการตรวจเชื้อโดยวิธีกรีดร่อง และการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังจะต้องถูกต้องได้มาตรฐานเพียงพอ โดยเฉพาะการกรีดผิวหนังจะต้องลึก 2 มม. ขึ้นไป และการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังจะต้องลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous layer) และตรงกับบริเวณที่เป็นรอยโรค รวมทั้งเทคนิคการย้อมสีทึบทรด (acid-fast staining) และวิธีตรวจนับจำนวนเชื้อโรคเรื้อนเพื่อคำนวณหาค่าเฉลี่ย B.I. และจะต้องถูกต้องตามมาตรฐานเช่นกัน ซึ่งในกรณีนี้สะท้อนถึงการตรวจหาเชื้อโดยวิธีกรีดผิวหนังและการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังของแพทย์ และบุคลากรการแพทย์ที่ส่งตรวจได้มาตรฐานที่ดี รวมทั้งการตัดชิ้นเนื้อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (section) และการย้อมเชื้อและอ่านผลของพยาธิแพทย์ของอาคารวิจัยเฉลิมพระเกียรติ ได้มาตรฐานที่ดีเช่นกัน

2. สำหรับความสัมพันธ์สอดคล้องปานกลาง (moderate consistency) ซึ่งพบในผลการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนจากผู้ป่วยประเภทเชื้อมากชนิด LLs ที่มีค่า B.I. และ BIG. เฉลี่ย 1-2 หรือต่ำกว่า 3 เนื่องจากปริมาณหรือจำนวนของเชื้อโรคเรื้อนใน granuloma มีไม่มากและกระจายไม่ทั่วถึงทุกส่วนของ granuloma เพราะ granuloma เองอาจไม่กระจายครอบคลุมทั่วไปบริเวณหนังแท้ (diffuse granulomatous infiltration) โดยพบเป็นหย่อมๆ รอบบริเวณเส้นประสาทและเส้นเลือด ต่อมเหงื่อ และต่อมไขมัน (Adnera structure) เป็นส่วนใหญ่<sup>(1,7)</sup>

3. ส่วนความสัมพันธ์ที่ไม่สอดคล้องกัน (non-consistency) ซึ่งพบในผู้ป่วยชนิด BT และ BL ซึ่งผลการตรวจเชื้อผิวหนังโดยวิธีกรีตผิวหนังตรวจไม่พบเชื้อและพบเชื้อจาก granuloma ด้วยค่า BIG. เฉลี่ยเพียง 1-2 หรือต่ำกว่า 3 เนื่องจากจำนวนและการกระจายของเชื้อใน granuloma มีน้อยดังกล่าวแล้ว ในข้อ 2 ซึ่งผลการศึกษาที่ยังพบเชื้อใน granuloma ของผู้ป่วย MB ที่รับยา MDT ครบ 2 ปีแล้ว ที่ผลการตรวจเชื้อผิวหนัง (skin smear) ไม่พบเชื้อ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาด้วย<sup>(11)</sup>

4. โดยสรุปผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่า ในผู้ป่วยประเภทเชื้อมากชนิด LLs และ LLP ซึ่งจากการตัดชิ้นเนื้อ (skin biopsy) พบมีลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของ granuloma ที่ครอบคลุมกระจายทั่วไปในชั้นหนังแท้ (diffused granulomatous infiltration) และการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนโดยวิธีกรีตผิวหนัง (skin smear) พบเชื้อบวกมากด้วยค่า B.I. เกิน 3 ขึ้นไป ผลของ B.I. และ BIG. จะสัมพันธ์สอดคล้องกันมากกว่า ในรายของโรคเรื้อนชนิด BT และ BL ที่ผลการตรวจหาเชื้อโดยวิธีกรีตผิวหนังไม่พบเชื้อซึ่งยังพบเชื้อใน granuloma ด้วยค่า BIG. เฉลี่ยต่ำ 1-2 และสรุปได้ว่าในการประเมินความระงัด และประสิทธิภาพหรือผลของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (MB) ในแง่การแพทย์หรือการวิจัยซึ่งมิใช่ในแง่สาธารณสุขที่มุ่งให้ยาเคมีบำบัด

ผสมจนครบ 2 ปีตามเกณฑ์มาตรฐานเพียงอย่างเดียว โดยไม่คำนึงถึงว่าผลการตรวจเชื้อจากผิวหนังจะยังพบเชื้ออยู่หรือไม่<sup>(12)</sup> แต่ในเชิงวิชาการดังกล่าวที่จะต้องอย่างน้อยสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเพื่อตัดชิ้นเนื้อผิวหนังและ ดูการเปลี่ยนแปลงทางจุลพยาธิวิทยา (histopathology) ของรอยโรคผิวหนังของผู้ป่วย และตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนใน granuloma ว่า ยังคงหลงเหลืออยู่น้อยเพียงไรเมื่อรักษาด้วยยา MDT ไปในระยะหนึ่ง หรือเมื่อรอยโรคหรืออาการทางคลินิกไม่หายดีขึ้นเท่าที่ควร รวมทั้งเมื่อรับยาครบกำหนดแล้ว หรือหลังหยุดยาแล้วอาการโรคเกิดโรคเห่อ หรือกำเริบสงสัยกลับเป็นซ้ำใหม่ (relapse) เป็นต้น<sup>(7)</sup>

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.เบญจวรรณ เพชรสุขศิริ หัวหน้าฝ่ายโรคเรื้อนและมัยโคแบคทีเรียอื่น สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่สนับสนุนให้ศึกษาเรื่องนี้ และขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและการแปลผลข้อมูลอย่างมีคุณค่า

#### เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิเวศรรวมการพิมพ์; 2535.
2. ธีระ รามสูต, กาญจนา คงสืบชาติ, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. การจำแนกชนิดโรคเรื้อนแบบวิตเลย์และไจป์ปลิ่ง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร; 2515.
3. Waters MFR, Rees RJW, Mc Dougall AC, Weddell AGM. Ten years of dapsone in lepromatous leprosy : clinical, bacteriological and histopathological assessment and finding of viable bacilli. Lepr Rev 1974; 45

- : 288-98.
4. Ramu G, Dedikan KV. A study of scrotal biopsy in subsided cases of lepromatous leprosy. *Leprosy in India* 1979; 51 : 341-7.
  5. Toman K. Bacterial persistence in leprosy. *Int J Lepr* 1981; 47 : 205-17.
  6. WHO expert committee on leprosy. seventh report. WHO technical report series, No. 874. World Health Organization,
  7. วีระ รามสูต. ติดต่อส่วนตัว (Personal Communication.), 5 กุมภาพันธ์ 2545.
  8. Groenen G, Saha NG, Rashid et al. Classification of leprosy cases under field conditions in Bangladesh. 1 Usefulness of skin smear examination. *Lepr Rev* 1995; 66 : 126.
  9. Srinivas D, Rao PN, Lakshmi TS et al. Bacterial index of granuloma and its relevance compared to BI. of skin smears. *Lepr Rev* 2002; 73 : 79-80.
  10. Sunil VN, Shivarudrappa AS, Nagarajappa AH et al. Role of modified rapid AFB method in histopathological sections of Hansen's disease. *Indian J Dermatol Venerol Leprol* 2003; 69 : 173-4.
  11. Anupma Sharma, Vinod Kumar, Sharma Laksami et al. Presence of *M. leprae* in tissue in slit-skin smear negative multibacillary (MB) patients after WHO - MBR. *Lepr Rev* 1999; 70 : 281-6.
  12. WHO technical report series 847. WHO study group on chemotherapy of leprosy. WHO, 1994.



งานวิจัยเปรียบเทียบผลการตรวจเชื้อโดยวิธีกรีดผิวหนัง เพื่อวัดค่า bacterial index (B.I.) กับผลจากการตรวจหาเชื้อใน granuloma จากการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (bacterial index of granuloma : BIG) นับเป็นความสนใจและการช่างสังเกตของผู้วิจัยที่ดีเช่นนักวิจัยเรื่องนี้ในต่างประเทศ ซึ่งในฐานะสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข เป็น reference laboratory เพื่อยืนยันคุณภาพการวินิจฉัยจำแนกชนิดโรคตามการจำแนกแบบ Ridley and Jopling การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหาและการวินิจฉัยแยกโรคจากรอยโรคที่คล้ายคลึงโรคเรื้อน รวมทั้งการวินิจฉัย relapse ในการศึกษาวิจัยเป็นต้น โดยเฉพาะถ้าจำแนกชนิด MB ผิดเป็น PB ในรายที่ตรวจไม่พบเชื้อจะก่อปัญหาการดูแลรักษาต่อไปอย่างมาก

จุดอ่อนของงานวิจัยที่อาจยังไม่สมบูรณ์จากข้อมูลในประวัติผู้ป่วยที่ตรวจเชื้อและตัดชิ้นเนื้อไม่จำกัด และผู้วิจัยไม่ได้คำนวณหาค่า sensitivity และ specificity เพื่อเปรียบเทียบค่าเกณฑ์วัดดังกล่าวระหว่างการทดสอบตรวจเชื้อ โดยใช้ B.I. และ BIG. ดังนั้นเพื่อให้ประโยชน์ของการศึกษาเปรียบเทียบ B.I. กับ BIG. ให้มีคุณค่าในโอกาสต่อไป จึงควรกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน และมีแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้ละเอียด และคำนวณค่า sensitivity และ specificity เปรียบเทียบคู่ด้วย นอกจากนี้ควรทบทวนเอกสารงานวิจัยให้ละเอียดกว่านี้ ส่วนในด้านเทคนิคอื่น ๆ ควรพิจารณาแพทย์ผิวหนังร่วมงานวิจัยเพื่อตรวจวิเคราะห์ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาอย่างละเอียด อาทิ การปรากฏของเชื้อ AFB โดยเฉพาะในเส้นประสาทผิวหนังในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ตรวจเชื้อจากการกรีดผิวหนัง (skin smear) ได้ B.I. ลบ และจำแนกชนิดผิดเป็น PB ได้ และเนื่องจาก BIG. มีความสำคัญในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่วินิจฉัยทางคลินิกว่าเป็นชนิด PB แต่พบค่า BIG. บวก จึงต้องดูเปรียบเทียบให้ละเอียดระหว่าง BIG. ของรอยโรคผิวหนังและในเส้นประสาทผิวหนัง กับผลการตรวจเชื้อจากการกรีดผิวหนังที่รอยโรคนั้นๆ (B.I.) เพราะในการจำแนกชนิดในสนามเชิงปฏิบัติการที่ใช้การตรวจเชื้อผิวหนัง (B.I.) อย่างเดียวอาจผิดพลาดและเกิด overdiagnosis และ overtreatment ผู้ป่วยชนิด PB ผิดเป็น MB ได้ และ sensitivity ของการจำแนกเชิงคลินิก เมื่อเปรียบเทียบกับ B.I. ในผู้ป่วย PB พบเพียงร้อยละ 85-89 จึงจำเป็นต้องเปรียบเทียบ accuracy ของภาวะผู้ป่วย PB/MB ในแง่ bacteriological classification กับ operational classification แบบ WHO เป็น PB และ MB ด้วย ขณะเดียวกันการตัดชิ้นเนื้อต้องมีคุณภาพได้มาตรฐานด้วย รวมทั้งการตรวจและยืนยันผลได้ด้วยการตรวจหาเชื้อ (skin smears) และการตรวจทางกล้องจุลทัศน์

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

บรรณาธิการ

## การผ่าตัดเปิดปลอกเส้นประสาทส่วนปลาย ที่อักเสบในผู้ป่วยโรคเรื้อน

### Nerve Trunk Decompression in Leprosy Patients

อาจินต์ ชลพันธุ์ พ.บ.

Arjin Chorlapan M.D.,

ว.ว. (ศัลยกรรมตกแต่ง)

Dip. Thai Board of Plastic Surgery

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Raj Pracha Samasai Institute, Department of Disease Control

**คำสำคัญ** : การผ่าตัดเปิดปลอกเส้นประสาทส่วนปลาย, ผู้ป่วยโรคเรื้อน

**Key Words** : Nerve Trunk Decompression, Leprosy Patients

#### บทนำ

ปัญหาการเกิดความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดจากสาเหตุหลักเนื่องจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลาย โดยไม่ว่าจะเป็นการทำลายในแขนงผิวหนัง (cutaneous damage) หรือการทำลายในตัวเส้นประสาทเอง (trunkal damage) มักเกิดขึ้นได้ในระยะแรกของการดำเนินโรค ในผู้ป่วยโรคเรื้อนและทำให้เกิดอาการปวดเส้นประสาทโดยตรง หรือร่วมกับการเกิดโรคเนื้อ ทั้งในระหว่างที่ยังได้รับการรักษา หรือหลังจากหยุดการรักษาแล้ว ทั้งนี้หลังจากถูกทำลายแล้ว ปลายเส้นประสาทแขนงในผิวหนัง (cutaneous nerve ending) อาจหายกลับคืนได้ แต่ในเส้นประสาทส่วนปลายเองไม่สามารถหายกลับคืนได้เท่าที่ควร โดยเฉพาะถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้อง การเปลี่ยนแปลงหลังเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายเป็นสิ่งที่ทำนายล่วงหน้ามิได้มากนักว่าจะดีขึ้นหรือไม่เพียงไร จึงจำเป็นต้องติดตามตรวจผู้ป่วยอย่างดี<sup>(1-2)</sup>

การทำลายเส้นประสาทส่วนปลายในระยะแรก สามารถดูแลรักษาได้ด้วยการบำบัดที่เหมาะสม และการให้เส้นประสาทดังกล่าวได้รับ

การพักอยู่นิ่ง การใช้ยาสะเทอรอยด์รักษาเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายในระยะแรกยังไม่ชัดเจนมากนัก และไม่นานมานี้มีข้อสงสัยว่าจำเป็นหรือไม่ที่จะต้องรักษาดังกล่าว โดยพบว่าสะเทอรอยด์ไม่ได้ผลทั้งในด้านการลดอาการปวดเส้นประสาทและการป้องกันการถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นกรณีดังกล่าวผู้ป่วยจึงมักถูกส่งต่อเพื่อขอรับการผ่าตัดเส้นประสาททางศัลยกรรม<sup>(3)</sup>

การส่งต่อผู้ป่วยจากในพื้นที่กรณีผู้ป่วยเกิดการทำลายของเส้นประสาทส่วนปลายมักส่งต่อเพื่อรับการผ่าตัดทางศัลยกรรมเมื่อปวดมาก และพบว่ามี การเสียหายที่ของประสาท sensory และ motor จนไม่หายกลับคืนได้<sup>(4-5)</sup>

#### การทำลายของเส้นประสาทส่วนปลายในโรคเรื้อน

การทำลายของเส้นประสาทส่วนปลายทำให้เกิดอาการทางคลินิกได้หลายแบบ อาทิ :

1) แสดงอาการอย่างเรื้อรัง (chronic) และค่อยเป็นค่อยไป (insidious) โดยมีอาการปวดเส้นประสาทชัดเจน



2) เส้นประสาทอักเสบแบบไม่ปวด (silent neuritis) ซึ่งเรื้อรังและไม่มีอาการปวดเส้นประสาท

3) เส้นประสาทอักเสบแบบปวดอย่างเฉียบพลัน (acute painful neuritis) และ

4) เส้นประสาทอักเสบแบบ catastrophic โดยเกิดอัมพาตอย่างเฉียบพลัน

การหายกลับคืน (recovery) ของหน้าที่ทาง sensory/motor ของเส้นประสาทส่วนปลาย อาจเกิดได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการทำลายเส้นประสาท และศักยภาพของเส้นประสาทส่วนปลายเองที่จะ regenerate ได้มากน้อย นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องที่เป็นตัวกำหนดการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยดังกล่าวแต่ละราย เช่น ชนิดโรคเรื้อรัง อายุ ปัจจัย precipitating factors และการรักษาที่เพียงพอมากน้อย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ยังนิยามได้ไม่ชัดเจน เพราะความเป็นจริงที่ยอมรับว่าไม่มีเส้นประสาท 2 เส้นใดที่จะมีลักษณะทางพยาธิวิทยา และการทำลายเส้นประสาทไปแล้วเหมือนกัน

แม้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคนานาน ก็ได้พบแล้วว่า axons ที่ถูกทำลายแล้ว ในตัวเส้นประสาทส่วนปลายมีความสามารถที่จะ regenerate ใหม่ได้ โดยพบชัดเจนและเชื่อได้ว่า axon sprouts จะยังคงตรวจพบอยู่ได้ในบริเวณเส้นประสาทที่บวมและถูกทำลายอย่างรุนแรง แม้ในผู้ป่วยที่ทราบกพรหมมาก และเป็นโรคเรื้อรังมานานหลายปีเกินกว่าที่คาดไว้ก็ตาม แต่อย่างไรก็ตาม axon sprouts ดังกล่าวไม่สามารถเจริญต่อไป ทางส่วนปลายได้อีก เนื่องจากปัญหาการเกิด fibrosis ซึ่งหมายความว่าไม่มีโอกาสปานกลางของ neural recovery โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยวัยหนุ่มสาว ถ้าสามารถแก้ปัญหาด้าน fibrosis ได้<sup>(6)</sup>

#### กลไกของการทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย

องค์ประกอบที่สำคัญเกี่ยวข้องกับตัวเส้นประสาทส่วนปลายเอง (peripheral nerve trunk)

ได้แก่ (i) ตัว nerve fibrosis หรือ axons (ii) loose areolar tissue ที่ขึ้นอยู่ระหว่าง nerve bundles (iii) fibro-osseous tunnel-nerve bed และ (iv) vasa nervorum ที่ทอดระหว่าง และอยู่ใน nerve trunk<sup>(4)</sup>

การทำลายของ axon เชื่อว่าเกิดจาก inflammatory response ของร่างกายต่อเชื้อโรคที่บุกเข้าไป และจากการเกิด ischemia โดยพบจากการทดลอง และทางคลินิกแล้วว่า การวางท่าทางร่างกายที่ผิดปกติ (abnormal postures) การเคลื่อนไหวในข้อต่อต่างๆ และการหดตัวของกล้ามเนื้อต่างๆ ของแขนขา จะ generate pressure gradients ใน anatomical tunnels ต่างๆ ที่ตัวเส้นประสาทส่วนปลายจะต้องทอดผ่าน<sup>(7-9)</sup> pressure เหล่านี้จะมากเกินไป capillary pressure ที่ arterial end ทำให้เกิดการหยุดชะงักของการไหลเวียนของโลหิตอยู่ชั่วคราว และถ้าเกิดภาวะดังกล่าว (arrest) อยู่นาน ย่อมเกิดการทำลายเนื้อเยื่อประสาทเป็นผลตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเส้นประสาทที่ขาดเลือดยิ่งมีความเสี่ยงต่อการถูกทำลายโดย compressive forces ดังนั้นการเกิด axon degeneration จึงเป็นผลจาก compression ของ neurons ภายใน fascicles และเกิดบวมเนื่องจากมี inflammatory edema และจาก cellular infiltration

เส้นประสาทส่วนปลายปกติจะขึงตัวและคลายตัวตาม normal position ของมันตามการเคลื่อนไหวของข้อต่อ เส้นเลือดที่มาหล่อเลี้ยงเส้นประสาทก็ตึง และหย่อนได้ตามการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ดังนั้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวของข้อต่อซ้ำบ่อยครั้งยิ่งขึ้นเพียงไร จะยิ่งทำให้เส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายได้มากเพียงนั้น ถ้าเส้นประสาทที่อักเสบนั้นอยู่ติดกับ bed และไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อิสระ เนื่องจากการเกิด adhesions เส้นประสาทจะยิ่งตึงมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อต่อ ทำให้เส้นเกิดกระบวนการทำลายเส้นประสาทต่อไป

เมื่อเส้นประสาทส่วนปลายทอดผ่านข้อต่อ และทอดวางใกล้กับกระดูก จึงถูกล้อมรอบอยู่ใน ช่องกระดูก osseous-fibrous tunnel ซึ่งมีทางเข้า และทางออกที่มี sharp bands ของ fibrous tissue เป็นเครื่องหมาย เมื่อช่องกระดูกเกิด osseo fibrosis จึงทำให้เป็น rigid structure และมีช่องว่างโดยรอบ ที่จำกัด ช่องว่างกระดูกที่เป็นลักษณะเฉพาะ ทางกายวิภาค และได้รับการศึกษาด้านการ ถูกทำลาย เส้นประสาทส่วนปลายไว้มาก ได้แก่ cubital, tarsal, carpal และ peroneal tunnel

จากสารระดังกกล่าวข้างบนจึงแสดงนัย สำคัญที่ชัดเจน โดยเมื่อเส้นประสาทบวมพองขึ้น จากการอักเสบเนื่องมาจาก cellular infiltration หรือการบวมจากโรคเนื้อ มักทำให้เกิดการถูกกดรัด ของเส้นประสาทภายใน rigid tunnel ที่เส้นประสาท ทอดผ่านไป<sup>(10)</sup> โดยเฉพาะเมื่อเส้นประสาทบวมพอง ทำให้ความดันภายใน tunnel เพิ่มขึ้น เป็นผล ให้เกิด squeezing ของ areolar tissue ที่อยู่ใน ระหว่าง nerve bundles ของ nerve trunk หลังจาก ผ่านช่วงดังกล่าวไปไม่นาน areolar tissue ก็จะไม่ สามารถทนต่อไปได้อีก ผลที่เกิดตามมา คือ capillaries และ venules จะถูกบีบรัดทำให้ ความดันเพิ่มสูงขึ้น จนเกิดการ arrest ของ blood flow ใน arterioles เล็กๆ จากการศึกษาพบว่า การที่ ความดันใน cubital tunnels สูงเพิ่มขึ้นในระหว่าง ที่มีการเคลื่อนไหวของข้อศอก และเช่นกันใน carpal tunnel syndrome อันเป็นการยืนยันหลักฐาน แนวคิดของ external compression forces<sup>(8-9)</sup> และเมื่อความดันใน tunnel กระดุกดังกล่าวดังสูง อยู่เป็นระยะเวลายาวนาน ก็ทำให้เกิดการทำลาย เส้นประสาททงกว้างขวางมากขึ้น การไหลเวียนของ เลือดก็ลดลงไปด้วย เนื่องจากความดันที่เพิ่มขึ้น ภายใน tunnel ดังนั้นเส้นประสาทส่วนปลายจึง ถูกทำลายได้เนื่องจากหลายปัจจัย อาทิ bacterial challenge, immune process, compressive forces, stretching และ ischemia

## การจัดการรักษาการถูกทำลายของเส้นประสาท ส่วนปลาย

การจัดการรักษาย่อมขึ้นอยู่กับแต่ละ สถานการณ์ที่เส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลาย รุนแรง และเรื้อรังมากน้อย การให้ยาเคมีบำบัด และ ยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ถือเป็นการรักษาหลัก โดย เมื่อเชื้อโรคเรื้อรังถูกฆ่าตายอย่างรวดเร็วได้เพียงใด ก็ไปเปลี่ยนหน้าที่ทางภูมิคุ้มกัน อันก่อให้เกิด ปฏิกริยาตอบสนองที่มีผลต่อการอักเสบของ เส้นประสาทด้วย จึงต้องควบคุมให้พอดี การให้ ยาคอร์ติโคสเตอรอยด์เพื่อลดภูมิคุ้มกันจำเป็น ต้องให้ในขนาดสูงและระยะเวลาสั้นเพียงพอจนกว่า จะได้ผล เพราะการบวมอักเสบของเส้นประสาท ต้องใช้เวลานานกว่าจะยุบตัวขึ้น<sup>(11)</sup> แต่ถ้าสามารถ ลดความดันภายใน (intra-neural pressure) และภายนอกเส้นประสาท (extra-neural pressure) ได้อย่างรวดเร็ว อาการก็จะดีขึ้นจนได้ผลการรักษา เต็มที่ตามมา<sup>(10-11)</sup>

สถานการณ์ในช่วงการเกิดอาการเส้น ประสาทส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจนำไปสู่การเกิดอัมพาตอย่างเฉียบพลัน ถ้ามีการบวม เส้นประสาททั้งหมด กรณีดังกล่าวการใช้วิธี การผ่าตัดอย่างง่ายที่สุด เช่น การกรีดปลอก ประสาทที่บวมมาก (nerve trunk decompression) หรือโดยการผ่าเปิดเนื้อเยื่อที่คลุมเป็นหลังคาอยู่ ข้างบนของ osseo-fibrous tunnel ออก (deroofing) เพื่อให้เกิดช่องว่างให้เส้นประสาทที่บวมมากสามารถ ขยายตัวออกไปได้ และขั้นตอนต่อไปคือการผ่ากรีด ตามยาว สองสามรอยในปลอกประสาทของ เส้นประสาทส่วนปลาย และตัดเอาเฉพาะ epineu rium ออกไป โดยต้องระมัดระวังไม่ไปกรีดถูก เส้นเลือดที่ทอดตามผิวของ epineurium<sup>(7,12)</sup>

สำหรับในกรณีที่ไม่รุนแรงมากนัก เช่น เกิดเส้นประสาทอักเสบและปวดอย่างเฉียบพลัน (acute painful neuritis) โดยไม่เกิด impairment ของหน้าที่เส้นประสาทมากนัก การรักษาด้วยยา

ละเตอรอยด์ในขนาดที่เพียงพอ (เริ่มวันละ 40 มก. และลดเป็น 30, 20, 10 มก. ตามลำดับทุก 2 สัปดาห์ จนครบ 12 สัปดาห์) และคอยติดตามหน้าที่ของเส้นประสาทอย่างสม่ำเสมอ ถ้าให้ยาแล้วอาการปวดบวมไม่ดีขึ้น หรือตรวจพบมีการเสื่อมเสียหน้าที่ด้าน motor function ในเวลาพอควร ก็ควรรักษาด้วยการผ่าตัดปลอกประสาทดังกล่าวต่อไป<sup>(5,12)</sup>

คำถามที่เกิดขึ้นคือ จะให้ละเตอรอยด์ทางปากอยู่นานเพียงใด และจะสังเกตได้อย่างไรว่าเมื่อใดควรใช้วิธีผ่าตัด จากการตรวจทำ electrophysiological functions พบว่าสามารถตรวจพบการเสื่อมเสียหน้าที่จากการถูกทำลายของเส้นประสาทส่วนปลายทั้งที่ไม่มีอาการตรวจพบทางคลินิกเลย ซึ่งบางรายมักมาปรากฏและตรวจพบในภายหลัง<sup>(13)</sup> โดยเฉพาะการทำลายของ motor fibres จะตรวจพบได้ง่าย และสะดวกต่อการตัดสินใจในการรักษา ดังกล่าว มีรายงานพบว่าการผ่าตัดทางศัลยกรรมแต่เนิ่นๆ ช่วยให้อาการหายดีขึ้นอย่างสมบูรณ์ หรือสามารถหยุดยั้งมิให้เกิดการทำลายเส้นประสาทต่อไปได้ถึงร้อยละ 80 การตรวจ muscle function ที่เกรด 3 หรือ 3+ เป็น cut-off limit ที่บ่งบอกว่าต้องรักษาโดยการผ่าตัด<sup>(14-15)</sup>

### ข้อบ่งชี้ในการทำ nerve decompression

วัตถุประสงค์ของการทำ nerve surgery มี 2 ประการคือ 1) เพื่อช่วยให้เกิด recovery ของเส้นประสาทที่ถูกทำลาย โดยการช่วยบรรเทา compression และ improve circulation และ 2) เพื่อหยุดยั้งมิให้เส้นประสาทถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น ทุกคนจึงเห็นพ้องว่าการทำ nerve decompression ช่วยบรรเทาการปวดเส้นประสาทได้ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่ต้องผ่าตัดดังกล่าวโดยไม่คำนึงถึงการเสียหายที่ของเส้นประสาท

ในการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับ surgical decompression ของเส้นประสาทส่วนปลาย เพื่อใช้รักษา acute และ chronic forms ของ

neuritis พบว่ามีความเห็นเป็นเอกฉันท์ว่าเป็นวิธีที่ถูกต้อง แต่ยังไม่มีการตกลงด้านข้อบ่งชี้ที่เป็นเอกฉันท์รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้และข้อบ่งชี้ว่าเมื่อใดควรจะทำ<sup>(12,14,16-19)</sup>

ความเห็นที่แตกต่างกันอาจแบ่งออกเป็นกลุ่มที่เกี่ยวกับเมื่อใดควรผ่าตัด และกลุ่มที่เกี่ยวกับวิธีการผ่าตัด ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มย่อยคือ กลุ่มแรกส่วนใหญ่ใช้วิธี release nerve trunk โดยการทำ deroofing ของ tunnel (external neurolysis) และอีกกลุ่มใช้วิธี release nerve bundle โดยการทำ longitudinal epineurotomy ส่วนกลุ่มเล็กๆ เสริมเพิ่มเติมสุดท้ายใช้วิธีทำ medial epichondylectomy ซึ่งเลือกผ่าตัดในผู้ป่วยเฉพาะราย<sup>(20)</sup>

การศึกษาด้านตำแหน่งของ nerve trunk ที่มักพบโตหนา (thickening) แม้ในรายพบเพียง patchy leprous neuritis แต่การตัดสินใจเนื้อประสาทตรวจ จะพบลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาทั่วทั้ง nerve trunk<sup>(7,14)</sup> ตัวอย่างเช่นในรายเส้นประสาท ulnar มักเกิดอักเสบในบริเวณ Guyon's canal โกล้ข้อมือ หรือใน cubital tunnel โกล้ข้อศอก ทำนองเดียวกันตำแหน่งที่พบบ่อยดังกล่าวสำหรับเส้นประสาทส่วนปลายอื่นๆ เช่น median, radial, common peroneal และ posterior tibial nerves ก็ได้รับการกำหนดไว้ด้วย แม้ในผู้ป่วยเฉพาะรายที่ parameters ต่างๆ จะเลือกอันวยต่อการหายคืนดีขึ้น ของเส้นประสาทก็ตาม แต่ผลลัพธ์สุดท้ายก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ ในการศึกษาที่ค่อนข้างยังทำได้จำกัด โดยใช้การกระตุ้น root ของเส้นประสาทพบว่า ที่ตำแหน่งต้น (proximal site) ของ nerve trunk compression ที่อยู่ห่างจาก cubital tunnel มาก สำหรับเส้นประสาท ulnar เมื่อทำผ่าตัด decompression ที่ตำแหน่งดังกล่าว จะพบว่าช่วยปรับแก้การทำหน้าที่ของเส้นประสาทได้ดีมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาโดยการกระตุ้นรากของเส้นประสาทดังกล่าวต้องการการ exposure ของตัวเส้นประสาทตลอดตามยาวของ

เส้นประสาท ซึ่งในทางปฏิบัติทำได้ยาก<sup>(21)</sup>

จนถึงปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่จะทำ extensive dissection เพื่อ mobilizing เส้นประสาท หรือทำ wide exposure, fascicular neurolysis หรือ anterior transposition<sup>(12,20)</sup> การทำผ่าตัดแบบ extensive forms อาทิ fascicular neurolysis ยังไม่ทำกันมากนัก เพราะขณะที่จะทำผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกอย่างนั้น พบว่าโรคมีการแพร่กระจายอย่างกว้างขวางไปตาม funiculi ไปมากแล้ว วิธีการผ่าตัดดังกล่าวยังเสี่ยงต่อการฉีกขาดและทำลายเส้นเลือดของเส้นประสาทซึ่งอยู่ในสภาพที่ตีบและขาดเลือดอยู่แล้วด้วย การผ่าตัดดังกล่าวนอกจากทำให้มีการทำลายเส้นประสาทและเกิด fibrosis ตามมา จึงมีผลเสียทำให้ผู้ป่วยพิการมากขึ้นมากกว่าผลดี การทำผ่าตัด fascicular dissection ในปัจจุบัน จึงมักจำกัดเพียงเพื่อการตัดชิ้นเนื้อประสาทจากผู้ป่วยเพื่อยืนยันการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยามากกว่า

**เมื่อใดจึงสมควรทำ nerve decompression**

คำถามที่ว่า เมื่อใดสมควรทำ nerve decompression ที่เส้นประสาทที่เกิดการอักเสบเสียหายที่และปวดมาก นับว่าเป็นคำถามที่ตอบยาก เพราะในแง่ที่ว่าไม่สามารถกำหนดเวลาที่เหมาะสมและแน่นอนลงไปได้ว่าควรทำศัลยกรรมดังกล่าวเมื่อใดดี โดยเช่นในกรณีการกำหนดเวลาเพื่อทำ external decompression ศัลยแพทย์ยังไม่ทราบและค้นพบแน่ชัดว่าจุดใดของเส้นประสาทที่เกิด neural compression และ vascular ischemia syndrome ที่จำเป็นต้องทำผ่าตัดเส้นประสาทนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียหน้าที่ด้าน motor ไม่สามารถค้นพบได้ทั้งโดยการตรวจทางคลินิกหรือวิธีการทาง electrophysiological methods เท่าที่มีอยู่<sup>(17,19,22)</sup> เพราะต่อเมื่อ motor axons จำนวนมากพอควรถูกทำลายไปแล้ว อาการแสดงทางคลินิกจึงตรวจพบได้ การทำลายของเส้น

ประสาทส่วนปลายในระยะแรก หรือแม้ในรายที่ถูกทำลายไปมากแล้วก็ตาม ยังคงสวนทางกับการมีและใช้ยาบำบัดเท่าที่มีอยู่ ดังนั้นในแง่บุคลากรสาธารณสุข และโรคเรื้อรังผู้ปฏิบัติงานในท้องที่จึงพอจะกล่าวได้ว่าจนถึงปัจจุบัน การบำบัดทางยา ยังไม่มีขนาดที่เพียงพอที่จะรักษาให้เกิดการบรรเทาและปรับแก้ภาวะหน้าที่ของเส้นประสาทให้ดีขึ้นได้ในระยะเวลาที่แน่นอน ระยะเวลาดังกล่าวอาจผันแปรจาก 16 สัปดาห์ถึงเป็นปีได้ ระหว่างนั้นเส้นประสาทได้ถูกทำลายไปมากแล้ว จึงยากที่จะกลับคืนหน้าที่ได้แม้จะพยายามช่วยโดยการทำ nerve surgery ดังกล่าวแล้วก็ตาม<sup>(5,23)</sup>

ดังนั้นผลลัพธ์ของ nerve decompression จากรายงานผลการศึกษาดังกล่าว<sup>(16-19)</sup> โดยในผู้ป่วยที่เส้นประสาทที่ถูกทำลายเพียงเล็กน้อย เมื่อทำ nerve decompression แล้วอาจได้ประโยชน์มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับรายที่เส้นประสาทถูกทำลายแล้ว โดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาที่เกิดอัมพาตมาก่อน นอกจากรายที่เกิด palsies อย่างเฉียบพลัน อาการหายดีขึ้นในรายอัมพาตเพิ่งเกิดดังกล่าว จะพบว่าใช้เวลาหายดีขึ้นเร็วมากยิ่งขึ้นเมื่อได้รับการทำผ่าตัด nerve decompression เนื่องจากช่วยให้การไหลเวียนของเส้นเลือดดีขึ้น เพราะผลการไป release compressive force ให้ลดลงได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นยังช่วยลดความจำเป็นของการรักษาด้วยยา steroid ลงได้ด้วย ประโยชน์อีกอย่างคือการลดความปวดประสาท

กล่าวโดยสรุปว่าเมื่อใดควรทำ nerve decompression จึงมีคำตอบว่าควรทำเฉพาะในรายที่มีการทำลายเส้นประสาทไม่มาก (การวัด muscle power ได้ MRC เกรด 3) และเมื่อรักษาด้วยยา steroids ในขนาดที่เพียงพอ และในเวลาที่เหมาะสมอย่างเฉียบพลันภายในระยะเวลาสั้นเพียง 2-3 วัน ก็อาจทำผ่าตัด decompression ช่วยได้ในรายดังกล่าว เส้นประสาทปกติจะกดเจ็บและผู้ป่วยจะมีอาการปวดเส้นประสาทอย่างรุนแรงมาก

(severe neuralgic pain) ดังนั้นการผ่าตัดต้องทำให้เร็วที่สุด และดังก้าวแต่ต้นแล้วว่า axon สามารถจะ regenerate ได้เป็นเวลานาน เมื่อหลังผ่าตัดผู้ป่วยจึงมีโอกาสดีขึ้นที่จะมีเส้นประสาทกลับทำหน้าที่ใหม่ฟื้นตัวดีขึ้น

นอกจากนั้น การผ่าตัดเส้นประสาทยังคงควรทำในรายผู้ป่วยที่ตรวจพบทางคลินิกว่าเกิดมีที่เส้นประสาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่มี การตรวจพบอาการทางคลินิกของเส้นประสาทถูกทำลาย เมื่อผ่าตัดมีที่เส้นประสาทควรขูดเอาหนองและเนื้อตายออกไปให้หมด<sup>(24)</sup> มีขนาดใหญ่มากที่ติดกับผิวหนังที่คลุมอยู่จะแตกทะลุเป็นรูมีน้ำเหลืองหรือหนองออกมา ทำให้เกิด sinus เป็นรูโบ๋ ในรายเช่นนี้ต้องผ่าตัดให้ทันเวลาโดยไม่คำนึงถึงภาวะการทำหน้าที่ได้มาก-น้อยของเส้นประสาท นอกจากนี้ในรายผู้ป่วยที่มี well localized abscess ซึ่งพบว่ามีการทำลายเส้นประสาทหมดแล้วก็ควรรักษาแบบ conservative และถ้ามีความจำเป็นตามข้อบ่งชี้จึงจะใช้วิธีผ่าตัด<sup>(19-20)</sup>

## วิจารณ์

จากปัญหาการรักษาการทำลายของเส้นประสาทส่วนปลาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน<sup>(25-26)</sup> และเส้นประสาทที่ถูกรัดแน่นจากการอักเสบทำให้ขาดเลือดและออกซิเจน เนื่องจาก compression forces จึงจำเป็นต้องแก้ไขโดยวิธีที่ตรงปัญหาคือการกำจัด forces ดังก้าว โดยการลดการบวมของเส้นประสาท และหรือการเพิ่ม space ใน tunnels โดยวิธีแรกใช้ยาบำบัดแบบช้า ๆ หรือโดยศัลยกรรมซึ่งทำได้เร็วกว่า แม้การผ่าตัดจะไม่สามารถแก้การอักเสบได้ แต่ก็ดีกว่าการใช้ยาซึ่งต้องใช้เวลากว่าจะออกฤทธิ์ และยาจะเข้าถึงบริเวณอักเสบได้ในความเข้มข้นที่มากพอ

การสนองต่อการรักษา ย่อมผันแปรต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย และตามความจำเป็นแต่ละกรณี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข และ

โรคเรื้อรังในสนาม การใช้ยา steroids เป็นความหวังที่จะแก้ปัญหานี้ได้โดยอาการอักเสบจะดีขึ้น และการเสียหายที่จะกลับคืนในเวลาอันควร<sup>(5,23)</sup> ด้านยา steroids ซึ่งได้ทดลองใช้ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี nerve palsy มานาน 6-24 เดือนด้วย<sup>(27)</sup> แต่ต้องระวังผลข้างเคียง และการติดยาสเตอรอยด์ (steroid dependence) รวมทั้งอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ที่คาดไม่ถึงถ้าใช้ไม่ถูกต้อง

ในการรักษาเส้นประสาทอักเสบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต้องใช้ยาสเตอรอยด์เป็นเวลานานกว่าที่ใช้ในโรคอื่นๆ ทั่วไป การใช้การรักษาด้วย nerve compression มีข้อโต้แย้งในแง่ต่างๆ คือ

1) จากการยังขาดการศึกษาทดลองเชิงเปรียบเทียบ ซึ่งทำได้ยากเพราะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาการและการทำลายของเส้นประสาทมิได้พบทุกราย และมีปัจจัยหลากหลายที่เกี่ยวข้องต่อการทำลายของเส้นประสาท

2) อัตราการหายกลับคืนเต็มที่หลังผ่าตัด nerve decompression มีโอกาสเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น แต่ถ้าพิจารณาในแง่ที่กระบวนการทำลายเส้นประสาทได้หยุดลงได้ ผลการรักษาก็น่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 75-85<sup>(12,13)</sup>

3) การกลับดีขึ้นส่วนใหญ่เป็น sensory recovery เพราะถ้า protective sensibility ได้รับการรักษาให้คงไว้ได้ จะช่วยในการป้องกัน secondary deformities และ mutilations ต่อไปได้

ผลของการรักษาโดยการผ่าตัดมักเปรียบเทียบกับผลจากการใช้ยาตัวอย่างเช่นผลของการผ่าตัด posterior tibial nerve decompression ควรได้รับการประเมินจากการกลับเป็นขึ้นซ้ำใหม่ของแผลที่ฝ่าเท้า (plantar ulcer)<sup>(28-29)</sup> แม้จะเป็นที่ทราบกันดีว่า neuropathic ulceration นั้นเป็นเรื่องที่เกิดได้จากหลายปัจจัยก็ตาม

nerve decompression นับว่ามีประโยชน์หลายด้าน เช่น ช่วยลดการใช้ยาเพื่อป้องกันอาการข้างเคียงในรายเกิด painful neuritis แต่ถ้าให้ยา

สะเตอรอยด์อย่างเพียงพอแล้ว ผู้ป่วยยังไม่หาย กลับคืน ก็ไม่มีประโยชน์ที่จะให้ยาสะเตอรอยด์ต่อไปอีก แต่การรักษาโดยผ่าตัดทำ nerve decompression ซึ่งเป็น minor surgery แม้การผ่าตัดโดย simple external neurolysis ร่วมกับ neurotomy ถ้าทำด้วยความรอบคอบก็ได้ประโยชน์อย่างมาก โดย osseo-fibrous tunnel ต้องเปิดให้หมดเพื่อให้ complete release compression

nerve decompression จัดเป็นศัลยกรรมป้องกัน ดังนั้นการจะผ่าตัดด้วยวิธีนี้หรือไม่ ควรพิจารณาจากปัจจัยพื้นฐานของระยะเวลาและความรุนแรงมากน้อยของอาการทางประสาท การปล่อยให้เกิด denervation ของกล้ามเนื้อเป็นเวลานานเป็นสาเหตุให้เกิด atrophy และ fibrosis ได้ สำหรับ sensory receptors มักคงอยู่รอดได้นานกว่า และสามารถ regenerate ได้บ้าง จึงทำให้มีโอกาสเกิด sensory recovery ต่อไปได้

คำถามต่อไปด้านการทำผ่าตัดเส้นประสาทสามารถทำได้ในโรงพยาบาลทั่วไปหรือไม่เพียงไร และค่าใช้จ่ายสูงหรือไม่ ความจริงการผ่าตัดเส้นประสาทส่วนปลายดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายถูกมาก และช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาสะเตอรอยด์ในระยะยาวได้มากด้วย รวมทั้งค่าใช้จ่ายการทำแผลหรือการผ่าตัดแก้ไขความพิการ และการฟื้นฟูสภาพอีกด้วย การผ่าตัดดังกล่าวก็สามารถทำได้ในโรงพยาบาลทั่วไปโดยการฝึกอบรมศัลยแพทย์ทั่วไป ก็ทำได้ง่ายมาก เช่นในการทำ simple external neurolysis ก็มักได้ผลดี ข้อระมัดระวังในการทำ epineurotomy ก็เพียงหลีกเลี่ยงอย่าไปตัดบริเวณที่มี nutrient vessels ส่วนในการทำผ่าตัด nerve decompression ก็มีปัญหาค่อนข้างน้อย เช่นการตัดลึกเกินไปในเส้นประสาทขณะทำ epineurotomy หรือกรีดมีดผ่าตัดยาวเกินไปเป็นต้น ความร่วมมือและการเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างอายุรแพทย์ประสาท และศัลยแพทย์จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นหลัก<sup>(4)</sup>

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชัยวุฒิ บัณฑิต ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ที่สนับสนุนให้บททวนศึกษาเรื่องนี้ และขอพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะนำปรึกษาที่มีคุณค่า

## เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิเวศนการพิมพ์ ; 2535.
2. ธีระ รามสูต. เวชปฏิบัติในโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : จงจินต์การพิมพ์; 2521.
3. Van Brakel WH, Anderson AM, Withington SG, et al. The prognostic importance of detecting mild sensory impairment in leprosy : a randomized controlled trial (Tripod 2). *Lepr Rev* 2003; 74 : 300-10.
4. Malaiyaa GN. Shall we continue with nerve trunk decompression in leprosy ?. *Indian Journal of Leprosy* 2004 ; 70 : 331-46.
5. Kazen R. Role of surgery of nerves in leprosy in the restoration of sensibility in hands and feet of leprosy patients. *Indian Journal of Leprosy* 1996 ; 68 : 55-66.
6. Miko TL, Maitre CL, Kinfu Y. Damage and regeneration of peripheral nerves in advanced treated leprosy. *Lancet* 1993 ; 342 : 521-6.
7. Carayon A. The value of peripheral neurosurgical procedures in neuritis. In : McDowell F, Enna CD, editors. *Surgical rehabilitation in leprosy*. Baltimore : Williams and Wilkins; 1974. p.37-9.
8. Szabo RM, Gelbermann RH. The pathophysiology of nerve entrapment syndromes.



- AM, et al. Treatment with corticosteroids of long-standing nerve function impairment in leprosy : A randomized controlled trial (Tripod 3). *Lepr Rev* 2003; 74 : 311-8
28. Palande DD, Azhaguraj M. Surgical decompression of posterior tibial neurovascular complex in treatment of certain chronic plantar ulcer and posterior tibial neuritis leprosy. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1975; 43 : 36-40.
29. Naafs B. Tibia posterior nerve release and arteriolysis in leprosy : a comparative study of their action in atonic chronic ulcers. *Med Trop* 1977 ; 37 : 777-9.

ในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เกิดอาการแทรกซ้อนจากเส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ (leprous neuritis) ซึ่งมีทั้งการรักษาทางยาโดยใช้ยาคอร์ติโคสเตอโรยด์ (corticosteroid therapy) และการรักษาทางศัลยกรรมโดยการผ่าตัดที่เส้นประสาทส่วนปลายวิธีต่างๆ ที่ได้มีการทบทวนในบทความพื้นฟูวิชาการเรื่องนี้ และมีแนวโน้มว่าจะมีการเปรียบเทียบผลของการรักษาจากสองวิธีดังกล่าวด้วย โดยวิธีการรักษาทางศัลยกรรมจะช่วยขจัด external compression force จากการบีบรัดเส้นประสาทอันเนื่องมาจากการอักเสบและบวมภายในมากขึ้น และยังช่วยในการเพิ่มการไหลเวียนของเส้นเลือดดีขึ้นด้วย เพื่อเพิ่มโอกาสให้ยาสเตอโรยด์สามารถแทรกซึมเข้าไปถึง และออกฤทธิ์มากขึ้นในบริเวณตำแหน่งเส้นประสาทที่อักเสบ รวมทั้งช่วยลดการทำลายของใยประสาท (damage of nerve fibres) จากการขาดเลือดและถูกบีบรัดด้วย

การผ่าตัด nerve decompression มักทำได้ล่าช้าเกินไป จากการตัดสินใจส่งผู้ป่วยมารักษาต่อล่าช้า ทำให้ผลการผ่าตัดไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร เพราะมีการทำลายเส้นประสาทไปมากแล้ว ดังนั้นในการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนภายใต้สภาวะความชุกโรคเรื้อนต่ำ ซึ่งงานดังกล่าวได้บูรณาการในระบบบริการสาธารณสุขภายใต้นโยบายและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) และหน่วยบริการสุขภาพคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ (CUP) ทูติยภูมิ (CUS) และตติยภูมิ (CUT) ในสถานอนามัยคลินิกเอื้ออาทร โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน ฯลฯ เป็นระบบเครือข่าย และส่งต่อที่ตีมากอยู่แล้ว ดังนั้นถ้าสถาบันราชประชานเสข สำนักรักษาป้องกันควบคุมโรค สำนักรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักรักษาสาธารณสุขจังหวัด ฯลฯ ผู้รับผิดชอบประสานสนับสนุนและกำกับดูแลงานบริการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งงานโรคเรื้อนได้รับการบูรณาการอยู่แล้ว จึงควรสนใจและเพิ่มความสำคัญ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน ทั้งที่ยังลงทะเบียนรักษา และผู้ป่วยเก่าที่รักษาครบ จำหน่ายแล้ว แต่ยังคงมีความพิการหรือได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน (people affected with leprosy) แบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายที่ครบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ทั้งการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน การป้องกันความพิการ และฟื้นฟูสภาพ

โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทส่วนปลาย เส้นประสาทส่วนปลายโต อักเสบ ที่อาจปวด หรือไม่ปวด รวมหรือไม่รวมกับการเกิดโรคเห่อ หรือเป็นมีที่เส้นประสาท รวมทั้งความพิการมือ เท้า และใบหน้าก็ตามมา ฯลฯ เนื่องมาจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลาย (nerve damage) แพทย์พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขรวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข และตัวผู้ป่วยเอง จึงควรได้รับการอบรมให้ความรู้พื้นฐาน เรื่องของเส้นประสาทส่วนปลายที่อักเสบ และถูกทำลายจากโรคเรื้อน และวิธีการดูแลป้องกันรักษาและส่งต่อที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันมิให้เกิดความพิการมากขึ้น และป้องกันมิให้เกิดการทำลายของเส้นประสาทอย่างถาวร ซึ่งหายกลับคืนไม่ได้อีกต่อไป





ตารางที่ 1 การ grading อาการกดเจ็บ (tenderness) ของเส้นประสาทส่วนปลาย

Grade	ระดับการกดเจ็บ	ถามผู้ป่วยให้ตอบว่ารู้สึกอย่างไรเมื่อถูกกดที่เส้นประสาทให้ได้คำตอบ
0	ไม่มีอาการกดเจ็บ	ผู้ป่วยตอบว่าไม่ปวด
1	น้อย (mild)	ผู้ป่วยตอบว่าปวดเมื่อถูกกดที่เส้นประสาท
2	ปานกลาง (moderate)	ผู้ป่วยตอบว่าปวดเมื่อถูกกดที่เส้นประสาท แต่ไม่ปวดรุนแรงมาก และตอบว่าปวดแม้ไม่ได้ถาม
3	รุนแรง (severe)	ผู้ป่วยตอบว่าปวดมาก และสะดุ้ง แสดงอาการปวดแม้แตะเบาๆ
4	รุนแรงมาก (very severe)	ปวดมากแม้มิได้กดเส้นประสาท จนกลัวไม่ยอมให้คลำเส้นประสาท

\*\*ผู้ป่วยที่บ่งชี้ว่าเกิด clinical neuritis เมื่อตรวจพบการกดเจ็บ grade 2 ขึ้นไป

ตารางที่ 2 การแบ่งประเภทผู้ป่วยจากการประเมิน ผลการคลำเส้นประสาทและตรวจการเสียหายที่ของเส้นประสาทส่วนปลาย เพื่อวางแผนทางการรักษา

ประเภทผู้ป่วย	ระดับการกดเจ็บ	แนวปฏิบัติ :
A	ไม่มี clinical neuritis ไม่มี clinical nerve function impairment (NFI)	ให้คำปรึกษา สอนแนะผู้ป่วยถ้าเกิดอาการดังกล่าว ครั้งต่อไปให้รีบมา รพ.
B	มี clinical neuritis ไม่มี clinical nerve function impairment (NFI)	ตรวจว่ามีโรคเหน็บด้วยหรือไม่ และให้ยาสะเดอรอยด์ 4-16 สัปดาห์
C	มี clinical nerve function impairment (NFI) ไม่มี clinical neuritis (Silent neuritis)	ตรวจสอบและให้ยา MDT ให้ครบ ให้ยาสะเดอรอยด์ ติดตาม NFI ว่าดีขึ้นหรือไม่
D	มี clinical NFI และ clinical neuritis	ให้สะเดอรอยด์ ถ้าไม่ดีขึ้นใน 2-3 สัปดาห์ ส่งต่อเพื่อทำ decompression

ทั้งนี้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ผิวหนัง ศัลยแพทย์ประสาท อายุรแพทย์ประสาท แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ผู้ประสานงานโรคเรื้อน ฯลฯ ควรจัดเวทีหรือทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team) และจัดทำคู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน หรือ clinical practice guideline (CPG) หรือ care map หรือ clinical pathway เพื่อกำหนดมาตรฐานคุณภาพทางคลินิกในงานกำจัดโรคเรื้อนของหน่วยบริการสุขภาพ เพื่ออบรมและตรวจรักษาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน (leprosy accreditation) ต่อไป ตามแนวทางเบื้องต้น ดังตัวอย่างในตารางที่ 1 และ 2

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต  
บรรณาธิการ

**แนวคิดการกระจายอำนาจของงานด้านสาธารณสุข  
สู่องค์กรบริหารส่วนตำบล : เพื่อเตรียมการ  
โอนมอบนิคมโรคเรื้อนในอนาคต**

**Concept on Decentralization of Health Activities  
into Sub District Administrative Organization :  
For Future Transfer of Leprosy Colonies**

ศรีสุนทร วิริยะวิภาต ส.ม.  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น  
กรมควบคุมโรค

Srisuntorn Viriyavipart, MPH  
Office of Disease Prevention and Control, 6 Khonkaen  
Department of Disease Control

**คำสำคัญ** : การกระจายอำนาจ, งานสาธารณสุข, องค์กรบริหารส่วนตำบล, การโอนมอบ,  
นิคมโรคเรื้อน

**Key Words** : Decentralization, Health activities, Sub district administrative organization,  
Transfer, Leprosy colonies

**1. บทนำ**

จากเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน และจากการปฏิรูประบบราชการและระบบสุขภาพ รัฐบาลส่วนกลาง มีนโยบายและยุทธศาสตร์ที่จะกระจายอำนาจในการดำเนินการ โดยเฉพาะบริการสาธารณะ หรือกิจการบางอย่างรวมทั้งบริการสุขภาพ ให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด, เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้สามารถสนองความต้องการของแต่ละท้องถิ่นที่ดียิ่งขึ้น และเพื่อแบ่งเบาภาระของหน่วยงานบริหารราชการส่วนกลาง รวมทั้งรัฐบาล และชุมชนมีความสนใจรู้จักรับผิดชอบการปกครองท้องถิ่นของตนเองมากขึ้น<sup>(1-2)</sup>

การกระจายอำนาจดังกล่าว ย่อมมีผลกระทบทั้งเชิงลบ และทางบวก ในแง่ของบริการสุขภาพ

รวมทั้งแนวคิดและแนวนโยบายที่จะโอนมอบนิคมโรคเรื้อนให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ต่อไปด้วย

บทความนี้จึงมุ่งที่จะเสนอและวิเคราะห์ถึงแนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจทั่วไป และการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล และแนวทางพิจารณาเบื้องต้นหากมีการกระจายอำนาจหรือโอนมอบนิคมโรคเรื้อนของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลในอนาคต

**2. แนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ**

2.1 คำนิยาม : การกระจายอำนาจโดยทั่วไปนั้น สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และสำนักโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข<sup>(3)</sup>

ได้นิยามไว้ว่า การกระจายอำนาจ (decentralization) หมายถึง การถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจและภารกิจภาครัฐส่วนกลางให้แก่องค์กรอื่นใด ไม่ว่าจะเป็นเป็นองค์กรภาครัฐส่วนภูมิภาค องค์กรอิสระ องค์กรท้องถิ่น หรือแม้แต่เอกชนไปดำเนินการแทน ซึ่งการถ่ายโอนดังกล่าวอาจมีลักษณะเป็นการถ่ายโอนโดยยึดพื้นที่เป็นหลัก (geographical) ซึ่งเป็นการแบ่งพื้นที่หน่วยย่อยในการดำเนินการ

## 2.2 หลักการกระจายอำนาจ

หลักการกระจายอำนาจ เป็นวิธีการที่รัฐบาลส่วนกลาง มอบอำนาจในการดำเนินการบางอย่างให้แก่องค์กรอื่นๆ เพื่อจัดทำบริการสาธารณะบางอย่าง โดยมีความเป็นอิสระตามสมควร ไม่ต้องอยู่ในบังคับบัญชาของส่วนกลาง และมีลักษณะดังนี้<sup>(4-5)</sup>

1) มีองค์การซึ่งเป็นนิติบุคคล โดยมีทรัพย์สิน งบประมาณ และเจ้าหน้าที่ของตนเอง แยกไปต่างหากจากราชการบริหารส่วนกลาง

2) หลักการกระจายอำนาจบ่งบอกถึงความเป็นอิสระจากส่วนกลาง ดังนั้น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานขององค์การ จึงไม่อยู่ในบังคับบัญชาของราชการบริหารส่วนกลาง โดยเฉพาะผู้บริหารองค์การ ได้มาจากการเลือกตั้งของประชาชน ส่วนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำได้จากการจ้างขององค์การ

3) องค์การมีความเป็นอิสระในการดำเนินการ โดยมีอำนาจวินิจฉัยและดำเนินการได้โดยอิสระในขอบเขตของกฎหมาย ไม่ถูกครอบงำโดยราชการบริหารส่วนกลาง ซึ่งมีอำนาจเพียงควบคุมดูแลให้การปฏิบัติงานดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย

4) มีงบประมาณเป็นของตนเอง โดยมีอำนาจในการจัดเก็บรายได้ด้วยตนเอง รวมถึงอำนาจในการบริหารงบประมาณที่ได้มานั้น อันนับเป็นการมอบอำนาจการตัดสินใจให้องค์การปกครองท้องถิ่นทั้งหมด นับแต่การวางแผนปฏิบัติการ การจัดเก็บรายได้การบริหาร และการบริการ

ประชาชนในพื้นที่

## 2.3 จุดแข็งหรือข้อดีของการกระจายอำนาจ<sup>(6)</sup>

1) ทำให้มีการตอบสนองและได้ผลตรงตามต้องการของแต่ละท้องถิ่นดีขึ้น โดยเฉพาะบริการสาธารณะบางอย่างที่เกี่ยวกับประโยชน์ส่วนได้ส่วนเสียเฉพาะท้องถิ่น

2) ช่วยแบ่งเบาภาระของหน่วยงานบริหารราชการส่วนกลาง ซึ่งมีภารกิจหลักอยู่มากเกี่ยวกับประโยชน์ส่วนรวมของประเทศ หากได้ตัดภาระเกี่ยวกับกิจการเฉพาะท้องถิ่น ที่ไม่อาจดำเนินการได้ทั่วถึงออกไปบ้างย่อมทำให้เกิดผลดีสมกับความต้องการของราษฎรในท้องถิ่นได้

3) ทำให้ราษฎรมีความสนใจรักรับผิดชอบ และมีส่วนได้ส่วนเสียในการปกครองท้องถิ่นของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้บริการประชาชนเป็นไปด้วยความสะดวกและส่งเสริมและพัฒนาการเมืองในระดับท้องถิ่นตามระบอบประชาธิปไตยมากขึ้น

## 3. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น<sup>(1,7)</sup>

### 3.1 แนวทางการถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1) ถ่ายโอนไปยังคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยกรอบหลักให้เป็นการถ่ายโอนไปให้เขตพื้นที่จังหวัด/แต่สามารถจัดให้มีเขตพื้นที่ที่มีขนาดย่อมลงมามากกว่าจังหวัดได้ หากมีความจำเป็นซึ่งสอดคล้องกับแผนการกระจายอำนาจ แต่โครงสร้างยังคงต้องเป็นองค์ประกอบระหว่างผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาคม ที่จะเข้าร่วมในการจัดการ

2) อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ คือ อำนาจหน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรทั้งในด้านงบประมาณ บุคลากร การบริหารงาน รวมทั้งกำหนดมาตรฐานการตรวจสอบในระดับจังหวัดนั้นๆ

ด้วย ตามที่กำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจ

3) รูปแบบโครงสร้างสถานบริการจะถ่ายโอนไปเป็นพวง ส่วนใดที่สามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่นไปปฏิบัติเองได้ ก็ให้โอนไปโดยอยู่ภายใต้การกำกับของ กสพ. เช่น งานส่งเสริม หรืองานป้องกันสุขภาพบางเรื่องก็โอนให้ อบต. หรือ เทศบาล ส่วนด้านการรักษาพยาบาลที่ต้องมีระบบส่งต่อให้ดำเนินการอยู่ในพวงเดียวกัน และให้มีการบริหารภายใต้คณะกรรมการ

4) การพัฒนาไปสู่การดำเนินงานด้านสาธารณสุขท้องถิ่นด้วยตนเอง (local autonomous body) คงเป็นเรื่องในระยะยาวที่หากทางกระทรวงสาธารณสุขเห็นว่า น่าจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ก็สามารถให้ข้อเสนอมาได้ เพื่อพิจารณาในข้อกฎหมายต่อไป

5) ประเด็นในเรื่องสถานภาพคณะกรรมการสุขภาพ ควรจะเป็นนิติบุคคลหรือไม่นั้น ต้องหารือกับฝ่ายกฎหมายก่อนว่า โดยอำนาจหน้าที่แบบนี้ องค์กรณ์ควรจะเป็นอย่างไร เช่น กรณีทำนิติกรรมโดยคณะกรรมการเป็นต้น

6) ขอบเขตการถ่ายโอน

(1) กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการกำกับดูแล และบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในด้านสถานสุขภาพระหว่างประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพของท้องถิ่น กำหนดมาตรฐานกลาง มาตรฐานบริการควบคุมคุณภาพ และตรวจสอบ

(2) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยกรอบหลัก ให้เป็นการถ่ายโอนไปให้เขตพื้นที่ระดับจังหวัด โดยสามารถจัดให้มีเขตพื้นที่ ที่มีขนาดย่อมลงมากกว่าจังหวัดได้ หากมีความจำเป็น ทั้งนี้ กสพ. จะประกอบด้วย ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนส่วนราชการ ผู้บริหารวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาสังคม ที่จะเข้ามาทำหน้าที่ร่วมกัน อำนาจหน้าที่ของ กสพ. คือ อำนาจ

หน้าที่ในการกำหนดนโยบาย และแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ และแผนความต้องการทรัพยากรรวมทั้งงบประมาณ การกำหนดหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขในการบริการภายใต้เกณฑ์มาตรฐานกลางของประเทศ ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข การกำกับดูแล การตรวจสอบ ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ หรือจังหวัดนั้นๆ ด้วยตามที่กำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจ

ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 จะมีการจัดทำแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจที่ชัดเจนทุก 3 ปี ทั้งยังมีการกำหนดเป้าหมายในเชิงภารกิจ และขอบเขตการคลัง ท้องถิ่นที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน โดยการจัดบริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลนั้น ก็ถูกระบุให้อยู่ภายใต้ภารกิจขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ด้วย<sup>(6)</sup> และได้กำหนดภารกิจด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่ต้องถ่ายโอนให้กับ อบต. โดยผ่าน กสพ. มีหมวดเงินอุดหนุนการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน ค่าสังคมสงเคราะห์ ค่าอาปนกิจ และค่าอาหารผู้ป่วยโรคเรื้อน ปรากฏอยู่ในแผนด้วย ทั้งนี้ ให้ระบุให้ถ่ายโอนภายในปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นมา

3.2 ผลกระทบจากการกระจายอำนาจให้บริการสุขภาพจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น <sup>(7)</sup>

3.2.1 ผลกระทบด้านลบ

1) ถ้าการบริหารกิจการท้องถิ่นยังไม่เข้มแข็งและมีสมรรถนะเพียงพอ ย่อมส่งผลให้บริการด้านสุขภาพมีคุณภาพด้อยลง ขณะเดียวกันโอกาสที่ประชาชนในท้องถิ่นจะสามารถเข้าถึงบริการอาจไม่เท่าเทียมกันมากขึ้น

2) การลดบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารงานบุคคลและพัสดุเท่ากับเป็นอำนาจสำรองของรัฐบาลในการจัดการทรัพยากรสุขภาพ เช่น การสำรองกับบริษัทเอกชนที่ผลิตยา วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือ ชาติ

นโยบายควบคุม การผลิตบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจากเอกชน หรือสถานศึกษาต่าง ๆ

3) ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำ และไม่เป็นธรรมระหว่างท้องถิ่นที่มีรายได้มากกับท้องถิ่นที่ยากจน หรือเขตเมืองกับเขตชนบท

4) อำนาจการเมืองท้องถิ่นมีพลังมากขึ้น แต่กลับใช้อำนาจนั้นอย่างไม่เป็นธรรม หรือไม่สอดคล้องกับแนวนโยบายส่วนกลาง และนโยบายสุขภาพแห่งชาติก็จะด้อยประสิทธิภาพและประสิทธิผลลงไปด้วย

### 3.2.2 ผลกระทบด้านบวก

1) ทำให้เกิดการบริการด้านสุขภาพที่มีเอกภาพ รายได้ ขอบเขต พื้นที่ หรือการบริหารส่วนท้องถิ่นเดียวกัน

2) ควบคุมต้นทุนและลดความซ้ำซ้อนของการจัดบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

3) สามารถลดความไม่เป็นธรรมระหว่างเขตและท้องถิ่น ได้โดยการจัดสรรทรัพยากรจากส่วนกลาง ภายใต้เงื่อนไขที่คำนึงถึงความเสมอภาค

4) มีการดำเนินงานจัดบริการของรัฐและเอกชนผสมผสานกันได้ใกล้ชิดมากขึ้น

5) สร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในระดับสูงสามารถปรับลดภารกิจ

ในการบังคับบัญชา มาทำหน้าที่ควบคุมกำกับนโยบายได้มากขึ้น

6) ส่งเสริมให้มีการดำเนินการตามแผนงานสุขภาพได้คล่องตัวยิ่งขึ้น อันเป็นผลจากการลดการควบคุมที่เข้มงวด และปล่อยให้มีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ ภายในพื้นที่ให้ตอบสนองต่อประชาชน

7) เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในด้านการคลังเพื่อสุขภาพของชุมชนมากยิ่งขึ้น

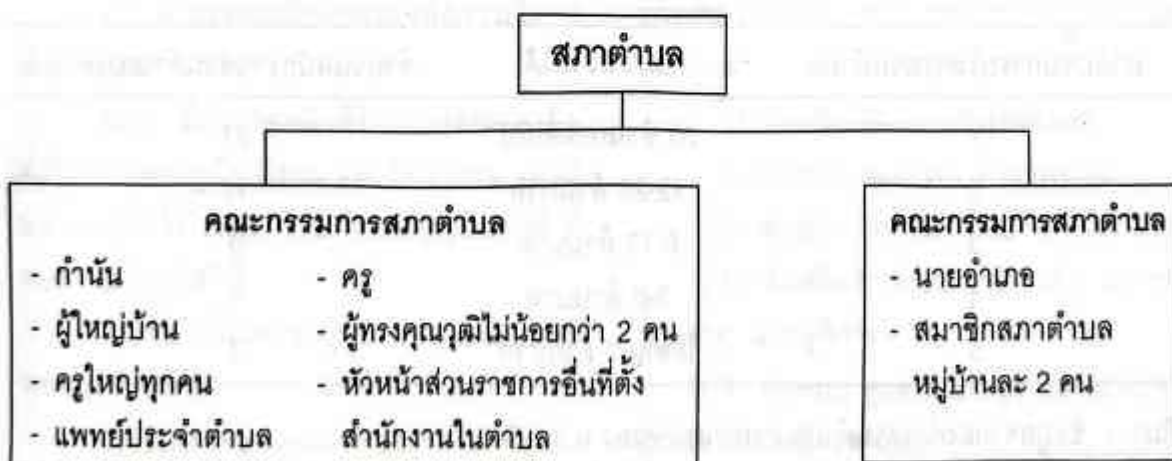
## 4. แนวคิดเกี่ยวกับองค์การบริหารส่วนตำบล

### 4.1 ความหมายและวิวัฒนาการ<sup>(9)</sup>

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) คือหน่วยราชการส่วนท้องถิ่น มีฐานะเป็นนิติบุคคล และราชการส่วนท้องถิ่น จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2538

ก่อนจะเป็น อบต. ในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาจากการปกครองส่วนภูมิภาค ในรูปแบบของสภาตำบล โดยเริ่มจัดเจนขึ้นจาก คำสั่งกระทรวงมหาดไทยที่ 222 / 249 ลงวันที่ 8 มีนาคม 2538 โดยจัดให้มีสภาตำบลนอกเขตเทศบาล และสุขาภิบาล ดังโครงสร้างใน ภาพที่ 1

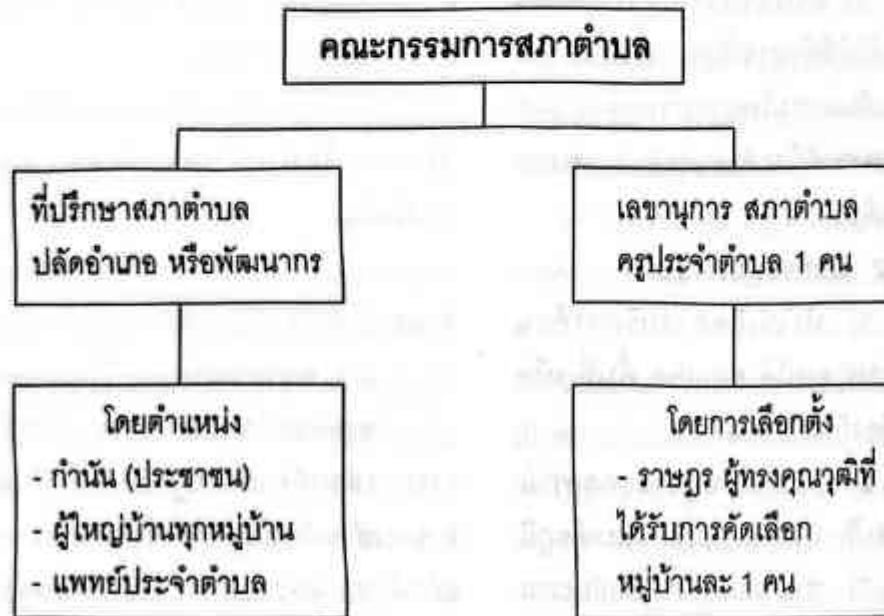
ภาพที่ 1 โครงสร้างสภาตำบลตามคำสั่งกระทรวงมหาดไทย ที่ 222 /249



ต่อมา ได้มีคำสั่งกระทรวงมหาดไทย ที่ 275/2509 ให้ยกเลิกคำสั่งที่ 222/2499 เพื่อจัดระเบียบใหม่ จนปี พ.ศ. 2515 ได้มีประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่

326 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2515 ให้ยกเลิกสภาตำบลเดิม จัดตั้งรูปแบบใหม่ เป็นคณะกรรมการสภาตำบล ดังโครงสร้างในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 โครงสร้างสภาตำบลตามพระราชบัญญัติคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 326/2513



ต่อมาในปี 2537 ได้มีการออกประกาศใช้พระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล ส่งผลให้สภาตำบลทั้งหมด มีฐานะเป็นนิติบุคคล และกำหนดให้สภาตำบลที่มีรายได้ไม่รวมเงินอุดหนุน ในปีงบประมาณที่ล่วงมาติดต่อกัน 3 ปี เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 150,000 บาท ให้ยกฐานะ

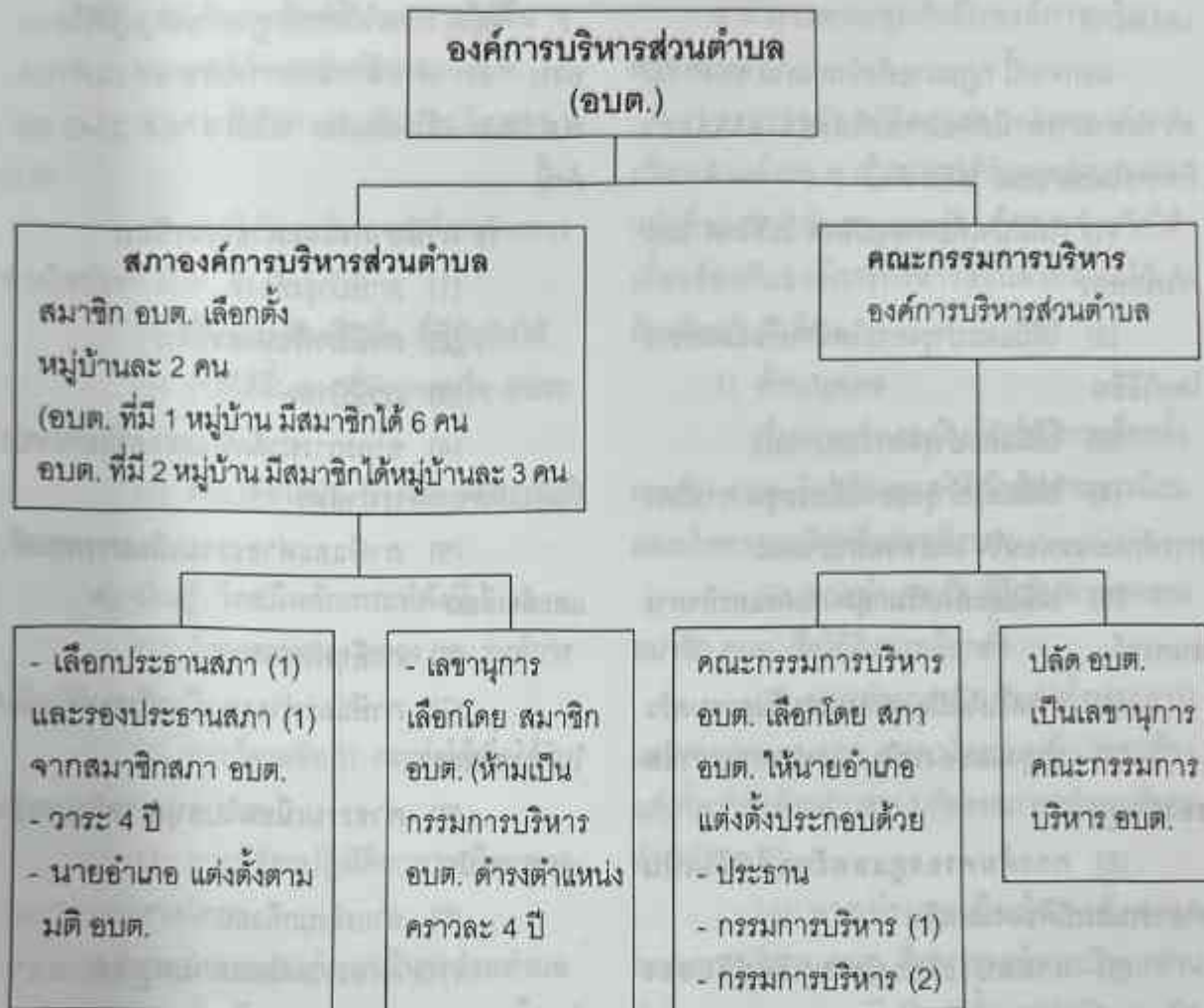
เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล โดยทำเป็นประกาศของกระทรวงมหาดไทย และให้ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา ซึ่งใช้รายได้เป็นหลักเกณฑ์สำคัญในการจัดลำดับชั้นของ อบต. เป็น 5 ลำดับชั้น ดังตารางที่ 1 และโครงสร้าง อบต. ดังภาพข้างล่าง

ตารางที่ 1 การแบ่งชั้นองค์การบริหารส่วนตำบล และจำนวนพนักงานส่วนตำบล

ลำดับชั้นการบริหารส่วนตำบล	เกณฑ์รายได้	จำนวนพนักงานส่วนตำบล (คน)
1	20 ล้านบาทขึ้นไป	21
2	12-20 ล้านบาท	12
3	6-12 ล้านบาท	6
4	3-6 ล้านบาท	4
5	ไม่เกิน 3 ล้านบาท	3

ที่มา : ข้อมูลจากองค์กรส่วนตำบล กรมการปกครอง พ.ศ. 2541

ภาพที่ 3 โครงสร้างขององค์การบริหารส่วนตำบล ตาม พ.ร.บ. สภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2542<sup>(9)</sup>



**4.2 อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล**

อบต. มีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาตำบล ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และมี บทบัญญัติ ไว้ในกฎหมาย โดยบัญญัติหน้าที่ ที่ อบต. จะต้องทำดังนี้

- 1) จัดให้มีและบำรุงรักษาทางน้ำ และ ทางบก
- 2) รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ

ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งกำจัดมูลฝอยและ สิ่งปฏิกูล

- 3) ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ
- 4) ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- 5) ส่งเสริมการศาสนา ศึกษา และวัฒนธรรม
- 6) ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ
- 7) คุ้มครอง ดูแล และบำรุงรักษาทรัพยากร ธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม



8) บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น (หน้าที่ที่เพิ่มเติมเข้ามาใหม่)

9) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ทางราชการมอบหมาย

นอกจากนี้ กฎหมายยังกำหนดให้ อบต. ที่มีความสามารถ มีศักยภาพเพียงพอ อาจจัดทำกิจการในเขต อบต. ได้อีก ดังนี้

(1) ให้มีน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภค และการเกษตร

(2) ให้มีและบำรุงการไฟฟ้าหรือแสงสว่างโดยวิธีอื่น

(3) ให้มีและบำรุงทางระบายน้ำ

(4) ให้มีและบำรุงสถานที่ประชุม การกีฬา การพักผ่อนหย่อนใจ และสวนสาธารณะ

(5) ให้มีและส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรและกิจการสหกรณ์

(6) ส่งเสริมให้มีอุตสาหกรรมในครอบครัว

(7) บำรุงและส่งเสริมการประกอบอาชีพของราษฎร

(8) การคุ้มครองดูแลทรัพย์สินอันเป็นสาธารณสมบัติของแผ่นดิน

(9) หาผลประโยชน์จากทรัพย์สินขององค์การบริหารส่วนตำบล

(10) ให้มีตลาด ท่าเทียบเรือ และท่าข้าม

(11) กิจการเกี่ยวกับการพาณิชย์

(12) การท่องเที่ยว (หน้าที่ ที่เพิ่มเติมเข้ามาใหม่)

(13) การผังเมือง (หน้าที่ ที่เพิ่มเติมเข้ามาใหม่)

อำนาจหน้าที่ของ อบต. ที่กล่าวมานั้น ไม่เป็นการตัดอำนาจหน้าที่ของกระทรวง ทบวง กรม หรือองค์การ หรือหน่วยงานของรัฐ ในอันที่จะดำเนินกิจการใด เพื่อประโยชน์ของประชาชนในตำบล แต่ต้องแจ้งให้ อบต. ทราบล่วงหน้าตามสมควร ในกรณีนี้หาก อบต. มีความเห็นเกี่ยวกับการดำเนิน

กิจการ ดังกล่าว ให้กระทรวง ทบวง กรม องค์การ หรือหน่วยงานของรัฐ นำความเห็นของ อบต. ไปประกอบการพิจารณาดำเนินกิจการนั้นด้วย

#### 4.3 รายได้ขององค์การบริหารส่วนตำบล

อบต. มีรายได้ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ตาม พรบ. สถาปนาและการบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2542 (9) ดังนี้

##### 1) ภาษีอากรและค่าธรรมเนียม

(1) ภาษีบำรุงท้องที่

(2) ภาษีโรงเรือนและที่ดิน

(3) ภาษีป้าย

(4) อากกรการฆ่าสัตว์ และผลประโยชน์อื่นอันเกิดจากการฆ่าสัตว์

(5) ภาษีและค่าธรรมเนียมรถยนต์และล้อเลื่อน

(6) ภาษีธุรกิจเฉพาะ

(7) ภาษีและค่าธรรมเนียมใบอนุญาตในการขายสุรา

(8) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตในการเล่นการพนัน

(9) อากรังนกอีแร่น

(10) ค่าธรรมเนียมตามกฎหมายว่าด้วยน้ำบาดาล

(11) อากรประทานบัตรใบอนุญาตและอาชญาบัตรตามกฎหมายว่าด้วยการประมง

(12) ค่าภาคหลวงและค่าธรรมเนียมปิโตรเลียมตามกฎหมายว่าด้วยป่าไม้

(13) ค่าธรรมเนียมและจดทะเบียนสิทธิและนิติกรรมตามประมวลกฎหมายที่ดิน

(14) ค่าภาคหลวงปิโตรเลียมตามกฎหมายว่าด้วยปิโตรเลียม

(15) ค่าภาคหลวงแร่ตามกฎหมายว่าด้วยแร่

(16) เงินที่เก็บตามกฎหมายว่าด้วยอุทยานแห่งชาติ



(17) ภาษีมูลค่าเพิ่ม

(18) ค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต และ

ค่าปรับตามที่กฎหมายกำหนด

**2) เงินอุดหนุนรัฐบาล**

**3) รายได้จากทรัพย์สินและรายได้อื่น ๆ**

(1) รายได้จากทรัพย์สินของ อบต.

(2) รายได้จากสาธารณูปโภคของ

อบต.

(3) รายได้จากกิจการเกี่ยวกับการ

พาณิชย์ของ อบต.

(4) เงินและทรัพย์สินอื่น ที่มีผู้อุทิศให้

(5) รายได้อื่นตามที่รัฐบาลหรือ หน่วย

งานของรัฐจัดสรรให้

(6) รายได้อื่นตามที่มีกฎหมายให้

เป็นของ อบต.

**4) เงินกู้ โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้**

(1) กู้จากกระทรวง ทบวง กรม องค์การ

หรือนิติบุคคล

(2) การกู้ตามข้อ 1) กระทำได้เมื่อได้รับ

อนุญาตจากสภา อบต.

(3) การกู้ต้องปฏิบัติตามระเบียบของ

กระทรวงมหาดไทย

**4.4 รายจ่ายขององค์การบริหารส่วนตำบล**

(1) เงินเดือน

(2) ค่าจ้าง

(3) เงินค่าตอบแทนอื่น ๆ

(4) ค่าใช้สอย

(5) ค่าวัสดุ

(6) ค่าครุภัณฑ์

(7) ค่าที่ดิน สิ่งก่อสร้าง และทรัพย์สิน

อื่น ๆ

(8) ค่าสาธารณูปโภค

(9) เงินอุดหนุนหน่วยงานอื่น ๆ

(10) รายจ่ายอื่นใดตามข้อผูกพัน หรือ

ตามที่กฎหมายหรือระเบียบของกระทรวงมหาดไทย

กำหนดไว้

(11) ค่าตอบแทนประธานกรรมการ

บริหาร สมาชิกสภา อบต. เลขานุการสภา อบต.

กรรมการบริหารและเลขานุการคณะกรรมการบริหาร

โดยจะต้องเป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย

**4.5 การควบคุมกำกับองค์การบริหาร**

**ส่วนตำบล**

พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การ

บริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ได้กำหนดอำนาจและ

หน้าที่ของนายอำเภอ และผู้ว่าราชการจังหวัดให้

เกี่ยวข้องกับองค์การบริหารส่วนตำบลเอาไว้ 3

ด้านด้วยกัน<sup>(6)</sup> คือ

**1) ด้านบุคคล**

(1) นายอำเภอเป็นผู้จัดให้มีการเลือกตั้ง

สมาชิก อบต. โดยต้องดูแลให้เป็นไปตามระเบียบ

และเกิดความบริสุทธิ์และยุติธรรม

(2) นายอำเภอเป็นผู้รับใบลาออกของ

สมาชิก อบต. ซึ่งได้รับการเลือกตั้ง

(3) นายอำเภอเป็นผู้แต่งตั้งประธาน

และรองประธานสภา อบต. โดยนายอำเภอจะต้อง

แต่งตั้งบุคคลดังกล่าวตามมติของสภาองค์การบริหาร

ส่วนตำบล

(4) นายอำเภอเป็นผู้แต่งตั้งคณะ

กรรมการบริหาร อบต. ซึ่งสภาองค์การบริหารส่วน

ตำบล จะประชุมและมีมติแต่งตั้งจากกำนัน สมาชิก

อบต. ที่เป็นผู้ใหญ่บ้านไม่เกิน 2 คน และจากสมาชิก

สภาองค์การ อบต. ซึ่งได้รับการเลือกตั้งไม่เกิน 4 คน

โดยนายอำเภอจะต้องแต่งตั้งบุคคลดังกล่าว ตาม

มติของสภา อบต. เท่านั้น

(5) นายอำเภอรับหนังสือลาออกจาก

ตำแหน่งของประธานกรรมการบริหาร อบต. และ

ของกรรมการบริหาร

(6) นายอำเภอเป็นผู้แต่งตั้งกรรมการ

บริหาร อบต. เป็นประธานกรรมการบริหารชั่วคราว

ได้ หากประธานกรรมการบริหารว่างลง เนื่องจาก

เหตุอื่น นอกจากการครบวาระและไม่อาจเลือก

ประธานกรรมการบริหารขึ้นใหม่ได้

(7) ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้อนุญาต ตามคำร้องขอของ อบต. ให้ข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้าง ซึ่งอยู่ในอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัด ไปดำรงตำแหน่ง หรือ ปฏิบัติกิจการของ อบต. เป็นการชั่วคราวได้ โดยไม่ขาดจากต้นสังกัดเดิม แต่หากบุคคลนั้นเป็นข้าราชการ ที่มีได้อยู่ในอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัด ให้กระทรวงมหาดไทยทำความตกลงกับต้นสังกัด ของข้าราชการผู้นั้นก่อนแต่งตั้ง

### 2) ด้านงบประมาณการคลัง

(1) นายอำเภอเป็นผู้อนุมัติใช้ข้อบังคับ งบประมาณรายจ่ายของ อบต. เพื่อให้ อบต. ใช้ต่อไป กรณีที่นายอำเภอไม่อนุมัติร่างข้อบังคับงบประมาณ รายจ่าย ให้นายอำเภอส่งคืนร่างข้อบังคับนั้น ให้สภา อบต. ทบทวนใหม่ และหากสภา อบต. พิจารณาแล้ว ทบทวนยืนยันตามร่างกฎข้อบังคับงบประมาณเดิม ด้วยเสียงข้างมาก ให้นายอำเภอส่งร่างข้อบังคับ งบประมาณนั้นไปยังผู้ว่าราชการจังหวัดภายใน 15 วัน นับแต่วันที่สภา อบต. แจ้งมติยืนยันนั้น

(2) ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้พิจารณา วินิจฉัย กรณีเกิดความเห็นแย้งระหว่างนายอำเภอ กับ อบต. ในเรื่องข้อบังคับงบประมาณ ถ้าผู้ว่า ราชการจังหวัดพิจารณาแล้วเห็นชอบกับร่างข้อบังคับ งบประมาณรายจ่ายของ อบต. ให้ผู้ว่าราชการ จังหวัดส่งให้นายอำเภอลงชื่ออนุมัติ แต่ถ้าผู้ว่า ราชการจังหวัด พิจารณาแล้ว ไม่เห็นชอบ กับร่างข้อ บังคับงบประมาณรายจ่ายนั้น ให้ร่างข้อบังคับงบ ปรมาณรายจ่ายนั้นเป็นอันตกไป

### 3) ด้านการบริหารงาน

(1) นายอำเภอเป็นผู้เรียกประชุม เปิด และปิดสภา อบต. กรณีที่ยังไม่มีประธานสภา หรือประธานสภาไม่เรียกประชุมตามกำหนด

(2) นายอำเภอเป็นผู้เรียกประชุม สภา อบต. สมัยวิสามัญ เมื่อประธานสภา อบต. ประธาน กรรมการ หรือสมาชิกสภา อบต. ไม่ต่ำกว่ากึ่งหนึ่ง ของจำนวนสมาชิกทั้งหมดเท่าที่มีอยู่ เห็นว่าเป็น การจำเป็น และจะเป็นประโยชน์ของ อบต. และยื่น

คำร้องต่อนายอำเภอ

(3) นายอำเภอเป็นผู้อนุญาต ให้ขยาย เวลาในสมัยประชุมสามัญ และสมัยประชุมวิสามัญ ของสภา อบต.

(4) นายอำเภอเป็นผู้ลงชื่อให้ความ เห็นชอบร่างข้อบังคับตำบล ซึ่งเป็นกฎหมายท้องถิ่น บังคับใช้ในพื้นที่ แล้วประธานกรรมการบริหารจึง ลงชื่อ และประกาศใช้ข้อบังคับตำบลนั้นต่อไป

กรณีที่นายอำเภอไม่เห็นชอบกับร่างข้อ บังคับตำบล หากร่างข้อบังคับตำบลนั้นกำหนดให้มี โทษปรับไว้ด้วย ให้ร่างข้อบังคับตำบลนั้นตกไป แต่หากร่างข้อบังคับตำบลนั้นมีได้กำหนดโทษไว้ด้วย ให้นายอำเภอส่งร่างข้อบังคับตำบลนั้น คืนให้สภา อบต. ทบทวนใหม่ และหากสภา อบต. พิจารณา ทบทวนแล้ว ยืนยันตามร่างข้อบังคับตำบลเดิม ด้วย คะแนนเสียงไม่น้อยกว่าสองในสามของสมาชิกสภา อบต. ทั้งหมดเท่าที่มีอยู่ ให้ประธานกรรมการบริหาร ลงชื่อ และประกาศใช้เป็นข้อบังคับตำบลนั้นได้เลย โดยไม่ต้องขอความเห็นชอบจากนายอำเภออีก

## 5. แนวทางการศึกษาเปรียบเทียบภารกิจ ของนิคมโรคเรื้อนกับภารกิจของ อบต.

เพื่อเป็นแนวทางการเตรียมโอนมอบภารกิจ นิคมโรคเรื้อนให้แก่ อบต. ในอนาคต สมควรกำหนด แนวทางการศึกษาเปรียบเทียบภารกิจดังกล่าว ดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภารกิจของนิคมโรคเรื้อน กับการกิจของ อบต.

ภารกิจของนิคมโรคเรื้อน <sup>(11-12)</sup>	ภารกิจของ อบต. <sup>(9-10)</sup>
<b>งานสาธารณูปโภค</b> - สร้างถนน - ซ่อมบำรุงรักษาถนน - ปรับปรุง/ขยาย ซ่อมบำรุงระบบไฟฟ้า น้ำประปา - จัดสวัสดิการ ใช้ไฟฟ้าฟรี 15 หน่วยแรก	- จัดให้มี และบำรุงรักษาทางน้ำและทางบก มาตรา 67(1) - ให้มีให้บำรุงการไฟฟ้าหรือแสงสว่างโดยวิธีอื่น มาตรา 68(2) - ให้มีและบำรุงรักษาทางระบายน้ำ มาตรา 68(3)
<b>งานส่งเสริมอาชีพ</b> - การปลูกพืชไร่ - การปลูกผักปลอดสารพิษ - การเลี้ยงสัตว์ (ไก่ กบ วัว) - อุตสาหกรรม (โรงสีข้าว) - ดอกไม้ประดิษฐ์ ฯลฯ	- บำรุงและส่งเสริมการประกอบอาชีพของราษฎร มาตรา 68(7)
<b>งานพัฒนาสังคม</b> - อบรมสมาชิกนิคม - จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ	- ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ มาตรา 67(6)
<b>งานฟื้นฟูสภาพ</b> - จัดหากายอุปกรณ์ - แนะนำการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออ่อนแรง/อัมพาต - การดูแลรักษาแผล	- ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ มาตรา 67(6)

นอกจากนั้น สมควรพิจารณาลักษณะงานเฉพาะในนิคมโรคเรื้อนปัจจุบัน ซึ่งมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการจากโรคเรื้อน<sup>(13-14)</sup> ซึ่งเมื่อบูรณาการอินมอบให้แก่ อบต. จึงจำเป็นที่ อบต. จะต้องดำเนินการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน โดยอาจปรับแก้ตามความเหมาะสม คือ

- 1) งานอาชีพบำบัดและส่งเสริมอาชีพ
- 2) งานควบคุมดูแลและจัดสรรที่ทำกิน

- 3) งานด้านสังคมและปกครองภายใน
- 4) งานสาธารณูปโภค
- 5) งานให้การสงเคราะห์ผู้ป่วย
- 6) งานรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการป้องกันความพิการ
- 7) งานสถานสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนเรื้อนและขอทาน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ที่อนุญาตให้ศึกษาเรื่องนี้ และขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษา กรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ให้คำแนะนำที่มีคุณค่า

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. รัฐธรรมนูญกับการกระจายอำนาจ (Serial online) 20 / 6 / 2545, Available form : URL : <http://www.moph.go.th/oddh/baroda41.jpg>.
2. สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ. การศึกษาเพื่อวิเคราะห์นโยบายและพัฒนาแนวทางการกระจายอำนาจบริหารงานสาธารณสุขสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ม.ป.พ.); 2540.
3. สำนักวิชาการสาธารณสุข. นโยบายและแผนสาธารณสุข และโครงการปฏิรูประบบ บริการสาธารณสุข, 2543.
4. ชำนาญ ยุวบูรณ์. การรวมอำนาจและกระจายอำนาจ ปกครองของกฎหมายไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น ; 2503.
5. จรัส สุวรรณเวลา. ปฏิรูประบบการคลังไทย กระจายอำนาจสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ; 2538.
6. ชูวงศ์ ฉายะบุตร. การปกครองท้องถิ่นไทย. กรุงเทพฯ : ทิมนเศกการพิมพ์ ; 2539.
7. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ. รูปแบบทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
8. วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. สุขภาพปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี : บริษัทดีไซร์ จำกัด ; 2543.
9. กองราชการส่วนตำบล. กฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับองค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพฯ: อสารักษาดินแดน กรมการปกครอง ; 2542.
10. กองราชการส่วนตำบล. คู่มือการกำกับดูแลสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพฯ : อสารักษาดินแดน กรมการปกครอง ; 2541.
11. สมวงศ์ วงศ์วอนแสง. การสังคมสงเคราะห์ : แนวคิดการปฏิบัติและแนวทางที่จะนำมาประยุกต์ในการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน. (เอกสารอัดสำเนา) ; 2522.
12. กรมควบคุมโรคติดต่อ. แนวทางการฟื้นฟูสุขภาพและสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถานโรคเรื้อน. นนทบุรี : (ม.ป.ป.); 2545.
13. ธีระ รามสูต, บรรณาธิการ. 40 ปี ของการบุกเบิกและพัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์ ; 2541 .
14. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น. โครงการพัฒนาและส่งเสริมอาชีพผู้ป่วยโรคเรื้อน. (เอกสารอัดสำเนา) ; 2540.

การทบทวน วิเคราะห์ แนวคิดการกระจายอำนาจของงานด้านสาธารณสุขสู่องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อเตรียมการโอนมอบนิคมโรคเรื้อนในอนาคตเรื่องนี้ นับว่ามีคุณค่าประโยชน์ยิ่งสำหรับผู้บริหาร และนักวิชาการ ที่เกี่ยวข้องของสถาบันราชภัฏวไลยอลงกรณ์ กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และผู้ปกครองนิคมโรคเรื้อน ผู้ควรร่วมศึกษาแนวคิดดังกล่าวอย่างละเอียด และติดตามผลงานวิจัยเรื่องนี้ของคุณศรีสุนทร วิริยะวิภาต ผู้ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ เพื่อปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้กรุณานำข้อมูลส่วนต่าง ๆ มาเผยแพร่ในวารสารของเรา เพื่อให้ทุกคน และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจักได้นำแนวคิด และผลการวิจัยเรื่องนี้ไปประกอบการพิจารณาวางแผนในการถ่ายโอนอำนาจการบริหารนิคมโรคเรื้อนต่างๆ ให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลต่อไปตาม พรบ. การกระจายอำนาจโดยอาจใช้รูปแบบการวิจัยของนิคมโนนสมบูรณ์ขอนแก่นไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และข้อมูลแต่ละนิคม เพื่อทุกนิคมจะได้มีข้อมูลเบื้องต้นพร้อมที่จะใช้ประกอบการพิจารณากระจายอำนาจ และถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 14 นิคมต่อไปตามนโยบายและ พรบ. กระจายอำนาจ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

บรรณาธิการ

## บทเรียนจากการทดลองวัคซีนป้องกันโรคเรื้อนในสนาม

## Lessons Learned from Field Trials of BCG Vaccines Against Leprosy

โสภา ศรีสังข์งาม วท.บ. (ชีววิทยา)  
ฝ่ายโรคเรื้อนและมัยโคแบคทีเรียอื่น  
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

Sopa Srisungngam B.Sc (Biology)  
Section of Leprosy and other Mycobacteria  
National Institute of Health  
Department of Medical Sciences

การทดลองใช้วัคซีนบีซีจีป้องกันโรคเรื้อน  
ในอินเดียตอนใต้

การใช้วัคซีนป้องกันโรคเรื้อนในอดีตกาล  
เริ่มด้วยการใช้บีซีจีโดยอาศัยการทดสอบเลโปรมิน  
เป็นตัววัดผลจากวัคซีนบีซีจีสามารถ เปลี่ยนผล  
จากการทดสอบลบเป็นบวกได้<sup>(1)</sup> ซึ่งมีข้อจำกัด  
และปัญหาความยุ่งยากในด้านการออกแบบวางแผน  
การเลือกขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้ขนาดผู้รับการฉีด  
ใหญ่มากเพื่อเปรียบเทียบผลแตกต่างที่มีนัยสำคัญ  
ทางสถิติเพียงพอรหว่างกลุ่มฉีดวัคซีนและกลุ่ม  
ควบคุม<sup>(2-5)</sup> การวิจัยทดลองศึกษาประสิทธิผลของ  
วัคซีนบีซีจีในการป้องกันโรคเรื้อนได้ดำเนินการใน 4  
แห่งใหญ่ๆ คือ ที่ อูกานดา พม่า นิวกินี และอินเดีย  
ซึ่งพบว่าผลของวัคซีนแตกต่างกันมาก สรุปได้ว่า  
ความชะงัดในการป้องกันโรคเรื้อนได้ประมาณร้อยละ  
24-80<sup>(3, 6-7)</sup>

การวิจัยทดลองใช้วัคซีนบีซีจีป้องกัน  
โรคเรื้อนในแบบ doubled blind controlled trial  
ในอินเดียตอนใต้ที่เสร็จสมบูรณ์ที่สุด<sup>(8)</sup> ได้ดำเนินการ  
ทดลองระหว่างปี 2511 และ 2514 ในประชากร  
210,337 คน ผู้ได้รับการทดสอบผิวหนังด้วย PPD-S  
และ PPD-B แก่ผู้ให้วัคซีนจาก strain ฝรั่งเศสและ  
เดนมาร์กในขนาด 0.1 มก. และ 0.01 มก. (โดยใน  
อินเดียใช้ขนาดปกติ 0.1 มก.) ในกลุ่มควบคุมให้

dextran เป็นยาเทียม (placebo) การเลือกประชากร  
ตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างทุกราย การสำรวจข้อมูล  
พื้นฐานสำหรับโรคเรื้อนได้ดำเนินการ 5 ปี หลังให้  
วัคซีนในระหว่างปี 2516 - 2519 โดยจำกัดเฉพาะ  
ประชากรที่ได้รับวัคซีนเท่านั้น ได้ตรวจประชากร  
ทุกรายใน 191,696 ราย (ร้อยละ 91.4) ของผู้ที่ได้รับ  
วัคซีนและเก็บข้อมูลในระบบ cohort ไว้ ต่อมา  
ได้สำรวจซ้ำอีก 4 ครั้ง ห่างกันทุก 2 1/2 ปี เพื่อ  
ครอบคลุมประชากรทั้งหมด

การวัดผลความชะงัดในการป้องกันโรค  
(protective efficacy) ต่อ strains ของบีซีจีจาก  
ฝรั่งเศสและเดนมาร์ก พบว่าได้ผลเท่ากันประมาณ  
ร้อยละ 24 ในการตรวจ 484,000 person years  
ของผู้ที่ได้รับวัคซีนบีซีจี 0.01 มก. และ 0.1 มก. และ  
ยาเทียมจาก Cohort ผู้ได้รับยาเทียม พบผู้ป่วย  
โรคเรื้อน 4,238 ราย และพบว่าในผู้ได้รับบีซีจีขนาด  
0.1 มก. พบเป็นโรคเรื้อน 3,213 ราย ส่วนในผู้ได้รับ  
บีซีจีขนาด 0.01 มก. พบเป็นโรคเรื้อน 3,497 ราย  
(ดังตารางที่ 1)<sup>(1)</sup> ผลการเปรียบเทียบความชะงัด  
ในการป้องกันโรคเรื้อน (protective efficacy) ของ  
การให้บีซีจีขนาดสูง 0.1 มก. ได้อัตราความชะงัด  
ป้องกันได้ร้อยละ 24.4 เทียบกับที่ได้ผลร้อยละ 17.6  
เมื่อใช้วัคซีนขนาดต่ำ 0.01 มก. โดยสตรีได้รับ  
ผลป้องกันโรคเรื้อนสูงกว่าชายแต่ไม่มีนัยสำคัญ

เชิงสถิติ ในผู้ป่วยที่ผลการตรวจเช็บบวกไม่ได้ผลการป้องกันจากวัคซีนบีซีจีเลย (ดังตารางที่ 2)<sup>(1)</sup> จากการสำรวจครั้งแรกพบว่าความชะงัดในการป้องกันที่ดีที่สุดร้อยละ 57.8 พบในกลุ่มเด็กอายุ 0-4 ปี และการสำรวจซ้ำครั้งที่สอง ครั้งที่สามและครั้งที่สี่ลดลงเหลือร้อยละ 41.2, 32 และ 17.8 ตามลำดับ ถ้าพิจารณาผลสะสม (cumulative effect) จะพบการลดลงของ protective efficacy จากร้อยละ 57.8 ในระหว่าง 5- 7 1/2 ปี ของการติดตามเหลือร้อยละ 40.4 ระหว่าง 12 1/2 -15 ปี ของการติดตาม (ไม่มีข้อมูลของการติดตามใน 5 ปีแรกหลังให้วัคซีน)

สรุปข้อมูลความชุกพื้นฐานของผู้ได้รับวัคซีนขนาด 0.1 มก. อยู่ที่ 39.2 ต่อพัน ขนาด 0.01 มก. อยู่ที่ 42.9 ต่อพัน และผู้ได้รับยาเทียม (placebo) อยู่ที่ 46.5 ต่อพัน ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงหลักฐานที่พบว่ามี protective effect ของบีซีจีอยู่บ้างที่พบจากระดับการสำรวจข้อมูลพื้นฐานและสรุปได้ว่า protective efficacy มีได้ขึ้นอยู่กับการ exposure ต่อเชื้อวัณโรค หรือ environmental mycobacteria ซึ่งวัดจากการทดสอบผิวหนังด้วย PPD-S หรือ PPD-B ที่ให้ผลบวก

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์โรคเรื้อนและผลในการป้องกันโรคเรื้อนของการให้วัคซีนบีซีจีขนาดต่างๆ

	บีซีจีขนาด 0.1 มก.	บีซีจีขนาด 0.01 มก.	การให้ placebo
จำนวนของ incidence cases	3,213	3,497	4,238
person years experience	484,864	482,735	483,143
incidence per 1,000	6.6	7.2	8.8
protective efficacy (%)	24.4 (20.9-27.8)	17.4 (13.6-21.0)	

ตัวเลขในวงเล็บแสดง 95% confidence intervals : Mantel Heanszel test P=0.03

ตารางที่ 2 การกระจายของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ผลการตรวจเช็บบวกให้ผลลบแยกตามอายุและวัคซีนที่ใช้

อายุ (ปี)	วัคซีนที่ใช้			รวม
	0.1 มก. บีซีจี	0.01 มก. บีซีจี	placebo	
0-14	9	11	9	29
15-24	10	8	12	30
25-44	14	15	10	39
45+	7	5	11	23
รวม	40	39	42	121



สรุปได้ว่าการทดลองใช้วัคซีนบีซีจีป้องกันโรคเรื้อนในอินเดียตอนใต้ ได้ผลที่น่าสนใจด้านต่างๆ คือ

1. บีซีจี ขนาด 0.1 มก. ให้ผลชะงัดสามารถป้องกันโรคเรื้อนได้ร้อยละ 25 ซึ่งนับว่าไม่เพียงพอในแง่สาธารณสุข
2. บีซีจี ยังไม่สามารถป้องกันโรคเรื้อนชนิดเชื้อมากที่ตรวจพบเชือบวกจากผิวหนัง
3. ความชะงัดของบีซีจี (BCG efficacy) พบดีที่สุดในการป้องกันโรคเรื้อนในประชากรวัยเด็ก และ ไม่ค่อยได้ผลดีเมื่ออายุ 15 ปี ขึ้นไป
4. การเคยถูกกระตุ้นภูมิต้านทานจากการเคยสัมผัสกับเชื้อวัณโรคหรือไมโคแบคทีเรียในสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ส่งผลดีต่อ efficacy ของบีซีจี
5. บีซีจี มีบทบาทสำคัญในการลดโรคเรื้อนทั่วโลกมาก่อนและมีหลักฐานพบว่าถ้าให้บีซีจีซ้ำในขนาดสูงน่าจะได้ผลดีในการป้องกันโรคเรื้อนได้มากขึ้นในประชากรในพื้นที่ที่มีความชุกโรคสูง

### การทดลองใช้บีซีจี ผสมเชื้อโรคเรื้อนที่ฆ่าให้ตายแล้ว

ต่อมาจากสามารถเพาะเชื้อโรคเรื้อนได้จำนวนมากในตัวนิมเก้าสาย (armadillo) จึงสามารถศึกษา generation ต่อไปของวัคซีนในโรคเรื้อนได้ในขนาดใหญ่มากขึ้น โดยใช้วัคซีนผสมระหว่าง บีซีจี กับเชื้อโรคเรื้อนที่ฆ่าให้ตายแล้ว (killed *M.leprae*) ซึ่งได้ทดลองที่อำเภอ Karonga ของประเทศ Malawi ในปี 2533<sup>(9-11)</sup> และได้รับการติดตามผล 5-9 ปี โดยใน 129,000 คนที่ได้รับวัคซีนบีซีจีอย่างเดียวหรือบีซีจีผสมเชื้อโรคเรื้อนที่ฆ่าตายแล้ว ผลสรุปได้ว่าการใช้บีซีจี ขนาด 2 doses สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อนได้ร้อยละ 75 แต่ไม่มีผลป้องกันวัณโรค การออกฤทธิ์ป้องกันโรคเรื้อนได้เฉพาะในกลุ่มวัยเด็กเท่านั้น โดยไม่มีหลักฐานยืนยันว่าการเพิ่มผสมเชื้อโรคเรื้อนที่ตายแล้วเข้าไปผสมกับบีซีจีมีผลในการป้องกันโรคเรื้อนและ

วัณโรคได้ คือมิได้เพิ่ม efficacy ของบีซีจีในการป้องกันโรคเรื้อนเลย แต่การศึกษาวิจัยครั้งนี้มิได้ใช้ controlled trial โดยใช้จุดเริ่มต้นจากการประเมินจากผู้ที่เกิดแผลเป็น (BCG scar) และผู้ที่ไม่เกิดแผลเป็นใช้เป็นตัววัด evidence ของการได้รับวัคซีน

ผลการศึกษาดังกล่าวจึงช่วยเป็นการนำทางที่ดีต่อการควบคุมโรคเรื้อน และเป็นกุญแจสำคัญต่อการวิจัยวัคซีนใหม่ ๆ ในวัณโรค โดยการค้นพบ disease specific activity ของบีซีจี ซึ่งจะแตกต่างในประชากรต่าง ๆ<sup>(12)</sup>

### การศึกษาด้าน genome project ของเชื้อโรคเรื้อน และวัณโรค

การศึกษาดังกล่าวยังไม่เสร็จสมบูรณ์ เพื่อความหวังในการพัฒนา generation ใหม่ ๆ ของวัคซีนในโรคเรื้อน โดยความร่วมมือระหว่างงานวิจัยทาง immunology โรคเรื้อนและวัณโรค ซึ่งจะได้ผลก่อนโรคเรื้อนจะถูกกำจัดหมดไปแล้วหรือไม่ยังเป็นปัญหา<sup>(11)</sup>

### วิจารณ์ผล

ในการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคเรื้อน ขณะที่การควบคุมโรคเรื้อนโดยใช้ยาเคมีบำบัดผสม (multidrug therapy : MDT) สามารถรักษาผู้ป่วยหายและลดอัตราความชุกอย่างรวดเร็ว จนสามารถกำจัดได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศต่างๆ เกือบทั่วโลก คำถามจึงเกิดขึ้นว่าจำเป็นต้องพัฒนาและใช้วัคซีนต่อไปหรือไม่ และแม้โรคเรื้อนจะลดความชุกต่ำลงเรื่อยๆ แต่ขณะเดียวกันแต่ละปีก็ยังคงตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่เกิดขึ้น โดยอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ (detection rate of new cases) มิได้มีแนวโน้มลดลงคู่ขนานไปกับการลดต่ำของอัตราความชุก บางแห่งกลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ยังมีความชุกสูง สะท้อนถึงความจำเป็นจะต้องรักษานโยบาย และความมุ่งมั่นทางการเมืองในการรักษามาตรฐานคุณภาพของงาน

กำจัดโรคเรื้อนได้ในระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการค้นหาผู้ป่วยใหม่ การติดตามให้การรักษาด้วยยา MDT ให้ทั่วถึง เพราะโรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่มีระยะพักตัวนาน และการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ และเรื้อรัง และถ้าไม่รักษามาตรฐานการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนไว้ได้ ไมแน่ว่าโรคเรื้อนที่กำจัดได้สำเร็จจะกลับมาแพร่ระบาดมากขึ้นอีกได้หรือไม่ (resurgence) ดังนั้น วัคซีนป้องกันโรคเรื้อนที่มีความชะงัดสูงอาจยังต้องการและจำเป็นต้องใช้ในบางพื้นที่ที่มีปัญหาในอนาคตได้<sup>(1,13)</sup>

คำถามต่อไปเกี่ยวกับ feasibility ของการทดลองวัคซีนป้องกันโรคเรื้อนในอนาคตและการพิจารณาในแง่จริยธรรม<sup>(1)</sup> เพราะ detection rate ของการค้นหาผู้ป่วยใหม่หรือ incidence rate ยังพบมีการเปลี่ยนแปลง แต่การจะประมาณขนาดปัญหาจากใช้ incidence เป็นฐาน โดยใช้การสำรวจครั้งเดียว นับว่าไม่เพียงพอเพราะผู้ป่วยใหม่ที่พบเป็นการผสมระหว่างผู้ป่วยเก่าที่มีได้ค้นพบกับผู้ป่วยใหม่ที่เกิดขึ้นจริง การลดต่ำของ incidence จึงไม่แน่ชัดว่าเกิดจากการลดต่ำตามธรรมชาติของโรคหรือจากผลกระทบของการใช้ยา MDT หรือเกิดจากปัจจัยอื่นที่ยากที่จะกล่าว นอกจากนั้นในสภาวะความชุกต่ำ ทักษะทางคลินิกของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระบบบริการสุขภาพย่อมลดน้อยลงจนอาจไม่สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยเก่าและใหม่ได้หรือวินิจฉัยผิดพลาดได้ และถ้านับผู้ป่วยเก่าเป็นผู้ป่วยใหม่ (incidence cases) ก็อาจเป็นอันตรายเนื่องจากการเกิด underestimation ของ efficacy ของวัคซีน ยิ่งมีการสำรวจซ้ำอีก ยิ่งลด specificity ของการวินิจฉัยลงยิ่งทำให้ปัญหาดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นได้ ดังนั้นในการทดลองวัคซีนโรคเรื้อนในอนาคต จึงต้องพิจารณาการใช้ขนาดตัวอย่างประชากรที่ใหญ่มากทำให้มีปัญหาด้านการทำ cohort ทำให้การทดลองวัคซีนในอนาคตน่าจะมีปัญหายุ่งยาก โดยเฉพาะจำเป็นต้องพัฒนา

และวัดความแม่นยำของการวัด protection ที่เกิดจากวัคซีนด้วย

ในแง่จริยธรรม บางผู้เชี่ยวชาญอาจไม่ยอมรับการใช้บีซีจีต่อไปในการป้องกันโรคเรื้อนจากมีข้อจำกัดมาก และถ้ามีการใช้ placebo ในประชากรกลุ่มควบคุมก็มีความหวาดหวั่นว่าจะหาอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการได้หรือไม่ และถ้าไม่บอกล่วงหน้าก็จะผิดจรรยาบรรณ แม้จะลงนามยินยอมแล้วก็ตาม เพราะผิดการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย<sup>(13)</sup>

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.เบญจวรรณ เพชรสุศิริ หัวหน้าฝ่ายโรคเรื้อนและมัยโคแบคทีเรียอื่น สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่อนุญาติให้ศึกษาบททวนเรื่องนี้ และขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ งามสุด ที่ปรึกษากรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และกรมควบคุมโรคที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาที่มีคุณค่า

### เอกสารอ้างอิง

1. Fernandez JMM. Estudio comparative de la reaction de mitsuda con las reacciones tuberculinicas. Rev Argent Dermatol 1939; 23 : 425-53.
2. Convit J. Studies on leprosy in the German ethnic group of colonia Tovar, Venezuela Morbidity rate in BCG vaccinated and unvaccinated groups during five years. Int J Lepr 1956; 24 : 269-74.
3. Bachelli LM, Garbajosa G, Uemura K, et al. BCG vaccination of children against leprosy : Preliminary findings of the WHO-controlled trial in Burma. Bull Wild Hlth Org 1970; 42 : 235- 81.
4. Yanagisawa K. On the immunological relationship between tuberculosis and

- leprosy with special reference to the effect of BCG administration upon the prophylaxis of leprosy. *La Lepro* 1960; 26 : 37-47
5. Fernandez J. Influence of the tuberculosis factor on the clinical and immunological evolution of child contacts with leprosy patients. *Int J Lepr* 1953 ; 23 : 243-58.
  6. Bagashawe A, Scot GC, Russel DA et al. BCG vaccination in leprosy : final results of the trail in Karimui, Papua New Guinea, 1963-1979. *Bull Wld Hlth Org* 1989; 67 : 389-99.
  7. Kinnear Brown JA, Mary Stone M, Sutherland I. Trial of BCG vaccination against leprosy in Uganda. *Lepr Rev* 1969; 40 : 3-7.
  8. Gupta MD. Field trials of antileprosy vaccines. *Indian J Lepr* 1998 ; 70 : 363-7.
  9. Convit J, Sampson C, Zuniga M, et al. Immunoprophylaxis trial with combined *Mycobacterium leprae* / BCG vaccine against leprosy : preliminary results. *Lancet* 1992 ; 339 : 446-50.
  10. Karonga Prevention Trial Group. Randomized controlled trial of single BCG, repeated BCG or combined BCG and killed *Mycobacterium leprae* vaccine for prevention of leprosy and tuberculosis in Malawi. *Lancet* 1996 ; 348 : 17-24.
  11. Gupta MD. Early diagnosis of leprosy under field conditions. *Indian J Lepr* 1993 ; 65 : 3-12.
  12. Fine P, Colston J and Vasey T. Largest vaccine trial in Africa shows protection against leprosy but not tuberculosis. *Lepr Rev* 1996 ; 67 : 222- 4.
  13. อีระ รามสูต. ติดต่อส่วนตัว (personal communication) 22 มีนาคม 2548.

การทบทวนบทเรียนจากการศึกษาทดลองวัคซีนป้องกันโรคเรื้อนในชุมชนเรื่องนี้นับว่าเป็นประโยชน์ ทั้งต่อนักวิทยาศาสตร์ผู้สนใจการวิจัยพัฒนาวัคซีนโรคเรื้อน นักระบาดวิทยาและนักควบคุมโรค ผู้สนใจจะนำ วัคซีนป้องกันโรคเรื้อนไปทดลองใช้ในสนามหรือในพื้นที่แก่ประชาชน รวมทั้งนักบริหาร และนักเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุขที่จะพิจารณาความเหมาะสม และคุ้มค่า ทั้งการจะสนับสนุนการวิจัยและการทดลองใช้วัคซีน ในพื้นที่ รวมทั้งการพิจารณาใช้ประโยชน์วัคซีนในแง่การเสริมการรักษาด้วยยา MDT ในผู้ป่วยชนิด MB ที่ ภูมิคุ้มกันไม่มีในแบบ immunotherapy อาจคุ้มค่า และได้ผลเร็วกว่าการพิจารณาใช้ในการป้องกันโรคเรื้อน (immunoprophylaxis) ในวงกว้างซึ่งต้องการคำถาม และคำตอบจากการศึกษาวิจัยต่อไปอีกนานมาก

ศาสตราจารย์นายแพทย์อีระ รามสูต  
บรรณาธิการ

## โครงการรณรงค์ประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนในพื้นที่อำเภอ ที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุข ถวายเป็นพระราชกุศล ทรงครองราชย์ ครบ 60 ปี (โครงการ พร.ร. 60)

วิจิตรา ธารีสุวรรณ วท.ม. (สุขศึกษา)  
สถาบันราชประชาสมาสัย  
กรมควบคุมโรค

Vijitra Thareesuwan, M.Sc. (Health education)  
Raj Pracha Samasai Institute,  
Department of Disease Control

ด้วยในปี 2549 จะเป็นปีมหามงคลวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จะทรงครองราชย์เป็นปีที่ 60 มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และกรมควบคุมโรค โดยสถาบันราชประชาสมาสัย ได้จัดให้มีกิจกรรมเทิดพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่ทรงมีพระมหากรุณาธิคุณในงานสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานด้านโรคเรื้อน โดยจัดให้มี โครงการรณรงค์ประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนในพื้นที่อำเภอที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุข ถวายเป็นพระราชกุศลทรงครองราชย์ครบ 60 ปี หรือมีชื่อย่อว่า โครงการ พร.ร. 60 เพื่อรวมพลังเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน โดยให้ประชาชน หน่วยงาน องค์กร ทั้งภาครัฐ และเอกชน ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยประเด็นในการรณรงค์ครั้งนี้คือ เปิดประตูสู่วิถีใหม่ ร่วมใจกำจัดโรคเรื้อน

เป็นที่ทราบกันดีว่าโครงการควบคุมโรคเรื้อน ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ให้จัดสร้างสถาบันราชประชาสมาสัยแก่กระทรวงสาธารณสุข ให้ใช้เป็นสถานฝึกอบรมและผลิตพนักงานโรคเรื้อนให้เพียงพอต่อการขยายงานควบคุมโรคเรื้อนไปทั่วประเทศ และเพื่อการ

ศึกษาวิจัย เผยแพร่ความรู้ด้านโรคเรื้อนให้สังคมเข้าใจ ยอมรับ และลดความรังเกียจกลัวผิด ๆ นอกจากนั้น ยังพระราชทานทุนทรัพย์ให้สร้างโรงเรียน "ราชประชาสมาสัย" ขึ้นเพื่อเป็นโรงเรียนต้นแบบในการให้การศึกษาสงเคราะห์ แก่บุตรผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่เป็นโรคเรื้อนได้เรียนร่วมกับเด็กปกติทั่วไปได้ และยังได้พระราชทานทุนทรัพย์ในการก่อตั้ง "มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์" และ "มูลนิธิโรงเรียนราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์" เพื่อให้การสนับสนุนโครงการควบคุมโรคเรื้อน และการสงเคราะห์ฟื้นฟูสภาพต่อไปอีกด้วย รวมทั้งได้เสด็จพระราชดำเนินในพิธีวางศิลาฤกษ์ และเปิดอาคารต่างๆ ตลอดจนเสด็จเยี่ยมชมกิจการ และพระราชทานพระราชดำริและพระราชทฤษฎีต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานโรคเรื้อนทุกด้านจนประสบความสำเร็จ และสำเร็จด้วยดีตลอดมา

โครงการควบคุมโรคเรื้อนในพระราชดำริได้เริ่มขยายงานในปี พ.ศ. 2500 และบูรณาการในระบบบริการสุขภาพครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2519 สามารถบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2537 (อัตราความ

ชุกต่ำกว่า 1/10,000 ประชากร) โดยสามารถลด อัตราความชุกของโรคเรื้อรังในระดับประเทศ จาก 50 รายต่อประชากรหมื่นคนเมื่อเริ่มโครงการลงได้ ต่ำกว่า 1/10,000 ประชากร และได้ปรับเป็น โครงการกำจัดโรคเรื้อรัง เพื่อบูรณาการในระบบ บริการสุขภาพ ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (ปี พ.ศ.2545-2549) เป็นต้นมา แม้ว่า ในปีต่อมา หลังจากกำจัดโรคเรื้อรังระดับประเทศ ได้สำเร็จ อัตราความชุกโรคเรื้อรังจะลดลงอย่างต่อเนื่องก็ตาม โดยเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2547 มีอัตราความชุกของโรคเรื้อรังระดับประเทศลดเหลือ 0.26/10,000 ประชากร แต่ยังคงมีปัญหา ระดับอำเภอ ใน 55 อำเภอ ของ 22 จังหวัด ที่ยังมี อัตราความชุกของโรคเรื้อรัง  $\geq 1/10,000$  ประชากร อีกทั้งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดทิศทางแน่ชัดแล้วว่าประเทศที่บรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อรัง ระดับในประเทศแล้ว ให้มุ่งเน้นการกำจัดโรคเรื้อรัง ในระดับจังหวัดและระดับอำเภอต่อไป (sub-national elimination) ดังนั้น เป้าหมายที่สำคัญ ต่อไปของการเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน คือ การลดอัตราความชุกในระดับจังหวัด และระดับ อำเภอที่ยังมีอัตราความชุกของโรคเรื้อรัง  $\geq 1/10,000$  ประชากร ลงให้ต่ำกว่า 1/10,000 ประชากร ให้ได้ ภายใน ปี พ.ศ. 2550 ตามพันธกิจสากล

โครงการควบคุมโรคเรื้อรัง นับเป็นหนึ่งใน โครงการพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ดั่งนั้น เพื่อเป็นการเทิดพระเกียรติและเฉลิมฉลอง ในพระบรมราชวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้า อยู่หัว จะทรงครองราชย์เป็นปีที่ 60 ในปี พ.ศ. 2549 กรมควบคุมโรค จึงร่วมกับมูลนิธิราชประชาสมาสัยฯ จัดโครงการรณรงค์เร่งรัดกำจัดโรคเรื้อรังใน 73 อำเภอ ของ 27 จังหวัด ระหว่างวันที่ 16 มกราคม 2548 - 9 มิถุนายน 2550 ซึ่งควรต้องใช้มาตรการ เดียวกันเพื่อรณรงค์ เร่งรัด ลดอัตราความชุกโรค ไปพร้อมกัน เพื่อลดและกำจัดการแพร่โรคเรื้อรัง

ในชุมชนให้หมดไป

การที่จะบรรลุความสำเร็จดังกล่าวได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ และบูรณาการ จาก หน่วยงานภาครัฐ เอกชน ชุมชน และประชาชน ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน และประสาน สนับสนุน เพื่อบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน เป็นการร่วมเฉลิมฉลอง เนื่องในปีมหามงคลทรง ครองราชย์ เป็นปีที่ 60 ในปี พ.ศ.2549 ต่อไป

ในการดำเนินโครงการดังกล่าว จะเป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในกระทรวง สาธารณสุข และมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระ บรมราชูปถัมภ์ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชา สมาสัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สถาบันการศึกษา ท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน โดยจัดให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่

1. การสัมมนาสื่อมวลชน และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนตระหนัก และเห็นความสำคัญของโครงการควบคุมโรคเรื้อรังใน พระราชดำริ และร่วมรณรงค์โดยเสด็จพระราชกุศล เร่งรัดค้นหา แนะนำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่หลงเหลือ และเกิดใหม่ในชุมชน มาตรวจรักษา เพื่อลดและ กำจัดการแพร่โรคอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น
2. กระทรวงสาธารณสุข แจ้งขอความร่วมมือผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อแจ้งให้นายอำเภอ นัดหมายประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้อำนวยการ โรงเรียนในอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือรณรงค์ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แก่ประชาชน และนักเรียน ให้ร่วมมือกัน เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรัง หรือ โรคผิวหนังเนื้อขา ให้ไปรับการตรวจรักษา
3. การจัดส่งทีมเคลื่อนที่เอนกประสงค์ เชียงรุก ซึ่งมีแพทย์จากสถาบันราชประชาสมาสัย

หรือแพทย์ผิวหนัง จาก รพศ./รพท. เป็นหัวหน้าทีม เข้าไปดำเนินการตามมาตรการเชิงรุกในอำเภอสาธิต ที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ทั้งในด้านการศึกษา ประชาสัมพันธ์เชิงรุก การสำรวจค้นหาผู้ป่วย โรคเรื้อนแบบเร็ว โดยการสาธิต และสอนแนะนำขณะ ปฏิบัติงาน โดยทีมเคลื่อนที่เอนกประสงค์ (mobile multipurpose proactive team) ออกทำการสำรวจ หมู่บ้านแบบเร็ว (Rapid Village Survey : RVS) ในหมู่บ้านที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา ที่เป็นหมู่บ้าน สาธิต และทำหน้าที่ mobile health education ให้ความรู้เรื่องโรคโดยใช้คำว่า "โรคผิวหนังเนื้อขา" ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการแก่ร่างกายแทนคำว่า "โรคเรื้อน" ทีมเคลื่อนที่ให้สุขศึกษารอบหมู่บ้าน ร่วมกันแจกเอกสาร ใบปลิว ติดโปสเตอร์ที่แหล่ง ชุมชนในหมู่บ้าน ฯลฯ เพื่อให้ผู้ที่สงสัยว่าเป็น โรคเรื้อนมารับการตรวจรักษาที่สถานีนามัยและ โรงพยาบาลใกล้บ้าน (CUP, PCU)

4. แพทย์จากสถาบันราชประชาสมาสัย หรือแพทย์ผิวหนังอาสาสมัครจากโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ที่อยู่ใกล้เคียง ให้ทำการฝึก อบรมสาธิตในสนาม (on the spot training) แก่แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานควบคุม โรคเรื้อนในชุมชน ให้สามารถวินิจฉัยและตรวจ คัดกรองโรคเรื้อนออกจากโรคผิวหนังต่าง ๆ ได้อย่าง ถูกต้อง เพื่อให้การดูแล รักษา และป้องกันความ พิการ ฯลฯ ตามมาตรฐานงานควบคุม/กำจัด โรคเรื้อน รวมทั้งการฝึกอบรมสาธิตอาสาสมัครใน ชุมชน ให้สามารถคัดกรองและให้คำแนะนำแก่ ผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้อง

5. หลังจากทีมเคลื่อนที่เอนกประสงค์ เชิงรุกปฏิบัติภารกิจในการสอน และสาธิตการ สำรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนแบบเร็วแล้ว ภายในปี พ.ศ. 2548 (CUP, PCU) ของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอที่เป็นปัญหานั้น ๆ จะมีศักยภาพพร้อมที่จะร่วมมือกับนักวิชาการประจำ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการจัด ตั้งทีมเคลื่อนที่แบบเดียวกัน เพื่อดำเนินการรณรงค์ เร่งรัดเชิงรุก และค้นหาผู้มีอาการสงสัยโรคผิวหนัง เนื้อขาใหม่ให้ทั่วถึงรวม 2 รอบ ให้ครบทุกพื้นที่ที่มี ข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา ให้แล้วเสร็จก่อนสิ้นปี ราชประชาสมาสัย ของปี พ.ศ. 2550

6. กรมควบคุมโรคแจ้งขอความร่วมมือ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาพื้นฐาน และขอ ความร่วมมือผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษา พื้นฐานเขตพื้นที่ให้แจ้งโรงเรียนทุกแห่งในอำเภอที่มี อัตราความชุก  $\geq 1/10,000$  ประชากร จัดประกวด เรียงความเรื่อง "บทบาทของนักเรียนในการ ค้นหาผู้ป่วยโรคผิวหนังเนื้อขา" ซึ่งกรมควบคุมโรค โดยสถาบันราชประชาสมาสัย ร่วมกับมูลนิธิ ราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ คัดเลือก ให้รางวัลแก่ผู้ชนะเลิศประจำห้อง เพื่อมาพูด หน้าชั้นเรียน หลังจากนั้นให้คัดเลือกผู้ชนะเลิศ ประจำโรงเรียน เพื่อมาพูดหน้าเสาธง และเลือก ผู้ชนะการประกวดทั้งหมดเป็นอาสาสมัคร นักเรียน เข้าร่วมโครงการ ปรร.60 เพื่อโดยเสด็จพระราช กุศล ในการออกไปสำรวจค้นหาผู้มีอาการสงสัย เป็นโรคผิวหนังเนื้อขา ตามอาการสงสัยในแผ่นปลิว และแบบฟอร์ม โดยตรวจประชาชนคนละ 10 หลังคาเรือนรอบบ้านของตน และรอบบ้าน index case เพื่อรายงานและแนะนำส่งผู้สงสัยไปตรวจ รักษาที่โรงพยาบาล หรือสถานีนามัย (CUP, PCU) ใกล้บ้านต่อไป

7. โรงพยาบาล/สถานบริการด้าน สาธารณสุขทุกแห่ง ร่วมมือในการตรวจค้นหาผู้ป่วย โรคเรื้อนรายใหม่จากผู้ป่วยโรคผิวหนังรายใหม่ และ ผู้มีอาการเป็นโรคผิวหนังเรื้อรัง เกิน 3 เดือน รวมทั้ง จากผู้มีอาการกล้ามเนื้อเท้า ตา อ่อนแรง ขา ผ้อลีบ

8. โรงพยาบาล / สถานบริการด้านสาธารณสุข ทุกแห่งที่มีผู้ป่วยกำลังรักษา และระยะเฝ้าระวัง

ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตรวจผู้สัมผัสโรค  
ร่วมบ้าน ทุกราย ปีละ 1 ครั้ง เพื่อค้นหาโรคเรื้อน

9. มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรม  
ราชูปถัมภ์ สนับสนุนเงินช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อน  
รายใหม่ที่ไม่เคยรักษามาก่อน รายละ 600 บาท  
ในกรณีที่มาตรวจเอง และหากอาสาสมัคร หรือ  
แกนนำชุมชนเป็นผู้ค้นพบผู้ป่วย ให้ได้รับ คนละ  
300 บาท โดยให้ผู้ป่วยได้รับ 300 บาท

ทั้งนี้ เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2548 กรม  
ควบคุมโรค และมูลนิธิราชประชาสมาสัย ใน  
พระบรมราชูปถัมภ์ ได้จัดให้มีการสัมมนาเรื่อง  
ราชประชาสมาสัยเฉลิมพระเกียรติ ทรงครองราชย์  
ครบ 60 ปี ณ โรงแรมเรดิสัน กรุงเทพฯ โดยมี ฯพณฯ  
พลเอกพิจิตร กุลละวณิชย์ องคมนตรี เป็นประธาน  
ในพิธีเปิดการสัมมนาฯ และศาสตราจารย์นายแพทย์  
สุชัย เจริญรัตนกุล รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวง  
สาธารณสุข ให้เกียรติบรรยายพิเศษเรื่องนโยบาย  
การกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน พร้อมทั้งทำพิธีเปิด  
หมู่บ้านประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อน และมอบธง  
สัญลักษณ์โครงการ ปรร. 60 ให้ผู้แทนจังหวัดที่เป็น

พื้นที่เป้าหมายในโครงการ เพื่อประชาสัมพันธ์  
โครงการ ปรร.60 และเป็นการถ่ายทอดนโยบายการ  
เร่งรัดกำจัดโรคเรื้อนให้ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้อง  
นำไปดำเนินการ

การจัดงานครั้งนี้ ได้จัดให้มี mascot เป็น  
นกเหยี่ยว ซึ่งมีความหมายถึงการสอดส่อง ดูแล  
ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน และเป็นเหยี่ยวข่าว  
ในการประชาสัมพันธ์ นำข้อมูล ข่าวสาร ความรู้  
โรคเรื้อนไปสู่ชุมชน

ประชาชน อาสาสมัคร และผู้สนใจสามารถ  
ร่วมกิจกรรมโครงการ ปรร. 60 ได้ โดยเฉพาะ  
อย่างยิ่งในกิจกรรม เปิดประตูสู่ชีวิตใหม่ ร่วมใจ  
กำจัดโรคเรื้อน ด้วยการสำรวจตนเอง คนใน  
ครอบครัว รวมทั้งช่วยค้นหา และแนะนำผู้มีอาการ  
น่าสงสัยเป็นโรคเรื้อนให้รีบไปรับการตรวจรักษา  
และร่วมกิจกรรมการประกวดต่าง ๆ ตลอดจน  
สนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในชุมชน  
เพื่อร่วมโดยเสด็จพระราชกุศลให้โรคเรื้อนหมดไป  
สนองพระราชปณิธาน

**ผลการประกวดคำขวัญโรคเรื้อน ปี 2548**  
**จัดประกวดโดยมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์**  
**และสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค**

นวพร ดีมาก วท.ม. (สุขศึกษา)  
 สถาบันราชประชาสมาสัย  
 กรมควบคุมโรค

Nawaporn Deemark, M.Sc.(Health education)  
 Raj Pracha Samasai Institute,  
 Department of Disease Control

**ประเภทนักเรียน**

<b>รางวัลชนะเลิศ</b>	นายรัฐปราชญ์ ทาจำปา	
<b>คำขวัญ</b>	โรคเรื้อนต้องรอบรู้ เท้า มือ หรือดวงตา	หากเป็นอยู่เร่งรักษา จะไร้คำตำหนิการ

<b>รางวัลรองชนะเลิศ</b>	เด็กหญิงวรรดา จันดารักษ์	
<b>คำขวัญ</b>	ผิวหนังต่างชา อย่ามัวรอช้า	รีบไปรักษา อาจพาพิการ

<b>รางวัลชมเชย</b>	เด็กหญิงณิชากร เหลืองวรรณันท์	
<b>คำขวัญ</b>	โรคเรื้อนจะหมดไป สำรวจตรวจจตรา	ถ้าร่วมใจค้นหา วงต่างชาตามร่างกาย

**ประเภทนักศึกษา**

<b>รางวัลชนะเลิศ</b>	นางสาวพิชญานี ภูตระกูล	
<b>คำขวัญ</b>	โรคเรื้อนรักษาได้ พบแพทย์เร็วไว	ปลอดภัยไม่พิการ

<b>รางวัลรองชนะเลิศ</b>	นางสาวปวิณรัตน์ จันสดีไธ	
<b>คำขวัญ</b>	โรคเรื้อนรักษาได้ สังเกตวงต่างชา	เอาใจใส่รับค้นหา พบแพทย์ช้าอาจพิการ



รางวัลชมเชย	นายภาสกร โจนานนฤตม	
คำขวัญ	โรคเรื้อนจะหมดไป ชีวิตไม่ทุกข์ทน	ถ้าใส่ใจดูแลตน เราทุกคนต้องช่วยกัน

### ประเภทประชาชน

รางวัลชนะเลิศ	นางสุชาวดี ณัฐเสถณี	
คำขวัญ	โรคเรื้อนรักษาหาย	อยู่ร่วมได้ในสังคม

รางวัลรองชนะเลิศ	นายกฤษฏา ณ นคร	
คำขวัญ	ผู้ป่วยร่วมมือ โรคเรื้อนหมดไป	สังคมร่วมใจ เมืองไทยแข็งแรง

รางวัลชมเชย	นางมนัญญา ลาหาญ	
คำขวัญ	โรคเรื้อนรักษาหาย กำลังใจจากญาติมิตร	ไม่ติดต่อย่างที่คิด ช่วยพิชิตโรคเรื้อน

## ย่อเอกสาร

### Comparison of Two Different PCR Amplification Products (the 18-kDa protein gene vs RLEP Repetitive Sequence) in the Diagnosis of *Mycobacterium leprae*.

Kang TJ, Kim SK, Lee SB, Chae GT and Kim JP. Clin Exp Dermatol 2003; 28 : 420-4.

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการทางอณูชีววิทยาที่ดีที่สุดในการวินิจฉัยโรคเรื้อนโดยใช้ primers ที่จำเพาะของเชื้อโรคเรื้อน 2 ชุด ศึกษาจากการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังและการตรวจย้อมเชื้อด้วยวิธีกรีร์รองจากผู้ป่วยโรคเรื้อน 67 ราย เพื่อนำมาตรวจโดย touchdown (TD) PCR, โดยใช้ primer ดังกล่าวมา amplify กับ 129-bp fragment ของ RLEP repetitive sequence และ 360-bp fragment ของ 18 k Da protein gene ของเชื้อโรคเรื้อนผลการวิจัยพบว่า .47 ใน 30 (ร้อยละ 56.7) ของ specimens จากการตัดชิ้นเนื้อผิวหนัง และ 4 ใน 37 (ร้อยละ 10.8) ของจากการขูดผิวหนังตรวจเชื้อโรคเรื้อนพบผลบวกจากการใช้ primer ของ 18-k Da protein gene และ 26 ใน 30 (ร้อยละ 80) ของ specimen จากชิ้นเนื้อ และ 27 จาก 37 (ร้อยละ 73) จากการขูดผิวหนังตรวจเชื้อโรคเรื้อนให้ผลบวกพบ PCR products ได้ใน RLEP repetitive sequence โดยยังพบด้วยว่า 21 จาก 31 ราย (ร้อยละ 67.7) ของผู้ป่วยที่พบ bacterial index เป็นศูนย์ สามารถตรวจพบ PCR บวกได้โดยใช้ primer repetitive sequence ผลการวิจัยจึงช่วยยืนยันว่า การค้นหาเชื้อโรคเรื้อนโดยใช้ PCR ด้วย primers ต่อ RLEP sequence ให้ความไวและความจำเพาะสูงกว่าการใช้ PCR กับ 18-k Da protein gene primers และการขูดผิวหนังเพื่อตรวจเชื้อโรคเรื้อนและมาตรวจด้วย PCR โดย RLEP repetitive sequences เป็นเครื่องมือหรือวิธีที่มีประโยชน์มากในการตรวจหา DNA ของเชื้อโรคเรื้อน แม้จะพบในระดับที่ต่ำมากก็ตาม

ย่อโดย สุกัญญา วัฒนโกศยกิจ ดิกรวิชัยเฉลิมพระเกียรติชาคาเวออุทิศ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

### Fatal Lucio's Phenomenon in 2 Patients with Previously Undiagnosed Leprosy

Ang P, Tay YK, Ng SK and Seow CS. J Am Acad Dermatol 2003; 48 : 958-61

ผู้รายงานได้รายงานผู้ป่วย 2 ราย ที่พบเป็นโรคเรื้อนชนิด Lucio's phenomenon ที่หายากมากในปัจจุบัน ผู้มีอาการกำเริบรุนแรงจากเกิดโรคเหนือชนิดที่สองจนเสียชีวิต โดยผู้ป่วยจัดเป็นโรคเรื้อนชนิดเลโปรมาตัสที่เป็น diffuse nonnodular type การวินิจฉัยว่าเป็น Lucio's phenomenon ค่อนข้างยากมาก เพราะยังไม่มี predictive factors และแม้จะให้ยารักษาอย่างดีที่สุดก็ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยที่หายากไว้ได้

ย่อโดย แพทย์หญิงพนิดา ยุทธเนตร สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

### Localized Lepromatous Leprosy Presenting as a Painful Nodule in a Muscle.

Thappa DM, Dave S, Karthikeyan K, Laxmisha C and Jayanthi S. Indian J Lepr 2002; 74 : 237-62

โรคเรื้อรังชนิดเลโปรมาตัสโดยทั่วไปจะมีรอยโรคพบเป็นวงต่าง ตุ่มเล็กๆ ตุ่มใหญ่ๆ หรือแผ่นนูนแดงหนาตามผิวหนังทั่วไป ในการจำแนกชนิดโรคเรื้อรังของอินเดีย เชื่อว่าโรคชนิดนี้กำเริบมาจากโรคเรื้อรังชนิดบอร์เตอร์ไลน์ รอยโรคเรื้อรังชนิดบอร์เตอร์ไลน์ เลโปรมาตัสและเลโปรมาตัสที่พบเฉพาะบริเวณของผิวหนังมักพบได้ยากมากและเป็นชนิดที่ไม่ปกติผันแปรไปโดยพบเป็นตุ่มใหญ่ๆ ตุ่มเดี่ยวหรือเป็นตุ่มเล็กและตุ่มใหญ่อยู่ด้วยกันเฉพาะที่ของผิวหนังทั่วไปยังเป็นปกติ สำหรับรายที่พบนี้เป็นตุ่มใหญ่ที่ปวดมากอยู่ลึกในกล้ามเนื้อ bicep ของแขนส่วนบนด้านซ้ายซึ่งไม่ค่อยพบได้บ่อยนัก

ย่อโดย นายแพทย์วิฑูรย์ สิทธิเวดิน สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

### A Fatal Case of Erythema Necroticans

Davis SV, Shenoi SD, Balachandran C and Pai SB. Indian J Lepr 2002; 74 : 145-9.

อาการของโรคเนื้อชนิดที่สอง (Erythema Nodosum Leprosum : ENL) โดยทั่วไปจะตรวจพบมีตุ่มอักเสบสีแดงปนม่วงซึ่งปวดและกดเจ็บตามบริเวณใบหน้า แขน และขา และในรายที่มีอาการรุนแรง ตุ่มจะอักเสบมาก จนเกิดเป็นถุงน้ำใสๆ ขนาดเล็กและขนาดใหญ่ จนแตกเป็นแผลขนาดใหญ่ ซึ่งจัดเป็นโรคเนื้อชนิด erythema necroticans ที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ สาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากบุคคลปกติทั่วไป นอกจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางรายอาจเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังเองได้ เช่นจากการทำลายของไต อาการข้างเคียงและเป็นพิษจากยารักษาโรคเรื้อรัง ยาสเตอรอยด์และโลหิตเป็นพิษจากเกิดโรคเนื้อที่รุนแรงมาก รวมทั้งในรายที่ทางเดินหายใจอุดตันเฉียบพลันจากเกิดการบวมของกล่องเสียง สำหรับรายงานผู้ป่วยรายนี้ ที่เสียชีวิตจากเกิดโรคเนื้อชนิด erythema necroticans รุนแรงมาก จนเกิดอาการแทรกซ้อนโลหิตเป็นพิษจากการติดเชื้อที่แผลแตกของตุ่มเนื้อ และการติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ โดยมีสาเหตุหลักมาจากการใช้ยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ด้วย

ย่อโดย แพทย์หญิงวิมล วนอนันต์เดโช สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

### Pulsed Corticosteroid Therapy in Patients with Chronic Recurrent ENL : A Pilot Study.

Girdhar A, Chakma JK and Girdhar BK. Indian J Lepr 2003; 74 : 233-6.

ผู้รายงานได้ศึกษาเปรียบเทียบความชะงัดของการให้ยา betamethasone ขนาดต่ำ ในระบบ pulsed therapy กับการให้ยาสเตอรอยด์ตามปกติทางปาก ในผู้ป่วย chronic recurrent erythema nodosum leprosum (ENL) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทนยาได้ดี และพบว่าการใช้ยาสเตอรอยด์ในแบบ intermittent therapy ไม่มีผลดีขึ้นต่อการรักษาโรคเนื้อเรื้อรัง โดยอาจจากใช้ยาขนาดต่ำเกินไป และเว้นช่วงนานเกินไป และจัดเป็นโรคเนื้อที่ทั้งเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำใหม่ด้วย การรักษาด้วยยาสเตอรอยด์จึงไม่ได้ผล นอกจากต้องให้ยา thalidomide เท่านั้น แม้ยาสเตอรอยด์จะช่วยลดการอักเสบไว้ แต่การต้องให้ยานานๆ ทำให้เกิดผลเสีย เช่น อาการข้างเคียงและการติดยาจนหยุดยาไม่ได้ ฯลฯ เป็นต้น

ย่อโดย แพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา กรมควบคุมโรค

## Reactions in Borderline leprosy

Ramu G and Dejjikan KY. Indian J Lepr 2002; 74 : 115-28.

ผู้รายงานได้ศึกษาแบบ retrospective ในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดบอร์เดอร์ไลน์รวม 276 ราย ซึ่งอยู่ในระยะกำเริบ 157 ราย ไม่กำเริบ 119 ราย โดยติดตามนานถึง 10 ปี หลังการรักษาด้วยยาซัลโฟนาไมด์เดี่ยว โดยตรวจอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด และบันทึกผลการตรวจอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคต่อ ผลการศึกษาพบว่าความถี่ของโรคต่อพบน้อยมากในผู้ป่วยชนิด BT แต่พบที่มากที่สุดชนิด BL ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต่ออยู่ที่ชนิดของโรคเรื้อนและจำนวนรอยโรคที่มีมาก รวมทั้งการตรวจพบเชื้อมากและความเครียดทางจิตวิทยา ผลการติดตามตรวจทางจุลพยาธิวิทยา จากการตัดชิ้นเนื้อรอยโรคผิวหนังของผู้ป่วยในระยะแรกเมื่อเกิดโรคต่อและเมื่ออาการทุเลาดีขึ้น (subsidence) พบว่าสอดคล้องด้วยดีกับการจำแนกชนิดทางคลินิก โดยพบมี histological subsidence ใน 200 ราย (ร้อยละ 73) ขณะที่พบสภาพคงเดิมใน 36 ราย (ร้อยละ 13) รวมทั้งพบมี immunological upgrading ในร้อยละ 110 และ downgrading ในร้อยละ 4 นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการตรวจเชื้อและปฏิกิริยาจากการทดสอบเลปโตมินระหว่างผู้ป่วยระยะโรคกำเริบ (active) และระยะโรคสงบ (inactive) เพื่อนำปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษาไปพิจารณาประกอบในการให้การรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา

ย่อโดย นายแพทย์สมชาย รุ่งตระกูลชัย สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

## Knowledge and Practice of Eye-care among Leprosy Patients

Yowan P, Danneman K, Koshy S, Richard J and Daniel F. Indian J Lepr 2002; 74 : 129-35.

ผู้รายงานได้ศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตนในการดูแลตาของผู้ป่วยโรคเรื้อน 130 ราย ที่มาตรวจรักษาที่ศูนย์ฝึกอบรมและวิจัย schieffelin, Karigiri, Tamul Nadu, อินเดีย โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 74.6 มีความตระหนักที่ดีเกี่ยวกับโรคเรื้อน ร้อยละ 60 มีความรู้ในอาการแสดงเริ่มเป็นของโรคเรื้อนร้อยละ 74.6 เชื่อว่าโรคเรื้อนรักษาหายได้ และร้อยละ 36.9 รู้ว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสม (MDT) ต้องใช้ระยะเวลาานเท่าใด ผู้ป่วยน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40.8) ทราบว่าโรคเรื้อนทำให้ตาบอดได้และสามารถป้องกันได้ และพบว่าผู้ป่วยชาย (ร้อยละ 46.5) มีความรู้มากกว่าผู้ป่วยหญิง (ร้อยละ 22.6) อย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.001$ ) ความรู้ในการดูแลรักษาตาถูกต้องพบในผู้ป่วยร้อยละ 26.9 และรู้ว่าการตาของเยื่อตาเกิดจากโรคเรื้อน (ร้อยละ 27.7) ผู้ป่วยชาย (ร้อยละ 64.6) มีความรู้ในการป้องกันความพิการของตา มากกว่าผู้ป่วยหญิง (ร้อยละ 35.5) อย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.008$ ) และยังพบด้วยว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 25.4 ได้ปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายต่อตา โดยผู้ป่วยร้อยละ 21.5 ได้ใช้ยาพื้นบ้านรักษาอาการทางตา (ร้อยละ 26.3 ในผู้ป่วยชาย และร้อยละ 6.5 ในผู้ป่วยหญิง และผู้ป่วยทุกรายมีสมาชิกในครอบครัวช่วยดูแลรักษาตาด้วยดี ในผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุมีความรู้ในการดูแลรักษาตาสูงกว่าผู้ป่วยวัย 40 ลงมา ( $p = 0.026$ ) แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการแทรกซ้อนทางตาจะรู้วิธีดูแลรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาตาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มดังกล่าวยังมีในระดับต่ำมาก ความรู้ในผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้ ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่เข้าโรงเรียนมาแล้ว แต่การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกลุ่มหลังนี้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.02$ ) ผู้รายงานสรุปว่า การให้สุขศึกษาต้องเพิ่มมากขึ้นในด้านการให้ความรู้การดูแลป้องกันรักษาตาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้ สตรี และเด็ก

ย่อโดย นายแพทย์เสรี ชันติเศรษฐ์ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

## High Prevalence of Antimicrobial Resistance in Rapidly Growing Mycobacteria in Taiwan.

Yang SC, Hsueh PR, Lai HC, Teng LJ, Huang LM, Chen JM, Wang SK, Shic DC, Ho SW, and Luh KT. Antimicrob agents. Chemother 2003; 47 : 1958-62.

คณะผู้รายงานได้ศึกษาในปี พ.ศ.2535-2544 ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งชาติของไต้หวัน พบว่ามีการเพิ่มจำนวนของการตรวจแยกทางคลินิก พบเชื้อไมโคแบคทีเรียที่เจริญเติบโตเร็ว (rapidly growing mycobacteria : RGM) โดยสามารถตรวจพบ Broth microdilution MICs ของ 15 antimicrobial agents ใน 200 clinical isolates ของ RGM จัดเป็นไมโคแบคทีเรียชนิดต่างๆ คือ กลุ่ม Mycobacterium fortuitum (69 isolates), M.chelonae (39 isolates) และ M.abscessus (92 isolates) ผลการวิจัยแสดงว่าอัตราการดื้อยาของ isolates ดังกล่าวต่อยาปฏิชีวนะต่างๆ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันจัดอยู่ในเกณฑ์สูงมาก โดยยังพบว่ายา Anikacin ยังคงมีความชะงัดต่อ RGM isolates เกือบทั้งหมด ขณะที่ Clarithromycin ก็ยังชะงัดต่อกลุ่มเชื้อ M.abscessus (79% susceptibility) และ 65% ต่อกลุ่มเชื้อ M.fortuitum ส่วนใหญ่ของ isolates ของกลุ่มเชื้อ M.fortuitum ยังไวต่อยา ciprofloxacin (62%) และยา imipenen (61%) ความไวของเชื้อต่อยา conventional anti RGM agents อื่นๆ ของ isolates เหล่านี้ยังพบต่ำ แต่มีความแตกต่างกันอย่างมากใน species ต่างกัน สำหรับยาใหม่ๆ พวก fluoquinolones, levofloxacin, moxifloxacin, gatifloxacin และ meropenem พบว่ามีความชะงัดสูงใน in-vitro ต่อ isolates ของกลุ่มเชื้อ M.fortuitum มากกว่าอีก 2 species ของ RGM ขณะเดียวพบว่ายา Linezolid มีความชะงัดดีปานกลางต่อ RGM isolates เหล่านี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อ isolates ของ M.chelonae (ความไว 82%) ส่วน telithromycin ออกฤทธิ์ต่ำต่อ RGM isolates พวกนี้

ย่อโดย ดร.เบญจวรรณ เพชรสุขศิริ ติ๊กวิจัยเฉลิมพระเกียรติชาชาวาระอุทิศ กรม  
วิทยาศาสตร์การแพทย์

## ท่านถาม - เราตอบ

### ☐ คำถาม

ทุกปีจนถึงปัจจุบันข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขยังคงขะมักเขม้นเขียนเอกสารวิชาการเพื่อลงพิมพ์ในวารสารต่างๆ รวมทั้งวารสารสถาบันราชภัฏสงขลา เพื่อให้ได้รับการอนุมัติให้ดำรงตำแหน่ง นักวิชาการสายต่างๆ แต่จะเป็นนักวิชาการแท้จริงหรือไม่ ตนเองหรือใครจะบอกได้ อยากถามอาจารย์ธีระ ด้วยเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติและพัฒนาตนเองของนักวิชาการต่อไป

ศรีสุนทร วิริยะวิภาต

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น

### ✍ คำตอบ

คำถามนี้ตอบยากแม้ตัวผมเองก็ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นนักวิชาการกะเขาด้วยหรือเปล่า? เพราะที่จริงอาจเป็นแค่ "นักเขียน" บทความทางวิชาการและผลงานวิจัยหรือ "นักสอน" เวลาบรรยายสอนนักศึกษาและผู้รับการอบรมและเป็นแค่ "นักอ่าน" บทความและวารสารทางวิชาการ หรือเป็นเพียง "นักประยุกต์วิชาการ" เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติและพัฒนางานและคน แต่ถ้าข้าราชการผู้นั้นมีผลงานทางวิชาการและเขียนผลงานวิชาการที่ได้รับการลงพิมพ์เผยแพร่ในวารสารจนผ่านการประเมิน ได้รับแต่งตั้งเป็นนักวิชาการ เช่น นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ ก็น่าจะยอมรับได้ว่าสอบผ่านได้รับสถานภาพเป็นนักวิชาการโดยนิตินัย แต่ในทางพฤตินัยจะเป็นนักวิชาการจริงแท้แค่ไหน น่าจะอยู่ที่พฤติกรรมและผลงานทางวิชาการอย่างต่อเนื่องและการยอมรับจากประชาคมในแวดวงวิชาการที่เกี่ยวข้องนั้นๆ

ผมไม่มีเวลาไปค้นคว้าพจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน ถ้าสนใจจริงๆ ก็ขอผู้ถามลองไปค้นคว้าดูได้ แต่ก็คงจะไม่นิยามไว้ยาวมากนัก ผมจึงลองค้นหนังสือเก่าและใหม่ในห้องสมุดที่บ้านผม (ผู้สูงอายุไม่มีโอกาสไปค้นในห้องสมุดมหาวิทยาลัย) ก็โชคดีไปอ่านเจอหนังสือเก่าเรื่อง "คิดอย่างครู" เขียนโดยศาสตราจารย์สุมน อมรวิวัฒน์ จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ท่านเขียนไว้ในปี 2528 โดยมีสำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง เป็นผู้จัดพิมพ์ในหัวข้อบทความบทหนึ่งชื่อ "นักวิชาการที่แท้ตามการรับรู้ของข้าพเจ้า" สรุปได้ว่าควรมีคุณสมบัติรวม 7 ข้อ ดังนี้ :-

1. รู้ลึกและรู้รอบ โดยต้องศึกษาวิชาการสาขานั้นๆ ของตนให้รู้จักอย่างกระจ่าง ทุกปัจจัยองค์ประกอบ ปัญหา และสาเหตุ รวมทั้งเข้าใจวิชาข้างเคียงที่จะหนุนนำให้เกิดการแก้ปัญหาและพัฒนาศาสตร์สาขานั้นๆ ให้ยังประโยชน์กว้างขวางขึ้น
2. ค้นคว้าและคิดวิเคราะห์ คือ ต้องใฝ่รู้ ใฝ่เรียน ค้นคว้าเพิ่มเติมอยู่เสมอ ทั้งโดยการฟังและการอ่าน ซึ่งท่านอาจารย์ใช้คำว่า "นักวิชาการที่แท้ย่อมไม่รู้จักอิ่มในวิชาการ"
3. รู้ซึ่งแล้วแสดงออกให้ปรากฏ โดยการพูด เขียน หรือปฏิบัติงานความรู้อย่างดี
4. สามารถนำหลักวิชาไปประยุกต์ใช้ได้

5. มีความฉับไวและคล่องตัว เนื่องจากวงวิชาการมีความเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ นักวิชาการจึงต้องมีความฉับไวที่จะรับและปรับตัว สามารถสังเกต และเข้าถึงความเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ต้องสามารถรับสิ่งใหม่ มาปรับใช้กับสิ่งที่มืออยู่ได้

6. ไม่ติดอัตตา โดยนักวิชาการที่แท้ย่อมไม่หลงตนเอง ย่อมมีใจกว้างพร้อมรับคำวิจารณ์ และมีความบริสุทธิ์ใจในการวิพากษ์วิจารณ์ผู้อื่น

7. มีคุณธรรมของนักวิชาการ โดยนอกจากจะใฝ่รู้ ใฝ่เรียนแล้ว ยังเป็นผู้ที่มีศรัทธาต่อเพื่อนมนุษย์ ชื่อตรง จลอาด และยุติธรรม ไม่ใช้วิชาการเพื่อสนองคตินหาทางอามิสและตำแหน่ง แต่ใช้วิชาการเพื่อการสร้างสรรค์อย่างมีจุดหมายเพื่อส่วนรวม นักวิชาการที่แท้จึงไม่ขายตัว ไม่เป็นสมุนของผู้มีอำนาจและไม่ทำตนนำอภัยด้วยการเป็นคนประจบสอพลอ

จากคุณสมบัติทั้ง 7 ข้อที่ผมคิดว่าดีที่สุดและยังเป็นปัจจุบันที่สุดที่ท่านอาจารย์สุมนให้ไว้ น่าจะชัดเจนที่จะตอบปัญหานี้ และพอประเมินคุณภาพกันเองได้ว่าใครเป็นนักวิชาการที่แท้ หรือนักวิชาการเทียม รวมทั้งขอให้นักวิชาการทั้งหลายใช้หลักการทั้ง 7 ข้อเป็นแนวทางพัฒนาตนเองและนักวิชาการในกลุ่มงาน / สถาบันของตนต่อไปด้วย และผมขออัญเชิญพระบรมราโชวาทสมเด็จพระราชบิดา ที่พระราชทานแก่นักศึกษาแพทย์ที่ผมยึดมั่นปฏิบัติตลอดมา คือ "การเรียนรู้มากอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ ต้องอยู่ที่การประยุกต์ความรู้นั้นให้เป็นประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติด้วย จึงจะเป็นความสำเร็จที่แท้จริง"

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต  
บรรณาธิการ

### ☰ คำถาม

เมื่อต้องทำวิจัยด้านสุขภาพก็มักชินกับการวิจัยเชิงปริมาณ และไม่ค่อยรู้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงอยากถามอาจารย์ธีระ เพื่อกรุณาช่วยอธิบายหลักการและวิธีการง่ายๆ เบื้องต้นในการวางกลยุทธ์หรือเทคนิค เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ

กัญญารัตน์ จารุติลกกุล  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 (กรุงเทพฯ)

### ✍ คำตอบ

เท่าที่ทราบมี วิธีการเบื้องต้น หรือกลยุทธ์ / เทคนิคของการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไปมีดังนี้

#### 1. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation)

โดยการมีส่วนร่วมในการแสวงหาและเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น โดยวิธีการทางมานุษยวิทยาเชิงวัฒนธรรมและสังคมวิทยาเชิงคุณภาพ เป็นต้น ด้วยการเข้าไปคลุกคลีในพื้นที่เพื่อรับฟัง มอง สังเกต และสัมผัสประสบการณ์ของสิ่งที่แท้จริง โดยเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันและพฤติกรรมของผู้คนแบบต่างๆ ตามแต่จะต้องการข้อมูล เพื่อสนองความมุ่งหมายหรือตอบคำถามที่ต้องการคำตอบจากการวิจัย

เรื่องใดในกลุ่มประชากรได้ และต้องเข้าไปมีส่วนร่วมใกล้ชีวิตนานมากน้อยเพียงไร

## 2. การสังเกต (observation)

จากการเข้าไปสังเกตโดยตรง เพื่อเรียนรู้พฤติกรรมต่างๆ และเหตุการณ์ต่างๆ และความหมายจากพฤติกรรมหรือเหตุการณ์นั้นๆ ตามความสนใจของนักวิจัยและความมุ่งหมายและคำถามที่ต้องการคำตอบจากการวิจัยและตามค่านิยมและความเชื่อต่างๆ เพื่อเรียนรู้และค้นหารูปแบบของพฤติกรรมและความสัมพันธ์ต่างๆ อาจโดยใช้วิธีเตรียมแบบฟอร์มสังเกตและ check-list ตามหัวข้อคำถามคำตอบหรือการเขียนข้อสังเกตบันทึกไว้ในสมุดบันทึกในสนาม หรือวิธี focused observation โดยการสังเกตเชิงลึกเฉพาะเรื่องซึ่งมักทำในระยะท้ายๆ ของการวิจัยเพื่อตรวจสอบวิเคราะห์รายละเอียดของสิ่งที่ได้ข้อมูลมา ฯลฯ

## 3. การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviewing)

เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกอย่างละเอียดเชิงคุณภาพอย่างรวดเร็วโดยการตอบสนองคำถามที่เตรียมไว้และสัมภาษณ์เชิงลึกแบบต่างๆ เช่น 1) การสัมภาษณ์แบบสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ (informal conversational interview) 2) การสัมภาษณ์ทั่วไปตามคำถามที่เตรียมไว้ (general interview guide approach) และ 3) การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามมาตรฐานแบบเปิดท้ายไว้ (standardized open-ended interview)

ส่วนมากนิยมใช้เวทีชาวบ้านหรือการจับเข่านั่งคุยกันแบบเสวนาอย่างไม่เป็นทางการ โดยนักวิจัยค้นหาหัวข้อเรื่องและคำถามที่จะสนทนาไว้ก่อน เพื่อช่วยเสริมส่วนที่ขาดไม่ครบถ้วนจากข้อมูลที่ได้จากการสนทนา รวมทั้งเพื่อจัดคำถามให้เป็นระบบ แต่ต้องให้ความสำคัญและเคารพตามกรอบความคิดและความสนใจของผู้รับการสัมภาษณ์ที่ร่วมสนทนาซึ่งมีคุณค่าและเป็นประโยชน์มาก โดยไม่มุ่งความสนใจและใช้ความคิดล่วงหน้าและอัตราหรือประสบการณ์ของตัวนักวิจัยเองเป็นหลัก ส่วนมากอาจต้องมีการติดตามผลและทำความเข้าใจของข้อมูลทันที เพื่อให้เกิดความชัดเจนและสมบูรณ์

วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกมีข้อจำกัดและจุดอ่อนจากเป็นการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งจำเป็นต้องความร่วมมือที่ดี และคำถามหรือคำพูดหรือภาษาท้องถิ่นอาจไม่คุ้นเคย และไม่เข้าใจชัดเจน หรือนักวิจัยยังขาดทักษะ โดยเฉพาะทักษะในการฟังและการถาม รวมทั้งทักษะในการสร้างความคุ้นเคย และปฏิสัมพันธ์ ฯลฯ

## 4. การสัมภาษณ์เชิงชาติพันธุ์วรรณา (ethnographic interviewing)

เป็นการประยุกต์หลักการทางทฤษฎีของ cognitive anthropology เพื่อบรรยายเหตุการณ์และรวบรวมข้อมูลทางวัฒนธรรม รวมทั้งคำถามทางชาติพันธุ์วรรณา โดยนักมานุษยวิทยาทั้งในด้านคำถามเชิงพรรณนาจากภาษาของผู้ร่วมโครงการในท้องถิ่น คำถามเชิงโครงสร้างจากความรู้ทางวัฒนธรรม และคำถามที่ contrast เกี่ยวกับความหมายของคำต่างๆ ที่เป็นภาษาของผู้ร่วมโครงการในท้องถิ่น ฯลฯ ซึ่งรายละเอียดต้องปรึกษานักชาติพันธุ์วรรณาหรือนักมานุษยวิทยาโดยเฉพาะ ฯลฯ

## 5. การสัมภาษณ์เพื่อศึกษาเชิงปรากฏการณ์ (phenomenological interviewing)

เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทฤษฎีพื้นฐานของ phenomenology ซึ่งเป็นการศึกษาประสบการณ์และหนทางที่นำปรากฏการณ์ต่างๆ มารวมกันพัฒนาเป็นโลกทัศน์ขึ้น โดยอนุมานว่ามีโครงสร้างและสาระสำคัญในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่สามารถกำหนดขึ้นมาได้ แล้วแต่จะศึกษาในเรื่องที่อยากทราบ หรือใช้เป็นวิธีการในการศึกษาเพื่อที่นักวิจัยจะสามารถค้นหาปรากฏการณ์ในรูปแบบที่เกิดขึ้นจริงแท้ๆ ยังไม่แปดเปื้อน เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์เชิงโครงสร้าง และเชื่อมโยงข้อมูลหลักของ



ประสบการณ์ที่ดีของปรากฏการณ์ เพื่อบรรยายเนื้อหาในเชิงโครงสร้างส่วนลึกต่อไป รายละเอียดเรื่องนี้ คงต้องถามผู้รู้และมีประสบการณ์เคยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบนี้

6. การสัมภาษณ์บุคคลชั้นนำในสังคม (elite interviewing)

เป็นการสัมภาษณ์พิเศษที่มุ่งเน้นผู้ให้สัมภาษณ์ผู้เป็นบุคคลชั้นนำพิเศษ เช่น มีอิทธิพล เป็นคนมีชื่อเสียงโด่งดังเป็นที่ยอมรับ หรือเป็นผู้ที่จะให้ข้อมูลในเรื่องนั้นๆ ได้ดีที่สุดในองค์กรหรือชุมชน เพื่อเลือกสัมภาษณ์จากต้องการความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องที่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ต้องการ เช่น ผู้ดำรงตำแหน่งระดับสูงทางสังคม การเมือง การเงิน การบริหาร กฎหมาย ฯลฯ ผู้สามารถให้ข้อมูลขององค์กร นโยบาย ประวัติศาสตร์ในอดีตและแผนกลยุทธ์ปัจจุบันและอนาคต จากความรู้และประสบการณ์และโลกทัศน์ที่กว้างขวาง ฯลฯ

7. วิธีอื่นๆ เช่น การใช้แบบสอบถามสำรวจ การวิเคราะห์เอกสาร การวิเคราะห์เนื้อหา ฯลฯ

ส่วนการจะใช้กลยุทธ์หรือเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวในวิธีต่างๆ ดังกล่าว ในกรณีใด อย่างไร คงต้องไปปรับการอบรมเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพและมีกทำวิจัยเชิงคุณภาพให้มีประสบการณ์พอสมควรก่อน โดยการใช้กลยุทธ์ / เทคนิคโดยอ้อมแล้วแต่ความมุ่งหมายว่าจะวิจัยเพื่ออะไร 1) มุ่งเชิงค้นหาเบื้องต้น (exploratory) เช่น เพื่อค้นหาปรากฏการณ์ทางสังคมที่ยังไม่เข้าใจชัดเจน เพื่อค้นหาปัจจัยตัวแปรสำคัญและกำหนดสมมติฐานการวิจัยต่อไป เพื่อตั้งคำถามวิจัยต่อไปว่าจากปรากฏการณ์ที่สงสัยนั้นเกิดอะไรขึ้นบ้างในโครงสร้างในสังคม มีเรื่อง บทบาท รูปแบบของผู้เกี่ยวข้องในเชิงโครงสร้างหรือ 2) มุ่งวิจัยเชิงการอธิบาย (explanatory) เพื่อค้นหาปัจจัยผลักดันสำคัญที่เป็นสาเหตุของปรากฏการณ์ เพื่อตั้งเป็นคำถาม และค้นหาเครือข่ายเชื่อมโยงการเกิดเหตุและผลเพื่อเข้าใจปรากฏการณ์ชัดเจนขึ้น หรือ 3) มุ่งเชิงพรรณนา (descriptive) เพื่อพรรณนารายละเอียดปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ หรือ 4) มุ่งเชิงการทำนาย (predictive) ผลลัพธ์ของปรากฏการณ์ เพื่อทำนายเหตุการณ์ข้างหน้าและพฤติกรรมที่เป็นผลจากปรากฏการณ์นั้นๆ

ตัวอย่าง เช่น ต้องการวิจัยเพื่อมุ่งหมายเชิงพรรณนา (descriptive) เพื่อพรรณนารายละเอียดปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ ก็ต้องเริ่มจากการตั้งคำถามวิจัยว่ามีพฤติกรรมที่ปรากฏชัด เหตุการณ์ ความเชื่อ เจตคติ โครงสร้าง กระบวนการอะไรบางอย่างที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์นั้นๆ เพื่อนำไปสู่การวางกลยุทธ์การวิจัยว่าจะใช้การศึกษาวิธีใด เช่น การศึกษาในสนาม / พื้นที่ (field study) การทำกรณีศึกษา (case study) และการศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) ต่อจากนั้นก็ต้องเลือกกลยุทธ์ / เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวแล้ว 6 วิธี ข้างบนและวิธีเก็บข้อมูลอื่นๆ ว่าควรจะเลือกเทคนิคใดที่เหมาะสมสอดคล้อง เช่น ในรายเช่นนี้ควรใช้ 1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก 3) การวิเคราะห์เอกสารข้อมูล 4) การใช้แบบสอบถามสำรวจ เป็นต้น ฯลฯ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ งามสุด

บรรณาธิการ

## ข่าวในแวดวงโรคเรื้อนจากสถาบันราชประชาสมาสัย

- สถาบันราชประชาสมาสัย จัดทำ VCD สารคดีเรื่อง ราชประชาสมาสัยร่วมใจกำจัดโรคเรื้อน เพื่อเผยแพร่ในการสัมมนาราชประชาสมาสัยร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนถวายเป็นพระราชกุศล ทรงครองราชย์ครบ 60 ปี (โครงการ ปรร. 60)
- ท่านผู้หญิงสุมาลี จาติกวณิช เป็นประธานงานวันราชประชาสมาสัย 16 มกราคม 2548 ณ สถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีนายแพทย์ธวัช สุนทราจารย์ อธิบดีกรมควบคุมโรค และคณะกรรมการมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ให้เกียรติร่วมงานด้วย
- นางสุดารัตน์ เกยุราพันธุ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวปราศรัยเนื่องในวันราชประชาสมาสัย วันที่ 16 มกราคม 2548 ทางสถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย ช่อง 11 และสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย
- สถาบันราชประชาสมาสัย ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานสาธารณสุข จัดงานสัปดาห์ราชประชาสมาสัย ระหว่างวันที่ 10 - 16 มกราคม 2548
- ฯพณฯ พลเอกพิจิตร กุลละวณิชย์ องคมนตรี เป็นประธานในพิธีเปิดการสัมมนาราชประชาสมาสัยร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนถวายเป็นพระราชกุศล ทรงครองราชย์ครบ 60 ปี (โครงการ ปรร. 60) จัดโดยมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค วันที่ 19 มกราคม 2548 ณ โรงแรมเรดิสัน กรุงเทพ และศาสตราจารย์นายแพทย์สุชัย เจริญรัตนกุล รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานเปิดหมู่บ้านประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อน ในงานดังกล่าว
- ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชัย เจริญรัตนกุล รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ท่านผู้หญิงสุมาลี จาติกวณิช ประธานมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และนายแพทย์ธวัช สุนทราจารย์ อธิบดีกรมควบคุมโรค ร่วมกันแถลงข่าวเรื่อง โครงการ ปรร. 60 วันที่ 19 มกราคม 2548 ณ โรงแรมเรดิสัน กรุงเทพ
- สถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย ช่อง 11 และสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย ถ่ายทอดสดการจัดสัมมนาราชประชาสมาสัยร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนถวายเป็นพระราชกุศล ทรงครองราชย์ครบ 60 ปี (โครงการ ปรร. 60) ณ โรงแรมเรดิสัน กรุงเทพ วันที่ 19 มกราคม 2548 เวลา 09.00 - 10.30 น.
- วันที่ 21 มกราคม 2548 นางสาววิจิตรา ธารีสุวรรณ ให้สัมภาษณ์เรื่องการจัดประกวดคำขวัญโรคเรื้อน ทางสถานีวิทยุ มก.
- คณะนักศึกษาปริญญาโทสาธารณสุขศาสตร์ จากมหาวิทยาลัย Utah ประเทศสหรัฐอเมริกา ศึกษาดูงานโรคเรื้อน ที่สถาบันราชประชาสมาสัย เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2548
- วันที่ 30 มกราคม 2548 ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ให้สัมภาษณ์เรื่อง โครงการ ปรร. 60 ทางสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย
- 1 กุมภาพันธ์ 2548 ท่านผู้หญิงสุมาลี จาติกวณิช ประธานมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ให้สัมภาษณ์เรื่องมูลนิธิราชประชาสมาสัยฯ ในรายการ คนดีคู่สังคม เพื่อเผยแพร่ทางสถานีโทรทัศน์ UBC และรายการ ด้วยพระบารมี เผยแพร่ทางสถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย ช่อง 11

- นายแพทย์ธีระ สุนทรอาจารย์ อธิบดีกรมควบคุมโรค ตรวจเยี่ยมสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2548
- นายแพทย์จรรยา ปิยะวรารภรณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค เป็นประธานในพิธีเปิดการสัมมนา เรื่องการวิเคราะห์สมรรถนะองค์กร และพัฒนาเครือข่ายการจัดการความรู้ จัดโดยสถาบันราชประชาสมาสัย ระหว่างวันที่ 16 - 19 กุมภาพันธ์ 2548 ณ จังหวัดเชียงใหม่
- นายแพทย์กิตติ กิตติอำพน รองอธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นประธานในพิธีเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Leprosy Accreditation จัดโดยสถาบันราชประชาสมาสัย ระหว่างวันที่ 21 - 22 กุมภาพันธ์ 2548
- ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต เป็นวิทยากรที่ปรึกษาในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Leprosy Accreditation จัดโดยสถาบันราชประชาสมาสัย ระหว่างวันที่ 21 - 22 กุมภาพันธ์ 2548
- ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ให้สัมภาษณ์เรื่องการควบคุมโรคเรื้อนตามประสบการณ์ของผู้บริหาร วันที่ 7 มีนาคม 2548 เพื่อเผยแพร่ ในวันที่ 1 เมษายน 2548 ทางสถานีวิทยุกรุงเทพมหานคร
- กรุงเทพมหานคร จัดแถลงข่าว วันที่ 2 มีนาคม 2548 เรื่องโครงการรณรงค์ประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนในเขตกรุงเทพมหานคร ถวายเป็นพระราชกุศล ณ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร โดยมีผู้ร่วมแถลงข่าว คือ ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงเพ็ญศรี พิชัยสนธิ รองผู้ว่าราชการ กรุงเทพมหานคร คุณหญิงณฐนนท ทวีสิน ปลัดกรุงเทพมหานคร ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต รองประธานมูลนิธิราชประชาสมาสัย ฯ และที่ปรึกษากรมควบคุมโรค และนายแพทย์สิทธิศักดิ์ เจียมวงศ์แพทย์ รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย
- มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับกรมควบคุมโรคจัดแถลงข่าวเรื่องการจัดแข่งขันโบว์ลิงการกุศลชิงถ้วยพระราชทานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว วันที่ 23 มีนาคม 2548 ณ ห้องประชุมกรมควบคุมโรค โดยมีผู้ร่วมแถลงข่าว คือ ท่านผู้หญิงสุมาลี จาติกวณิช ประธานมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ นายแพทย์จรรยา ปิยะวรารภรณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค นางสาวศุภมาส สุทธิสัมพันธ์ ประธานฝ่ายหาทุน มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์
- ท่านผู้หญิงสุมาลี จาติกวณิช มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ให้สัมภาษณ์เรื่องโครงการรณรงค์กำจัดโรคเรื้อน วันที่ 29 มีนาคม 2548 ทางสถานีวิทยุ FM 92.5
- ท่านผู้หญิงสุมาลี จาติกวณิช มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นประธานเปิดการแข่งขันโบว์ลิงการกุศลชิงถ้วยพระราชทานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จัดโดยฝ่ายหาทุน มูลนิธิราชประชาสมาสัย ฯ วันที่ 3 เมษายน 2548 ณ เมเจอร์โบว์ สาขารัชโยธิน กรุงเทพฯ ฯ
- มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สนับสนุนงบประมาณในการจัดประกวดคำขวัญโรคเรื้อน โดยได้รับเกียรติรับเชิญเป็นกรรมการตัดสินครั้งนี้ มี ร.ว.อรจักร ของทอง มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต ดร.ธนวรรณ อิมสมบุญณ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ นางสาววันวิสาข์ ชูชนม์ หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ นายแพทย์โกวิท คัมภีร์ภาพ สถาบันราชประชาสมาสัย นางสาววิจิตรา ธารีสุวรรณ สถาบันราชประชาสมาสัย นายสุชสวัสดิ์ วาซพงศ์ แทนนายแพทย์กฤษฏา มโหทาน สถาบันราชประชาสมาสัย และได้ประชุมคณะกรรมการตัดสินคำขวัญ เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2548

## คำอาลัยคุณปิยะ ปิยะศิลป์

เป็นที่น่าเสียใจ และเสียดายที่วงการโรคเรื้อนต้องสูญเสียคุณปิยะ ปิยะศิลป์ นักวิชาการผู้เคยบุกเบิกขยายงานโครงการควบคุมโรคเรื้อน มาพร้อมกับผู้เขียน เมื่อเริ่มขยายโครงการควบคุมโรคเรื้อนพื้นที่ 3 จังหวัดแรก ในปี พ.ศ. 2500 คือ มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด ผู้ถึงแก่อนิจกรรมในวัย 74 ปี ด้วยโรคติดเชื้อมะเร็งด้วยโรคปอดอุดตันเรื้อรัง จากการเกิดเชื้อพังผืด เนื่องจากเคยสูบบุหรี่มากมาก่อน โดยคุณปิยะได้ถึงแก่กรรมหลังจากคุณสุมาลี ศรีภรรยาของท่านจากไปไม่นาน ในนามของตัวแทนผู้อาวุโสผู้เคยร่วมกันบุกเบิกงานควบคุมโรคเรื้อนในอดีต และชาวชมรมร่วมใจราชประชาสมาสัย รวมทั้งชาวสถาบันราชประชาสมาสัย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ตลอดจนผู้ที่เคยร่วมงานกับคุณปิยะ ฯลฯ ขอร่วมแสดงความเสียใจ และอาลัยอย่างสุดซึ้งมายังลูกหลานและญาติพี่น้องของคุณปิยะ ปิยะศิลป์ มา ณ โอกาสนี้ด้วย ในการสูญเสียอันยิ่งใหญ่ครั้งนี้

คุณปิยะ นอกจากเกิดในเดือน และปีเดียวกับผู้เขียนแล้ว ยังได้เริ่มบุกเบิกขยายงานโครงการควบคุมโรคเรื้อนครั้งแรกพร้อมกันในปี 2500 ที่ หน่วยควบคุมโรคเรื้อนแขวงมหาสารคาม ซึ่งรับผิดชอบ 3 จังหวัด คือ มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด โดยมีผู้เขียนเป็นนายแพทย์ตรี หัวหน้าหน่วย ฯ และ นายแพทย์ ธรรมนูญย์ ทัทภวิมล เป็นผู้ช่วยหัวหน้าหน่วย ฯ และมี สารวัตรสุขาภิบาลตรี ผู้จบจากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์มหิดล 3 คน เป็นหัวหน้าทีมเคลื่อนที่ประจำจังหวัด คือ คุณปิยะ ปิยะศิลป์ รับผิดชอบจังหวัดมหาสารคาม คุณทองอินทร์ ม่องใส รับผิดชอบจังหวัดร้อยเอ็ด และ คุณประเสริฐ ทองถม รับผิดชอบจังหวัดกาฬสินธุ์ ตอนนั้นพวกเราทุกคนยังเป็นโสด นอกจากคุณปิยะผู้เป็นชาวมหาสารคามโดยกำเนิด เราจึงใช้ชีวิตวัยหนุ่มโสด และชีวิตหน่วยแพทย์เคลื่อนที่กันอย่างเต็มที่ โดยอาศัยบารมีคุณปิยะ และคุณสุมาลี ศรีภรรยาของท่านเป็นที่พึ่ง เกือบทุกด้าน ด้วยมิตรไมตรี และความโอบอ้อมอารี กว้างขวางเป็นที่รู้จัก และยอมรับนับถือในสังคมของคุณปิยะ ช่วยให้เราทำงานกันสำเร็จด้วยดี และใช้ชีวิตโสดกันอย่างคุ้มค่า และปลอดภัยเป็นเวลา 2 ปี หลังจากนั้นก็แยกย้ายกันไปตามวิถีทางของราชการ และชีวิต ที่พรหมลิขิตไว้

คุณปิยะ ได้เจริญเติบโตในแวดวงราชการจากหน่วยควบคุมโรคเรื้อนแขวงมหาสารคาม ในตำแหน่งพนักงานอนามัยตรี มาดำรงตำแหน่งพนักงานอนามัยโท หน่วยควบคุมโรคเรื้อนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขอนแก่น ต่อมาในตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น และผู้อำนวยการศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 นครราชสีมา จึงย้ายกลับไปดำรงตำแหน่งเดิมที่ ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น และเกษียณอายุราชการในปี 2535 หลังจากเลื่อนตำแหน่งเป็นนักวิชาการควบคุมโรค 8 ผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน และตำแหน่งสุดท้ายผู้อำนวยการศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น รวมอายุรับราชการ 35 ปี ที่คุณปิยะได้อุทิศตนให้แก่งานโรคเรื้อนมาตลอด

คุณปิยะ เป็นผู้ที่ไม่นอกจากเป็นนักปฏิบัติงานในท้องที่ (field worker) ที่ซ้ำของเชี่ยวชาญกว้างขวางในพื้นที่ และเป็นผู้นำที่สามารถของลูกน้องแล้ว ยังเป็นครูที่ดี ผู้ช่วยฝึกอบรมสอนแนะทั้งลูกน้อง ผู้ร่วมงาน

ในทีมเคลื่อนที่ และในศูนย์โรคเรื้อนเขต รวมทั้งเป็นที่พึ่งพา และผู้แก้ปัญหาให้แก่ผู้ร่วมงานทุกระดับ ด้วยใจคอที่กว้างขวาง โอบอ้อมอารี คุณปิยะยังเป็นผู้ใฝ่เรียนใฝ่รู้ด้วยการแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ เป็นเลิศในวิชาการโรคเรื้อน และการควบคุมโรคเรื้อน ทั้งจากการศึกษาค้นคว้าและการไปอบรมศึกษา ดูงานในต่างประเทศ จนเป็นที่ยอมรับในความเชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อนทั้งจากใน และต่างประเทศ

เมื่อผู้เขียนดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย และผู้อำนวยการกองโรคเรื้อน สมัยที่ยังอยู่ในระยะพัฒนา และขยายงาน ทำให้แต่ละปีมีการฝึกอบรม และดูงานโรคเรื้อน ทั้งจากแพทย์ และบุคลากรการแพทย์ การสาธารณสุขที่ทำงานโรคเรื้อนและเกี่ยวข้องในประเทศ และรวมทั้งจาก ต่างประเทศ ผู้ได้รับทุนจากองค์การอนามัยโลก และมูลนิธิ/สมาคมโรคเรื้อนต่างประเทศ เช่น มูลนิธิ ซาซาคาวะ เนเธอร์แลนด์ เยอรมนี อังกฤษ สหรัฐอเมริกา ฯลฯ ปีละมากมาย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบ การศึกษาดูงานโรคเรื้อนชาวต่างประเทศต่าง ๆ ในกรุงเทพฯ และตามด้วยส่วนใหญ่จะส่งต่อไปดูงาน โรคเรื้อนที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 3 ชลบุรี ที่ใกล้พัทยา ซึ่งมี คุณชาญวิทย์ สุริยะคุปต์ (ถึงแก่กรรม) เป็น ผู้อำนวยการ และศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น ของคุณปิยะที่มีชื่อเสียงโด่งดังไปทั่วโลก โดยผู้เขียน คุณชาญวิทย์ และคุณปิยะเอง จำเป็นต้องควักกระเป๋าเงินส่วนตัวเลี้ยงดูผู้ดูงานจากต่างประเทศให้ สมเกียรติ และศักดิ์ศรี ประเทศไทย เพราะสมัยนั้นยังไม่มีเงินสวัสดิการ และเงินรับรองอย่างสมัยนี้ แต่เรา ทั้งสามคนก็ต้องต้อนรับแขกเต็มที่ และไม่เคียดรอนมากนักเพราะผู้เขียนยังเปิดคลินิกส่วนตัว และคุณปิยะ ก็มีศรียกรยาเปิดร้านขายผ้าไหมไทย การต้อนรับดูแลของเราทั้งสอง จึงอาจเป็นที่ประทับใจผู้มาดูงาน โดยเฉพาะจากญี่ปุ่นซึ่งมีจำนวนมากนับเป็นร้อยจากได้ทุนมูลนิธิซาซาคาวะ ดังนั้น เมื่อผู้เขียนและคุณปิยะ เกษียณอายุราชการแล้วพวกเขาได้ระลึกถึง และตอบแทนโดยส่งตัวเครื่องบินมาให้เราทั้งสอง และภรรยา บินไปเที่ยวญี่ปุ่นฟรี 1 สัปดาห์ โดยเมื่อเดินทางไปถึงเมือง และเกาะทุกแห่งที่พวกเขาทำงานอยู่ พวกเขา ก็จะมาชุมนุมต้อนรับอย่างอบอุ่น และจัดเลี้ยงต้อนรับสังสรรค์กันในโรงแรมเป็นที่สนุกสนานและ ประทับใจแบบธรรมเนียมญี่ปุ่นเต็มที่

จากความรู้ ความสามารถ การเสียสละทุ่มเท และความเป็นผู้นำ และครูที่ดีตลอดจนความมี น้ำใจกว้างขวาง โอบอ้อมอารี ชื่อเสียง และผลงานของคุณปิยะจึงจรจราย ไปทั้งในและต่างประเทศ จนได้รับเกียรติอันน่าภาคภูมิใจอย่างยิ่งแก่ครอบครัว และวงการโรคเรื้อน และสาธารณสุขของประเทศไทย จากการได้รับรางวัล Award จาก The Board of the Netherlands Leprosy Relief Association (NSL) ในปี 2535 อันเป็นรางวัลอัศวินผู้ปราบโรคเรื้อน เป็นคนไทยคนแรกที่ติดอันดับ 6 ของนักสาธารณสุขโลก ที่ได้รับรางวัลดังกล่าว นอกจากนั้นคุณปิยะยังได้รับเข็มเชิดชูเกียรติผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อนดีเด่นพิเศษ จากมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และได้รับเชิญให้เป็นผู้เชี่ยวชาญ ปฏิบัติงานร่วมกับ สมาคมโรคเรื้อนแห่งเนเธอร์แลนด์ และร่วมพันธกิจกับสมาคมและวงการโรคเรื้อนอื่น ๆ เช่น จีน ฮองกง ไต้หวัน ลาว เวียดนาม อินเดีย ศรีลังกา ปากีสถาน ฯลฯ รวมทั้งหลังเกษียณราชการยังได้รับแต่งตั้งเป็น ที่ปรึกษา อาจารย์พิเศษ และวิทยากรในสถาบันต่าง ๆ มากมาย นับเป็นการใช้ความรู้ และประสบการณ์ ให้เป็นประโยชน์แก่มวลมนุษยชาติอย่างคุ้มค่า น่าสรรเสริญ และภาคภูมิใจแก่ตนเองและวงศ์ตระกูลต่อไป

คุณปิยะ ยังเป็น family man ผู้ประเสริฐของครอบครัว และญาติพี่น้อง ผองเพื่อน ได้ร่วมกับคุณสุมาลี ศรียกรยาอบรมเลี้ยงดูบุตร และธิดา 4 คน จนได้รับการศึกษา และประกอบอาชีพมีครอบครัวที่มั่นคง เจริญก้าวหน้าอย่างน่าชื่นชม และภาคภูมิใจ และมีหลานให้ชื่นชมถึง 4 คน

แม้คุณปิยะ ปิยะศิลป์ จะจากพวกเราไป แต่คุณงามความดี ผลงาน อันโดดเด่น และชื่อเสียง เกียรติคุณ ที่ขจรขยายไปทั้งใน และต่างประเทศที่คุณปิยะฝากไว้เป็นตำนาน และประวัติศาสตร์ในวงการ โรคเรื้อน และสาธารณสุขของไทย จะได้จารึกไว้ในความทรงจำอีกนานแสนนานด้วยความชื่นชม และภาคภูมิใจ

ขอให้ผลบุญกุศล และคุณความดีงามทั้งหลายที่คุณปิยะ ปิยะศิลป์ ผู้ล่วงลับไปแล้ว ได้ประกอบไว้ และคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งปวง จงได้เป็นพลวปัจจัยให้ดวงวิญญาณของท่านจงได้ ไปสถิตสุขุขคติสรวงสวรรค์ชั้นฟ้าต่อไป

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต  
บรรณาธิการ



## ขอเชิญสมัครเข้ารับการอบรม เรื่อง Neurological Impaired Foot Management 2005

### วิทยากร

- ศาสตราจารย์นายแพทย์เทพ นิมะทองคำ
- Wim Brandsma, Ph.D.
- Scot Murrey, MD.
- Hugh Cross, Ph.D.
- Piefer Angelika, O.T.

### จัดโดย

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

ระหว่างวันที่ 15 - 17 พฤศจิกายน 2548

ณ โรงแรมเชียงใหม่ภูคำ จังหวัดเชียงใหม่

ค่าลงทะเบียน 1,000 บาท

### สอบถามรายละเอียด

- นายสมเกียรติ มหาอุดมพร โทร. 0 2385 9135-40 ต่อ 143
- นางสาววิจิตรา ธารีสุวรรณ โทร. 0 2590 3267

หมดเขตรับสมัครวันที่ 25 ตุลาคม 2548



- **ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อนนิคมโนนสมบูรณ์  
ต่อการถ่ายโอนภารกิจนิคมให้องค์การบริหารส่วนตำบล**
- **การศึกษาปัจจัยการมารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคเรื้อน  
ชนิดเชื้อมาก ณ สถาบันราชประชาสมาสัย**
- **ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจเชื้อโรคเรื้อนโดยวิธีกรีดผิวหนัง  
และการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก**
- **การผ่าตัดเปิดแผลเส้นประสาทส่วนปลายที่อักเสบ  
ในผู้ป่วยโรคเรื้อน**
- **แนวคิดการกระจายอำนาจของงานด้านสาธารณสุขสู่องค์การบริหาร  
ส่วนตำบล : เพื่อเตรียมการโอนมอบนิคมโรคเรื้อนในอนาคต**
- **บทเรียนจากการทดลองวัดชีพจรป้องกันโรคเรื้อนในสนาม**
- **โครงการรณรงค์ประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนในพื้นที่อำเภอ  
ที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุข ภายเป็นพระราชกุศลทรงครองราชย์  
ครบ 60 ปี (โครงการ ปรร. 60)**
- **ผลการประกวดคำขวัญโรคเรื้อนปี 2548 จัดประกวดโดย  
มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์และ  
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค**