

รายงานการวิจัย

คุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน
ในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์

Quality of life of persons affected by leprosy
in Health Region 3 NakhonSawan

ธิดา

นันทิมา

อานัฐวัฒน์

ราชนรงค์

เสาวนีย์

โคตะมา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถจาก ศ.นพ.ธีระ รามสูต ประธานมูลนิธิ-
ราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไข
ข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบ
ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.ดวงใจ พุทธิเชม คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ ที่กรุณา
ให้คำแนะนำในการเลือกใช้และการวิเคราะห์ทางสถิติการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3
จังหวัดนครสวรรค์ นายโกเมศ อุรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันราชประชา-
สมาสัยกรมควบคุมโรค ที่มีส่วนช่วยในการสนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิจัยในครั้งนี้ และ
ที่จะขาดเสียมิได้คือผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ทุกท่านที่มีส่วนทำให้
การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง	คุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์
ผู้วิจัย	นางธิดา นิ่มมา นายอานวัฒ ราษฎร์ และนางสาวเสาวนีย์ โคตะมา
สถานที่ปฏิบัติงาน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
ปีที่ทำวิจัย	พ.ศ. 2559

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2558 – กุมภาพันธ์ 2559 จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRFE-THAI 26) ที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถินรินทร์กุลและคณะ และความต้องการจำเป็นของผู้พิการจากโรคเรื้อนที่รับการสงเคราะห์ในชุมชนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจากการใช้ Chi-square test ผลการศึกษา พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุระหว่าง 71 ถึง 80 ปี มีการศึกษาในระดับประถมต้นร้อยละ 54.0 รองลงมาอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ร้อยละ 32.0 และพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งว่างงานโดยมีรายได้ต่อเดือน 4,250 ถึง 5,250 บาทร้อยละ 54.0 และมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีคนดูแล และไม่รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการถึงร้อยละ 89.3 การมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแยกเป็นแต่ละด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าในแต่ละด้านมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรสอาชีพ การมีส่วนร่วมในชุมชนและการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิและผลประโยชน์ของผู้พิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในส่วนของความจำเป็นต้องการส่วนใหญ่ต้องการรองเท้าเฉพาะสำหรับผู้พิการจากโรคเรื้อนและกายอุปกรณ์ที่เหมาะสม การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนควรพัฒนาแบบบูรณาการต่อเนื่องและองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอื่นๆ เช่น หน่วยงานสาธารณสุขในทุกระดับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์รวมทั้งศึกษารูปแบบที่เหมาะสมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์

Abstract

Title Quality of life of persons affected by leprosy in Health Region 3
Nakhon Sawan

Researchers Mrs.Thida Nimma, Mr.Anuwat Rannarongand Ms.Saowanee Cotama

Workerplace Office of Disease Prevention and Control 3 Nakhon Sawan

Study period 2016

This descriptive study has the objective to study the quality of life (QOL) of persons affected by leprosy and its related factors. Total 150 persons affected registered in the 3rd. Health Region, Nakhon Sawan, were enrolled in the study from December 2015 to February 2016. Research tools consisted of the general existing information, WHO-QOL-BRFE-Thai modified interviewing questionnaire which was developed to interview the quality of life of persons affected together with their needs to receive the welfare service in the community in the 3rd. Health Region, Nakhon Sawan. Results of the study was analyzed by using the descriptive statistics such as number, percentage and determination of statistical correlation by using chi-square test. Overall results revealed that majority of persons affected were male of 71 – 80 years of age whose education were under primary education (54.0%) and illiteracy (32.0%). More than half of them were unemployed while the rest have monthly income from 4,250 to 5,250 baht. Meanwhile, more than half of them were living without care givers and any information in regard to their social welfares rights and benefits as being persons with disability (89.3%). Regarding the levels of quality of life, majority of them possessed moderate QOL in terms of physical, mental, social relation and environmental dimension. Related factors which affected QOL were age, marital status, occupation, participation in community together with their perception of social welfare's rights and benefits. (P <0.05). Their main needs were appropriate foot wear and prosthesis. Authors recommended that the development of QOL of persons affected should be based on integrated, continuous and holistic approaches with more effectively networking participation from relating sectors such as public health sector, local administration organization, provincial office of social development and human security. Apart from that, further study on appropriate model development for QOL of persons affected in the 3rd. Health Region was also recommended.

คำสำคัญ

คุณภาพชีวิต, ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

Keywords

quality of life, persons affected by leprosy

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมุติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคเรื้อน	8
คุณภาพชีวิต	16
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	18
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ระเบียบวิธีวิจัย	21
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	22
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	24
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	25

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	26
ส่วนที่ 2 จำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	28
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	30
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	30
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	31
ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	31
ส่วนที่ 7 ความต้องการจำเป็นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	32

บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย	33
อภิปรายผล	34
ข้อเสนอแนะ	36

บรรณานุกรม 38**ภาคผนวก ก**

แบบสัมภาษณ์	41
-------------	----

ประวัติผู้วิจัย 44

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1. หลักเกณฑ์การให้ยารักษาโรคเรื้อน	11
2. เส้นประสาทที่มักจะถูกทำลายในผู้ป่วยโรคเรื้อนและความพิการที่เกิดขึ้น	13
3. การแบ่งระดับความพิการ	14
4. ข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	26
5. คุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	28
6. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	30
7. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	30
8. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	31
9. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	31
10. จำนวนและร้อยละความต้องการจำเป็นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	32

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่

1. กรอบแนวคิดในการวิจัย

7

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ *Mycobacterium leprae* อาศัยและเจริญเติบโตอยู่ภายในเซลล์ โดยเฉพาะในเซลล์ประสาท (Schwann cells) และเซลล์ในระบบ reticuloendothelial system ซึ่งสามารถแพร่เชื้อและติดต่อทางระบบหายใจ เชื้อโรคเรื้อนออกจากร่างกายผู้ป่วย ได้ 2 ทาง คือ ทางเยื่อจมูกและทางผิวหนังที่แตกเป็นแผล (lepromatous ulcer) วิธีการแพร่เชื้อที่เป็นไปได้มากที่สุด คือ จากฝอยละออง (droplet) ทางเดินหายใจส่วนบน พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากชนิด lepromatous ที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนสามารถปล่อยเชื้อโรคเรื้อนผ่านทางเยื่อจมูกออกมาได้วันละ 10 ล้านตัว และเชื่อว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ตรวจพบเชื้อโรคที่มีชีวิตเท่านั้นที่สามารถแพร่เชื้อได้ ดังนั้นคนจึงเป็นแหล่งแพร่โรคที่สำคัญโดยการรับเชื้อต้องมีการสัมผัสคลุกคลีและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเชื้อมากระยะติดต่อที่ยังไม่ได้รับการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่กำลังรักษา จะไม่สามารถแพร่เชื้อโรคได้อีก ระยะฟักตัวของโรค (incubation period) ขึ้นอยู่กับประเภทของเชื้อโรคเรื้อน ซึ่งโรคเรื้อนประเภทเชื่อน้อยมีระยะฟักตัว 2-5 ปี ส่วนประเภทเชื้อมากมีระยะฟักตัว 8-12 ปี เฉลี่ยประมาณ 2-15 ปี เนื่องจากเชื้อ *M. Leprae* เป็นเชื้อที่แบ่งตัวช้า การที่เชื้อโรคเรื้อนแบ่งตัวอย่างช้าๆ ทำให้ระยะฟักตัวของโรคมียาวนาน โรคเรื้อนจึงเป็นโรคเรื้อรัง (chronic illness)

อาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคเรื้อน คือ อาการทางผิวหนัง และอาการจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายซึ่งอาการทางผิวหนังมีรอยโรคที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 วงต่างแบนราบสีจางหรือเข้มกว่าผิวหนังปกติหรือวงต่างมีขอบนูนแดงหนาซึ่งมักตรวจพบอาการขาที่วงต่างร่วมด้วยกลุ่มที่ 2 ผื่นรูปวงแหวนมีอาการขา ผื่นนูนแดงหนา ตุ่ม ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ชา ไม่คันและไม่เจ็บผื่นลักษณะนี้ส่วนใหญ่จะตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนจากรอยโรคโดยการกรีดผิวหนัง (slit skin smear: sss) ส่วนอาการจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน คือ เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้า ตา มือ และเท้า ทำให้เกิดอาการต่างๆ กล่าวคือ เส้นประสาทรับความรู้สึกถูกทำลาย (sensory nerve) ทำให้เกิดอาการขา พบได้บริเวณรอยโรคที่ผิวหนัง กระจกตา หรือที่ฝ่ามือฝ่าเท้าเส้นประสาทอัตโนมัติถูกทำลาย (autonomic nerve) ทำให้ ผิวน้ำแห้ง เหงื่อไม่ออก ขนร่วง หรือเส้นประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (motor nerve) ถูกทำลายทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็นอัมพาตจนเกิดความพิการที่มองเห็นได้ชัดเจนตามมาหากผู้ป่วยได้รับการค้นพบและรักษาล่าช้าและไม่ถูกต้อง (ธีระ รามสูต, 2535 หน้า 1 และกรมควบคุมโรค, 2557 หน้า 7-8)

ในระยะแรกของการรักษาโรคเรื้อนใช้สารสกัดจากผลกระเบา (Hydrocarpus Therapy) ซึ่งผู้ป่วยต้องมารับการฉีดที่จุดบำบัดซึ่งอาจเป็นสถานพยาบาลโรคเรื้อนหรือตามหมู่บ้านต่างๆที่แพทย์ไปตั้งจุดบำบัดเพื่อความสะดวกในการรักษา ปัจจุบันมียารักษาโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพ สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ผู้ป่วยที่กินยารักษาตั้งแต่ครั้งแรกก็จะไม่แพร่โรค โดยต้องกินยาให้ครบตามกำหนดระยะเวลา 6 เดือนหรือ 24 เดือนขึ้นอยู่กับชนิดโรคเรื้อน ทั้งนี้หากผู้ป่วยไปรับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ก็จะไม่มีความพิการเกิดขึ้น แต่ส่วนใหญ่ผู้ที่เป็โรคเรื้อนมักจะรู้สึกอับอายไม่ยอมให้ใครรู้ว่าเป็นโรคเรื้อน ไม่ยอมไปรับการรักษาทำให้อาการเป็นมากขึ้นจนเข้าไปทำลายเส้นประสาทส่วนปลายส่งผลให้เกิดความพิการ อวัยวะที่เกิดความพิการได้แก่ ตา มือ และเท้าเช่นตาหลับไม่สนิท กระจกตาชา ฝ่ามือฝ่าเท้าชา มีแผล หงิกงอ ข้อตกระดกไม่ได้

ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความพิการระดับ 0 ตรวจพบเชื้อโรคเรื้อน แต่ ตา มือ และเท้าปกติ ความพิการระดับ 1 ตรวจพบ ตามัว กระจกตาชา ฝ่ามือและฝ่าเท้ามีอาการชา ความพิการระดับ 2 พบตาหลับไม่สนิท ตาอักเสบ กระจกตาเป็นฝ้า ตามัวมาก มือและเท้ารูปร่างผิดปกติ นิ้วมือและเท้างอ ข้อติดแข็ง กระดูกหดสั้น ข้อมือและข้อเท้าตกรก ซึ่งการแบ่งระดับความพิการ ตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดการแบ่งระดับความพิการตามมติของ 7th Report WHO Expert Committee on Leprosy, WHO Technical Report Series No. 874, 1998 และให้ถือความพิการสูงสุดที่ตรวจพบในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายนั้นเป็นระดับความพิการของผู้ป่วย

แม้ว่าการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายของการกำจัดโรคเรื้อนจนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก กล่าวคือสามารถลดขนาดของปัญหาและมีความก้าวหน้าต่อเนื่องจนอัตราความชุกโรคต่ำกว่า 1 ต่อประชากรหนึ่งหมื่นคนแล้วก็ตาม แต่จากสถานการณ์โรคเรื้อนพบว่ายังมีรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการระดับ 2 ร้อยละ 10-15 ซึ่งความพิการจากโรคเรื้อนยังคงเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนเนื่องจากขาดการเหลียวแลจากผู้ที่เกี่ยวข้องแม้ว่าจะได้รับการดูแลแล้วก็ตามแต่ส่วนใหญ่เป็นเหยี่ยวาทางด้านร่างกายเท่านั้น

ความพิการที่เกิดขึ้นไม่ว่าในขณะกำลังรักษาหรือจำหน่ายจากการรักษาแล้วก็ตามยังเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากเป็นความพิการที่ถาวรอันเกิดจากการทำลายของเส้นประสาทและอวัยวะที่เป็นโรค ทำให้เกิดร่องรอยความพิการปรากฏอยู่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมตามมา(ธีระ รามสูต, 2535 หน้า 69-81 และ กรมควบคุมโรค, 2553 หน้า 97)เนื่องจากเมื่อเกิดความพิการทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปมด้อย กลัวสังคมรังเกียจ ถูกรังเกียจจากครอบครัวหรือชุมชน หมดหวังท้อแท้ เกิดความทุกข์กังวลกับสภาพร่างกายจึงแยกตัวเองออกจากสังคม หลบซ่อนตัว

จากสังคม มีผลให้การรักษาไม่ต่อเนื่องในที่สุดเกิดความพิการมากขึ้นจนต้องตัดอวัยวะบางส่วนออก ส่งผลให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่สามารถเดินได้ เกิดความรู้สึกด้านลบ ที่มีต่อตนเองซึ่งเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนและมีผลกระทบด้านอาชีพไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ขาดรายได้เลี้ยงครอบครัวทำให้มีฐานะยากจน บางรายต้องหาเลี้ยงชีพด้วยการขอทานอยู่อย่างไร้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ (ธีระ รามสูต, 2535 หน้า 69-81 และ ยุพิน เพชรานนท์ และธีระ รามสูต, 2525 หน้า 440-444)

ในระยะแรกก่อนปี พ.ศ. 2498 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายและกลวิธีในการควบคุมโรค โดยการจัดตั้งนิคมโรคเรื้อนเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นปัญหาทางสังคมให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง มารวมอยู่ในที่เดียวกัน รวมทั้งเป็นสถานพักฟื้นสำหรับผู้รักษาหายแล้ว และให้การสงเคราะห์ผู้ป่วย พิการที่พึ่งตนเองและครอบครัวไม่ได้หรือแม้แต่ผู้ที่จำหน่ายจากการรักษาแล้วแต่ถูกรังเกียจจากสังคม เข้าพักอาศัยและจัดที่ทำกินให้สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ (กรมควบคุมโรค, 2550 หน้า 6-7) ต่อมากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดสวัสดิการสงเคราะห์เงินค่าอาหารรายวันวันละ 45 บาท และเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเดือนละ 700 บาท สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการหรือ มีปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ ประสบความยากลำบากในการดำรงชีพโดยมีคณะกรรมการคัดกรอง ระดับหน่วยงานภูมิภาคและคณะกรรมการกลางทำหน้าที่พิจารณาผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้ารับ การสงเคราะห์ตามระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วย การพิจารณาผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้ารับการสงเคราะห์ พ.ศ. 2549 ซึ่งเป็นการคัดเลือกผู้ป่วยไว้สงเคราะห์ในสถานโรคเรื้อน

ในปี พ.ศ. 2548 กรมบัญชีกลางได้อนุมัติให้กรมควบคุมโรค ขยายการสงเคราะห์ไปยังผู้ป่วย โรคเรื้อนที่ชราและพิการจากโรคเรื้อนที่อยู่ในชุมชน (กรมควบคุมโรค, 2550 หน้า 7) โดยใช้ระเบียบและ หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้ารับการสงเคราะห์ ซึ่งจะได้รับเงินค่าอาหารและ เงินสงเคราะห์รายเดือนเช่นเดียวกับผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ในนิคมโรคเรื้อน นอกจากนี้กรมควบคุมโรค ยังมีการจัดสวัสดิการสงเคราะห์ต่างๆ เช่น กองทุนหมุนเวียนให้ยืมเพื่อประกอบอาชีพและอื่นๆ ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นการสนับสนุนจากองค์กรภาคเอกชน เช่น มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธิสงเคราะห์คนเป็นโรคเรื้อนในสังฆราชูปถัมภ์ เป็นต้น

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ มีพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร และอุทัยธานี เป็นพื้นที่ที่ไม่มีนิคมโรคเรื้อน มีผู้ป่วย พิการจากโรคเรื้อนทั้งที่กำลังรักษาและจำหน่ายจากการรักษาแล้วได้รับการสงเคราะห์เงินค่าอาหารและ เงินสงเคราะห์รายเดือนจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ ปี 2550 จนถึงปัจจุบัน จำนวน 150 ราย จากการรายงานตัวของผู้ที่รับการสงเคราะห์ปีละ 1 ครั้งตามระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วย การสงเคราะห์ผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อน พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการดูแล ตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และสิทธิต่างๆที่ผู้พิการควรได้รับ เช่น ผู้ป่วยยังคงมีแผลที่มือและเท้า

กายอุปกรณ์ที่ใช้ไม่เหมาะสมหรือชำรุดไม่ทราบว่าจะขอเปลี่ยนขาเทียมหรือสายรัดขาเทียมที่ไหน ที่อยู่อาศัยพุง การไม่ได้รับเบี้ยสงเคราะห์อื่นที่ควรได้รับจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น(สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์, 2558)เป็นต้น ที่สำคัญยิ่ง คือผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนยังผจญกับปัญหาเดิมๆในเรื่องกลัวสังคมรังเกียจของตัวเอง (Fear and Social Prejudice) จนทำให้เกิดตราบาป(Stigmatization)บางรายมีอาการซึมเศร้า ทอดอาลัยตายอยากในชีวิต (Despair) ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self Report) รวมทั้งความรู้สึกด้านลบที่มีต่อตนเอง เช่นรู้สึกถูกรังเกียจและถูกเลือกปฏิบัติจากคนในครอบครัวและสังคมซึ่งผลจากการผจญความคิดเดิมๆของผู้ป่วยนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลงแม้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่กำจัดโรคเรื้อนจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขตั้งแต่ปี ค.ศ.2000 ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดแล้วก็ตามแต่ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาคือปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐฐานะของผู้พิการจากโรคเรื้อน ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม(Holistic Care) จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ยังไม่เคยทำการศึกษาคูณภาพชีวิต และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการจากโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ มาก่อน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ในชุมชนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณากิจกรรมส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการจากโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ในชุมชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.เพื่อศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ในชุมชนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์
- 2.เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ในชุมชนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร และอุทัยธานี โดยเป็นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ในชุมชนจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชนและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ ตัวแปรตามคือ คุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน โดยทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2559

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังรักษาหรือจำหน่ายจากทะเบียนรักษาแล้วที่ได้รับการสงเคราะห์ในชุมชนจากกรมควบคุมโรคผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

2. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล หมายถึงคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โดยนิยามแต่ละตัวแปร ดังนี้

อายุ หมายถึง จำนวนปีอายุของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนตามบัตรประชาชน นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่เก็บข้อมูล โดยใช้ปี พ.ศ. ที่เกิดลบด้วยพ.ศ.ปัจจุบัน

ระดับการศึกษา หมายถึง ชั้นการศึกษาสูงสุดของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน แบ่งเป็น โสด สมรส หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนได้รับจากเบี้ยในการดำรงชีวิตจากรัฐและรายได้อื่นๆ เช่น การรับจ้าง การค้าขาย ฯลฯ

จำนวนคนในบ้าน หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ในชายคาบ้านเดียวกันจะเป็นญาติหรือไม่ใช่ญาติก็ได้

ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้าหมายถึงบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลมือและเท้าใน 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย ตรวจมือและเท้า แคะมือและเท้าในน้ำ ขัดหนังที่แข็งและหนาด้วยอุปกรณ์ที่ไม่แข็ง ไม่คมสะอาด บริหารกล้ามเนื้อ และทำความสะอาดชำระล้างบาดแผลให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

การมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน เช่น การดำเนินชีวิตในบ้าน ชีวิตทางสังคม การเดินทางหรือการเคลื่อนไหว การติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและสิทธิประโยชน์ของผู้พิการ หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและสิทธิประโยชน์ของผู้พิการโดยช่องทางต่างๆของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน เช่น คนในครอบครัว ญาติ เพื่อนำชุมชน หอกระจายข่าว เอกสารแผ่นพับ เป็นต้น

3.คุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน หมายถึง ความรู้สึกหรือความพึงพอใจในชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ในชุมชน ใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) จำนวน 26 ข้อ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม และ 1 หมวด ได้แก่ หมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมโดยมีเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คุณภาพชีวิตปานกลาง และคุณภาพชีวิตที่ดี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

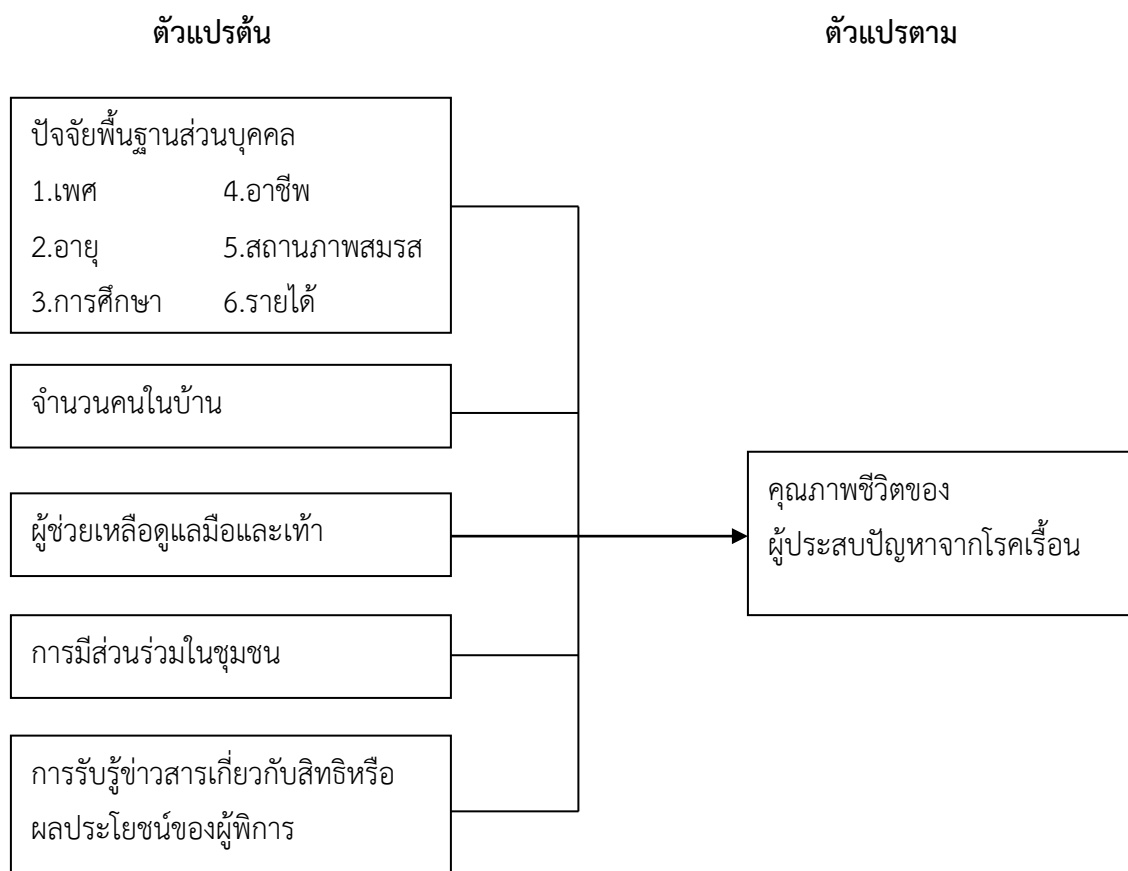
1. เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนได้อย่างเหมาะสม

2. เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมให้บริการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมกับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความพิการ

3. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนแบบบูรณาการ ต่อเนื่อง และองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอื่นๆ เช่น หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข่าวสารหรือสิทธิประโยชน์ของผู้พิการ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย คุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุภาพที่ 3 นครสวรรค์

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ มีขอบเขตครอบคลุมเนื้อหาต่างๆ ตามลำดับดังนี้

- 1.โรคเรื้อน
- 2.คุณภาพชีวิต
- 3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ *Mycobacterium Leprae* เป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการทางคลินิกต่างกัน อาจมีรอยโรคที่ผิวหนังที่เป็นเพียงวงต่างขนาดเล็กจนถึงตุ่มและผื่นกระจายทั่วตัวหรือก่อให้เกิดเส้นประสาทส่วนปลายอักเสบและเกิดความพิการตามมา อาการและอาการแสดงของโรคเรื้อนจะเกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (cell mediated immunity) ที่จำเพาะต่อเชื้อโรคเรื้อน ซึ่งเป็นการตอบสนองของภูมิคุ้มกัน ในคนที่ภูมิต้านทานต่อเชื้อโรคเรื้อนปกติเมื่อเชื้อโรคเรื้อนเข้าสู่ร่างกายภูมิต้านทานจะค้นหาและทำลายเชื้อได้ทำให้ไม่เกิดอาการของโรค แต่ในคนที่ภูมิต้านทานต่อเชื้อโรคเรื้อนผิดปกติ เมื่อได้รับเชื้อจะไม่สามารถทำลาย *M. Leprae* ได้เชื้อจะแบ่งตัวในร่างกายของผู้ป่วยเมื่อแบ่งตัวมากพอจะเกิดอาการทางผิวหนัง และ/หรืออาการทางเส้นประสาทส่วนปลายกล่าวได้ว่าผู้ป่วยเกิดอาการของโรคเรื้อน ซึ่งจะมีเพียงร้อยละ 3 ของผู้ที่ได้รับเชื้อที่มีภูมิต้านทานต่อเชื้อโรคเรื้อนที่ผิดปกติ

อาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคเรื้อน

- 1.อาการทางผิวหนัง มีลักษณะเฉพาะ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 วงต่างแบนราบสีจางหรือเข้มกว่าผิวหนังปกติ วงมีขอบนูนแดง ผื่นเหล่านี้จะตรวจพบอาการชาร่วมด้วย และมีการกระจายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย

กลุ่มที่ 2 ผื่นวงแหวนมีอาการชา หรือผื่นนูนแดงหนา และตุ่ม ไม้ชา ไม้คัน และไม่เจ็บ มักตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนจากรอยโรคโดยการกรีดผิวหนัง (slit skin smear) มีการกระจายทั่วร่างกาย

2.อาการจากเส้นประสาทส่วนปลาย (Peripheral Nerve) เกิดการอักเสบและถูกทำลาย ทำให้เกิดอาการต่างๆ คือ

- เส้นประสาทอัตโนมัติหรือเส้นประสาทซิมพาเทติกถูกทำลาย ทำให้เหงื่อไม่ออก ผิวหนังแห้งและขนร่วงเส้นเลือดดำตีบมีอาการเท้าบวมและเป็นแผล เส้นเลือดแดงตีบมีอาการขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้ผิวหนังตามปลายมือปลายเท้าแห้งด้านข้างและเป็นแผลเนื้อตาย

- เส้นประสาทรับความรู้สึกถูกทำลาย (Sensory nerve involvement) ทำให้เกิดอาการชา ไม่รู้สึกในสัมผัส ไม่รู้สึกร้อนเย็น และไม่รู้สึกหนักเบา ระยะแรกมีอาการปวดสลับปวดร้อนและชามากขึ้นมักชาตามมือและเท้า

-เส้นประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (Motor nerve involvement) ทำให้กล้ามเนื้อมีกำลังน้อย (Muscle Weakness) กล้ามเนื้อลีบ (Muscular Atrophy) กล้ามเนื้อเป็นอัมพาต (Muscular Paralysis) อ่อนแรงเป็นอัมพาตเช่น นิ้วงอ ข้อมือตก (Wrist Drop) เท้าตก (Foot Drop)

การติดต่อ

M. Leprae เป็นเชื้อโรคที่มีความสามารถในการติดเชื้อ (infectivity) สูง แต่มีฤทธิ์ในการก่อโรค (pathogenicity) ต่ำ คนเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเรื้อนที่สำคัญ เชื้อโรคเรื้อนจะออกจากร่างกายผู้ป่วย 2 ทาง ได้แก่ทางเยื่อจมูก และทางผิวหนังที่แตกเป็นแผล (lepromatous ulcer) แต่เชื้อโรคเรื้อนที่ออกจากเยื่อจมูกจะมีความสำคัญในทางระบาดวิทยา วิธีการแพร่เชื้อ คือละอองฝอย (droplet) จากทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อผสม (multibacillary leprosy) ชนิด lepromatous ที่ยังไม่ได้รับการรักษาสามารถปล่อยเชื้อโรคเรื้อนผ่านทางเยื่อจมูกออกมาได้มากถึงวันละ 10 ล้านตัวเชื้อมีชีวิตอยู่นอกร่างกายได้นาน 9 วันและเชื้อที่มีชีวิตเท่านั้นที่สามารถแพร่เชื้อได้

ระยะฟักตัวของโรค (incubation period)

M. Leprae เป็นเชื้อแบคทีเรียที่มีการแบ่งตัวช้าที่สุดเท่าที่มีหลักฐาน โดยใช้เวลาในการแบ่งตัว 11-14 วัน ทำให้ระยะฟักตัวของโรคนาน คือ 2-5 ปีในชนิด tuberculoid และ 8-12 ปี ในชนิด lepromatous เมื่อสิ้นสุดระยะฟักตัว *M. Leprae* ก็ยังคงแบ่งตัวต่อไปอย่างช้าๆจนกว่าจะได้รับการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังไม่ได้รับการรักษา ยังคงมีการดำเนินของโรคอยู่ ผู้ป่วยจะค่อยๆพิการมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้าได้รับการรักษาโรคจะหายขาดได้

การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน(classification of leprosy)

Ridley & Jopling ได้จำแนกชนิดของโรคเรื้อนโดยใช้อาการแสดงทางคลินิก ผลการตรวจเชื้อด้วยวิธี slit skin smear ลักษณะทางพยาธิวิทยาจากการตรวจชิ้นเนื้อ รวมทั้งการทดสอบทางภูมิคุ้มกันวิทยาด้วย lepromin (lepromin test) ในปี พ.ศ. 2509 ซึ่งเป็นที่ยอมรับ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ใช้เพียงอาการแสดงทางคลินิก และผลการทำ slit skin smear ก็เพียงพอในการจำแนกชนิดของโรคเรื้อน

การวางแผนการรักษาและการดำเนินงานควบคุมโรค จำแนกผู้ป่วยเป็น 2 ประเภท คือ

1.ประเภทเชือน้อย (Paucibacillary leprosy : PB)หมายถึงโรคเรื้อนชนิด Indeterminate : I Tuberculoid : TT และ Borderline tuberculoid : BT ที่ตรวจไม่พบเชื้อและมีรอยโรคจำนวน 1-5 แห่ง

2.ประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy : MB)หมายถึงโรคเรื้อนชนิด Borderline tuberculoid : BTที่ตรวจไม่พบเชื้อ มีรอยโรคมกกว่า 5 แห่งและกระจายอยู่สองข้างของร่างกาย
Borderline tuberculoid : BTที่ตรวจพบเชื้อ Mild-borderline: BB และ Lepromatous :LL

การวินิจฉัยโรคเรื้อน

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความ ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการวินิจฉัยโรค ดังนี้

1.ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน

2.ตรวจพบอาการชาในข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

2.1.ชาที่ผิวหนังรอยโรค

2.2.ชาที่ผิวหนังบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลายโดยเชื้อ

โรคเรื้อน

3.ตรวจพบเส้นประสาทโต

4.ตรวจพบเชื้อรูปแท่งติดสีทนกรด(acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนัง(slit skin smear)

หากพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อจาก 3 ข้อแรกหรือพบข้อ 4 เพียงข้อเดียว ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

การรักษาโรคเรื้อน

การรักษาโรคเรื้อนมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ เพื่อรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากโรคและไม่เกิดความพิการ และเพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อในชุมชน

หลักสำคัญในการรักษาโรคเรื้อนต้องให้ยาพร้อมกันอย่างน้อย 2 ชนิดซึ่งเป็นสูตรยาผสม (multidrug therapy: MDT) ขององค์การอนามัยโลกที่ใช้กันทั่วโลกในปัจจุบัน ดังนั้น ไม่ว่าจะ เป็นโรคเรื้อนชนิดใดก็ตาม ห้ามให้ยาตัวเดียวในการรักษา

ตารางที่ 1 หลักเกณฑ์การให้ยารักษาโรคเรื้อน(multidrug therapy: MDT)

	ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย (paucibacillary leprosy : PB)	ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (multibacillary leprosy: MB)
ชนิดของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> ● Indeterminate : I ● Tuberculoid : TT ● Borderline tuberculoid : BT ที่ตรวจไม่พบเชื้อและมีรอยโรคจำนวน 1-5 แห่ง 	<ul style="list-style-type: none"> ● Borderline tuberculoid : BT ที่ตรวจไม่พบเชื้อ มีรอยโรคมกกว่า 5 แห่ง และกระจายอยู่สองข้างของร่างกาย ● Borderline tuberculoid : BT ที่ตรวจพบเชื้อ ● Mild-borderline: BB ● Lepromatous :LL
การรักษา		
1.ยากินต่อหน้าเจ้าหน้าที่ (supervised) เดือนละครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> ● Rifampicin (RFP) 600 mg 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rifampicin (RFP) 600 mg และ Clofazimine (CLO) 300 mg
2.ยากินทุกวัน ให้ผู้ป่วยไปกินเองที่บ้าน	<ul style="list-style-type: none"> ● Dapsone (DDS) 100 mg/day 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dapsone (DDS) 100 mg/day ● Clofazimine (CLO) 50 mg/day
ระยะเวลา	6 เดือน	24 เดือน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากปฏิกิริยา(immunological reaction) หรือโรคเห่อ (reaction) เป็นการอักเสบอย่างฉับพลันที่ผิวหนังหรือเส้นประสาท หรืออวัยวะอื่นๆของร่างกาย มีสาเหตุจากกลไกทางภูมิคุ้มกันวิทยาที่สำคัญในโรคเรื้อน ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยกำลังแยลงและไม่ได้หมายความว่าเชื่อมีการแบ่งตัวและกระจายมากขึ้นในการอักเสบของอวัยวะนั้นๆ อาการแสดงในอวัยวะที่มีการอักเสบ อาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายๆอย่างพร้อมกัน ได้แก่ ปวด(pain) บวม (swelling) แดง (redness) ร้อน(warmth) หรือสูญเสียหน้าที่ (loss of function) แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเพียงอาการใดอาการหนึ่ง เช่นในเส้นประสาทอักเสบบางชนิดจะตรวจพบเพียงการสูญเสียหน้าที่เท่านั้น

โรคห่อในผู้ป่วยโรคเรื้อน แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1.โรคห่อชนิดที่ 1 (type 1 reaction) พบในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันไม่คงที่ ได้แก่ BT BB BL โดยเฉพาะ BB เป็นชนิดที่ภูมิคุ้มกันไม่คงที่มากที่สุด (the most unstable type of leprosy) โรคห่อชนิดที่ 1 อาจเกิดก่อนที่จะรักษา หรือในระหว่างรักษาแต่ส่วนใหญ่มักเกิดในช่วง 6 เดือนหลังเริ่มให้การรักษา และที่สำคัญคืออาจเกิดแม้ว่าหยุดการรักษาไปแล้วจากบางส่วนของเชื้อโรคเรื้อนที่ตายแล้วแต่ร่างกายไม่สามารถกำจัดชิ้นส่วนของเชื้อได้ ยังคงหลงเหลืออยู่ในร่างกายซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคห่อชนิดที่ 1 ได้อีกที่สำคัญคืออาการทางคลินิกที่คล้ายกับโรคเรื้อนในระยะกำเริบ (active leprosy) แต่โรคเรื้อนระยะกำเริบจะพบในผู้ป่วยใหม่ที่ยังไม่ได้รับการรักษา อาการแสดงของโรคห่อชนิดที่ 1 ปรากฏดังนี้

1.1.อาการแสดงทางผิวหนัง พบรอยโรคที่ผิวหนังเดิมจะบวมขึ้น (sweling) แดง (redness) และเป็นมัน(shiny) ผู้ป่วยอาจมีอาการปวด ในรายที่เป็นมากๆผิวหนังอาจบวมมากจนกระทั่งแตกเป็นแผล (ulceration) หรืออาจพบผื่นใหม่เกิดขึ้นซึ่งผื่นจะบวมแดงแตกต่างจากผิวหนังปกติ ในรายที่อาการอักเสบเริ่มดีขึ้น ผื่นบวมแดงจะยุบลง และเห็นรอยโรคลอกเป็นขุย

1.2.อาการทางเส้นประสาท ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหรือกดเจ็บที่เส้นประสาท (tenderness) หรือมีอาการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาท ในบางรายที่มีการอักเสบที่เส้นประสาทใหญ่ (nerve trunk) อาจไม่มีอาการเจ็บปวดที่เส้นประสาทแต่จะมีอาการชาบริเวณที่เส้นประสาทใหญ่ไปเลี้ยง

1.3.อาการแสดงทางระบบอื่นๆ บางครั้งอาจมีอาการบวมที่ข้อมือข้อเท้า หรืออาจมีไข้ร่วมด้วย อย่างไรก็ตามอาจเกิดจากสาเหตุอื่นได้ เช่นตับ ตไต หรือหัวใจ

2.โรคห่อชนิดที่ 2 (type 2 reaction) มักเกิดในผู้ป่วย lepromatous และ borderline lepromatous เป็นผลจากมีสิ่งกระตุ้น ดังนี้คือ ความเครียดทางร่างกายหรืออารมณ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ เช่น มาลาเรีย วัณโรค ไทรอยด์ การฉีดวัคซีน การได้รับบาดเจ็บ หรือในระหว่างตั้งครรภ์และคลอดบุตร อาการที่ปรากฏดังนี้

2.1.อาการทางผิวหนัง ตรวจพบตุ่มใต้ผิวหนัง สีแดง กดเจ็บ ตุ่มมักขึ้นเป็นชุด(Crops) เรียกว่า erythema nodosum leprosum : ENL

2.2.อาการทางเส้นประสาท พบอาการเส้นประสาทอักเสบ แต่การทำลายเส้นประสาทมักไม่รุนแรง

2.3.การอักเสบของตา มักเกิดม่านตาอักเสบเฉียบพลัน (acute irido-cyclitis) ตรวจพบอาการแดงที่บริเวณรอบๆตาดำรอยต่อกับตาขาว และมีอาการปวดเบ้าตาอย่างรุนแรงโดยเฉพาะเวลาออกกลางแจ้งหากรักษาไม่ทันอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นอย่างรวดเร็ว

2.4.อาการอื่นๆ เช่น อัมตะอักเสบ ข้ออักเสบ ไข่อ่อนเพลีย

การรักษาโรคเหน็บ มีจุดประสงค์หลัก คือ การรักษาเส้นประสาท ซึ่งมีหลักสำคัญ 2 ประการ คือ

- 1.การให้ยาต้านการอักเสบที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ได้แก่ prednisolone และ
- 2.การดูแลเส้นประสาทที่อักเสบ โดยให้เส้นประสาทได้พักเพื่อให้ร่างกายได้ปรับแก้ไขปัญหาเอง โดยวิธีผูกยึด (sling) หรือวิธีการดูแลเท้าตกหรือกำลังจะตกให้เส้นประสาทเคลื่อนไหวเสียดสีน้อยที่สุด

เส้นประสาทอักเสบ เป็นการอักเสบที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลันกับเส้นประสาท ถ้าได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องและไม่ทันท่วงทีจะเกิดการทำลายของเส้นประสาทส่วนปลายจนสูญเสียหน้าที่ อวัยวะที่อาจเกิดความพิการ ได้แก่ ใบหน้า ตา มือ และเท้า เส้นประสาทอักเสบแบ่งเป็น 2 ชนิด คือชนิดที่มีความเจ็บปวดร่วมด้วย และชนิดที่ไม่มีความเจ็บปวดร่วมด้วย การวินิจฉัยไม่สามารถสอบถามอาการจากผู้ป่วยได้ต้องตรวจหาอาการที่แสดงว่ามีการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทเท่านั้น เส้นประสาททั้ง 2 ชนิดถ้าไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาท (nerve function impairment: NFI) อาจเกิดขึ้นฉับพลันหรือค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้าๆ

ตารางที่ 2 เส้นประสาทที่มักจะถูกทำลายในผู้ป่วยโรคเรื้อนและความพิการที่เกิดขึ้น

(สถาบันราชประชาสมาสัย, 2553, หน้า 100)

อวัยวะ	เส้นประสาท	ความผิดปกติที่ตรวจพบ	
		ความพิการ	การสูญเสียความรู้สึก
ตา	trigeminal nerve	-	กระจกตาชา
	facial nerve	ตาหลับไม่สนิท (lagophthalmos)	-
มือ	ulnar nerve	นิ้วนาง และนิ้วก้อย	ชาบริเวณนิ้วก้อยและครึ่งหนึ่งของนิ้วนาง
	median nerve	นิ้วหัวแม่มือ	ฝ่ามือชาบริเวณนิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และครึ่งหนึ่งของนิ้วนาง และปลายนิ้วชี้ นิ้วกลาง และครึ่งหนึ่งของนิ้วนางด้านหลังมือ
	radial nerve	ข้อมือตก	ชาบริเวณโคนนิ้วหัวแม่มือด้านฝ่ามือ และนิ้วหัวแม่มือ ส่วนต้นของนิ้วชี้ นิ้วกลาง และครึ่งหนึ่งของนิ้วนางด้านหลังมือ
เท้า	common peroneal nerve	ข้อเท้าตก	ชาบริเวณหลังเท้าและชาด้านนอก
	posterior tibial nerve	นิ้วเท้างอ	ชาบริเวณฝ่าเท้า

ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน

เกิดเนื่องจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายจนสูญเสียหน้าที่ ความพิการส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้หากผู้ป่วยได้รับการรักษาและดูแลอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ปัจจุบันพบว่าประมาณร้อยละ 38 ของผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความพิการส่งผลให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา ดังนั้นงานป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจึงเป็นกิจกรรมสำคัญในการควบคุมโรคเรื้อนและเป็นนโยบายระดับกระทรวงตั้งแต่พ.ศ.2532 เป็นต้นมา ซึ่งเป้าหมายของการป้องกันความพิการ คือ ไม่ให้มีความพิการเกิดขึ้นใหม่ หยุดยั้งความพิการที่มีอยู่แล้วให้คงที่ไม่เพิ่มขึ้น และลดระดับความพิการ

องค์การอนามัยโลกแบ่งระดับความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 0 ระดับ 1 และระดับ 2 กำหนดให้ระดับ 2 เป็นความพิการที่มองเห็นได้ การพิจารณาความพิการให้แยกความพิการของแต่ละอวัยวะ คือ ตา มือ และเท้า ให้ถือความพิการสูงสุดที่ตรวจพบเป็นความพิการของผู้ป่วยรายนั้น

ตารางที่ 3 การแบ่งระดับความพิการ (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2553, หน้า 104)

ระดับความพิการ	ตา	มือ	เท้า
ระดับ 0	หนังตา/ตาปกติ สายตาคมชัด	รูปร่างปกติและ ฝ่ามือไม่ชา	รูปร่างปกติและ ฝ่าเท้าไม่ชา
ระดับ 1	กระจกตาชา สายตามัวไม่มาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรได้ถูกต้อง วัด สายตาได้ 6/60 หรือ ดีกว่า)	รูปร่างปกติและ ฝ่ามือชา	รูปร่างปกติและ ฝ่าเท้าชา
ระดับ 2	ตาหลับไม่สนิท ม่านตาอักเสบ กระจกตาเป็นฝ้าขุ่น สายตามัวมาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรไม่ได้ วัดสายตาได้ น้อยกว่า 6/60)	รูปร่างผิดปกติ นิ้วงอ ข้อติดแข็ง กระดูกหด สั้น มีแผล ข้อมือตก	รูปร่างผิดปกติ นิ้วงอ ข้อติดแข็ง กระดูกหด สั้น มีแผล เดินเท้าตก

ลักษณะเฉพาะตามธรรมชาติของปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อน

1.การก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนทางจิตวิทยา (Psychological Disturbance)

โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการศึกษาและวิถีชีวิตในระดับสูง มีฐานะและสถานภาพศักดิ์ศรีในสังคมสูง หรือมีครอบครัวต้องดูแล ย่อมกลัวที่จะถูกรังเกียจและไม่ยอมรับหรือปฏิเสธ (Rejection) โดยสังคม มีความหวั่นวิตกต่อชะตากรรมของตนเองและครอบครัวอย่างมาก ผู้ป่วยจะยังมีปมด้อยรุนแรงและตกเป็นเหยื่อความรังเกียจของสังคมจนเกิด Psychological Trauma ยากที่จะแก้ไขและฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ อาจเกิดการรังเกียจตนเอง (self stigma) คือ บุคคลนั้นๆจะตำหนิตนเองจากการเจ็บป่วย เป็นโรคส่งผลให้เกิดความรู้สึกไร้ค่าและสูญเสียความนับถือตนเอง สูญเสียความหวัง และเป้าหมายในชีวิต

2.การก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนทางสังคม (Social Disturbance)

นอกจากความชำรุดบกพร่องของร่างกายหรือขีดจำกัดในการทำหน้าที่ที่เป็นปัญหาใหญ่ของโรคเรื้อน การรังเกียจและการถูกแยกจากสังคมก็เป็นผลกระทบใหญ่เช่นกัน ผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องคอยหลบซ่อนปกปิดจากการที่สังคมไม่ยอมรับ การรังเกียจเหยียดฉันท์ (Discrimination) และขับไล่ออกไป (Ostracism) จากครอบครัว ชุมชน บ้าน ความรัก ความผูกพันต่างๆ ไม่มีใครคบค้าสมาคมกลายเป็นพวก Out Castต้องมีข้อจำกัดทางสังคม (Social Disability)และแม้ลูกหลานก็มีปัญหาถูกรังเกียจไปด้วยทั้งที่ไม่ได้ติดโรคยอมก่อให้เกิดปัญหาและผลลัพธ์ทางสังคมตามมาอย่างมากมาย หรือแม้ถูกส่งไปรักษาอยู่ตามสถานพยาบาลโรคเรื้อน นิคมโรคเรื้อนจนหายแล้วก็ไม่สามารถกลับสู่สังคมได้ (Social Reintegration) หรือบางคนต้องถูกทอดทิ้งอยู่เดียวดาย (Destitution)

3.การก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ (Economic Disturbance)

การปรากฏอาการของโรคเรื้อนที่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถปกปิดซ่อนเร้นตนเองต่อไปได้ในที่สุด เมื่อนายจ้าง ผู้ร่วมงานรู้ อาจถูกปลดออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ที่จะเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว ทั้งๆที่มีสมรรถภาพทางร่างกายและสติปัญญาเพียงพอ หรือบางรายไม่สามารถทำงานต่อไปได้ เนื่องจากความบกพร่องของร่างกายจนกลายเป็นทรัพยากรที่ไร้ค่าทางเศรษฐกิจและเป็นภาระแก่สังคม

4.การไม่สนใจรับการรักษาเท่าที่ควรจนพิการและมีข้อจำกัด (Disablement)

จากการรังเกียจกลัวสังคม ทำให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนต้องปกปิดซ่อนตัวไม่ยอมมารับการตรวจรักษาหรือรักษาไม่ครบตามเกณฑ์การรักษาทำให้มีการทำลายเส้นประสาทจนเสื่อมหน้าที่ (Impairment) จนทำให้เกิดความพิการ(Deformity) เกิดข้อจำกัดของสมรรถภาพ (Disability) และมีความบกพร่องหย่อนสภาพ (Handicap) ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า “ความสุข” “ความผาสุก” และคำอื่นๆในทำนองนั้น มีองค์ประกอบที่ให้ความพอใจในแง่ของวัตถุ จิตใจ และความรู้สึกนึกคิดโดยรวมทั้งหมด เช่น รายได้ ความสะดวกสบายในสถานภาพทางสังคม ความรู้สึกมีความสุข ความทุกข์ ความวิตกกังวลต่างๆ ความสามารถในการสร้างสรรค์ ความมีศักดิ์ศรี การได้รับการยอมรับ การรู้สึกว่าเป็นที่รักของคนอื่น และการปราศจากความกลัวและความกังวล (เอาเบท ปี ซิน, หลุยส์ อี เดวิด และคณะ 1975:212 อ้างถึงในวิฑูรย์ เตโช, 2541 Cherns, Davis and other สตีลคเดล 1972:6 อ้างถึงในมาลี สบายยิ่ง; 2546:16 วอลแลจ 1974:6 อ้างถึงในมาลี สบายยิ่ง; 2546 Dulkey&Rourke, cited in Ferrans& Powers, 1985)

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1994) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นมโนทัศน์ที่มีหลายมิติ ต่อการรับรู้ของบุคคล ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล

จากความหมายคุณภาพชีวิตที่ได้ศึกษา อาจสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตในความหมายของผู้วิจัย เป็นความพึงพอใจในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐฐานะ สังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ปี ค.ศ.1960 คำว่าคุณภาพชีวิตปรากฏเป็นครั้งแรก โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในแต่ละด้านจะทำได้ดีและรวดเร็วขึ้น การที่คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ รู้จักคิด รู้จักทำ รู้จักตัดสินใจ คำว่าคุณภาพชีวิตจึงเกิดขึ้นพร้อมกับคำว่าประชากรศึกษาโดยกำหนดขึ้นจากปัญหาความเป็นอยู่ที่สมดุลของมนุษย์ (Burchhardt, 1982 อ้างถึงในประภา รัตนเมธานนท์, 2532, 11) เป็นที่สนใจอย่างมากจนรวมตลอดถึงการบริการสุขภาพ นักวิชาการได้พยายามวางแผนแนวคิดและทฤษฎีต่างๆเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันมากในระดับฐานความคิดของแต่ละวิชาชีพ พื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม มีการแยกการศึกษาคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 หลักใหญ่ๆ ได้แก่

1.การวัดในเชิงวัตถุวิสัย (The Objective Approach) แสดงถึงภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรม ลักษณะบุคคลซึ่งตัดสินใจโดยบุคคลอื่นหรือด้วยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง ได้แก่ รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ทางด้านร่างกาย

2.การวัดในเชิงจิตวิสัย (The Subjective Approach) เป็นกรอบอ้างอิงของบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้จากประสบการณ์ในอดีตของตนเองสะท้อนภาวะทางอารมณ์ ได้แก่ ความปรารถนา ความพอใจในชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต

มีการบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตได้ 3 ลักษณะ โดยเน้นการประเมินความสบายทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ดังนี้

1.การประเมินเชิงวัตถุวิสัย (Objective Scales Yielding Quantitative Data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคคลในทีมสุขภาพ ประเมินออกมาเป็นคะแนนในเรื่องภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษา อาชีพ เป็นต้น

2.การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective Scales Yielding Quantitative Data) เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเองขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของตนเองหรือนิยามคุณภาพชีวิต เป็นคำถามความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจหรือความสุขที่ได้รับ ประเมินออกมาเป็นคะแนน

3.การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective Scales Yielding Qualitative Data) เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเองขึ้นอยู่กับนิยามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำถามความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กิจกรรมทางสังคมหรือภาวะเจ็บป่วยผลออกมาเป็นการบรรยายถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือประเมินค่าที่เป็นจิตวิสัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อมเพราะนิยามของคุณภาพชีวิตจะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรคหรือสภาพต่างๆแต่ถือเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัย-โลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI) สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุลและคณะ (2540) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อมีการพัฒนาโดยการทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF ศึกษา ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัดWHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceiveobjective)และอัตวิสัย (self-reportsubjective) เป็นแบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วง มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวม คือ

1.ด้านร่างกาย (physicaldomain) เป็นการรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่นการรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน

การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งยาต่างๆหรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

2.ด้านจิตใจ (psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายชีวิต และความเชื่ออื่นๆที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะปัญหาอุปสรรค เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ

3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) เป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลในสังคมอื่นด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ

4.ด้านสิ่งแวดล้อม(environment) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะรับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อคำถาม

หมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ ข้อที่ 1 และข้อที่ 26

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา เรื่อง คุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ จากการศึกษาวิจัยได้ทบทวนเอกสารรวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงเลือกปัจจัยที่น่าสนใจและคาดว่าจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ ดังต่อไปนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านพื้นฐานส่วนบุคคล

1.เพศ เป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพของบุคคลในสังคม ซึ่งสังคมไทยในอดีตมีค่านิยมให้เพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว จากการศึกษาของ ศศินันท์ วาสิน (2556) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี พบว่า เพศ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

2.อายุ ในทางสุขภาพ พบว่า อายุ มีอิทธิพลในการกำหนดบุคคลทางด้านความคิดและสติปัญญา ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา นอกจากนี้ การที่มนุษย์มีอายุมากขึ้นจะส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมหรือมีโรคประจำตัวเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ต้องพึ่งพาคนในครอบครัวมากขึ้นทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระแก่คนในครอบครัวจากการศึกษาของจรรยาภูกลิ่น (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิรามาศ รอดจันทร์ และคณะ (2549) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 56-70 ปีมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำกว่าด้านอื่นๆ อันอาจเนื่องจากผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโกเมศ อนุรัตน์ (2543) ศึกษาเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากอาการของโรคและอาการข้างเคียงจากการรักษา

3.ระดับการศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาในระดับสูงจะทำให้มีรายได้ที่มั่นคง มักจะมีการวางแผนการเก็บออมทรัพย์สินไว้ใช้ในอนาคต จากการศึกษาของ อนุญา เจียนรัมย์ (2557) ได้ทำการศึกษาความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสนามชัย อำเภอบางไกร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การศึกษา ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

4.อาชีพ นักสังคมวิทยาเชื่อว่า บทบาทของคนทำงานเป็นตัวก่อให้เกิดความพอใจในชีวิต เพราะการมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่า ส่วนการออกจากงานหรือไม่มีงานทำเป็นการสูญเสียบทบาทของคน จากการศึกษาของศิรามาศ รอดจันทร์ และคณะ (2549) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพประจำมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของปกรณ วชิรศกุล (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า อาชีพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ

5.สถานภาพสมรส ทำให้มีเพื่อนคู่คิดส่งผลให้มีผู้คอยช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ และรู้สึกมีความมั่นคงในชีวิตจากการศึกษาของจรรยาภูกลิ่น (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกับการศึกษาของ ศศินันท์ วาสิน (2556) ทำการศึกษาปัจจัย

ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี พบว่า สถานภาพสมรสมีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

6. รายได้ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพื่อสนองความต้องการต่างๆ จากการศึกษาของปกรณ วชิรกุล (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า รายได้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของศศินันท์ วาสิน (2556) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี พบว่า รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคนพิการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้องจำนวนคนในบ้านและผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า

สังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุด ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แน่นแฟ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจาก มนุษย์ต้องการ ต้องการเอาอกเอใจต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ต้องการให้บุคคลอื่นมีความสนใจ เห็นอกเห็นใจ มีความสงสารในตนเอง ต้องการได้รับความช่วยเหลือการดูแลให้คำแนะนำดูแลจากบุคคลอื่น จากการศึกษาของ ศศินันท์ วาสิน (2556) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี พบว่า ครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นในการสร้างแรงบันดาลใจ และเป็นแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้องกับการมีส่วนร่วมในชุมชน

การมีส่วนร่วมในชุมชนทำให้รู้สึกได้สร้างประโยชน์แก่ส่วนรวม มีการช่วยเหลือกันและกัน ส่งผลให้ไม่อ้างว้างโดดเดี่ยว สภาพจิตใจดีขึ้น มีการใช้พลังจากสมาชิกในชุมชน ทำให้บุคคลในสังคมมองเห็นคุณค่ายกย่องให้เกียรติเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ จากการศึกษาของยศพล โสมเหลียงนภา สาคร พร้อมเพราะ และสุกัญญา ชันวิเศษ (2554) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต ปัญหา และความต้องการของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี พบว่า ปัจจัยในการทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปกรณ วชิรกุล (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ การมีส่วนร่วมในชุมชน ต่างจากการศึกษาของจรรยาภูักลั่น (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า คุณภาพชีวิตในเรื่องความรู้สึกเหงา เศร้า วิตกกังวล มีระดับคะแนนต่ำสุดอาจเนื่องจากบริบทของชุมชนโรคเรื้อนสถาบันราชประชาสมาสัยเป็นชุมชนเฉพาะของผู้ป่วยโรคเรื้อน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ

การรับรู้ข่าวสารเป็นการแลกเปลี่ยน อภิปราย ถ่ายทอดข่าวสารต่างๆระหว่างสมาชิกในสังคม การรับรู้ข่าวสารขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสังคม (Wilmot, 1987) ในสังคมประชาธิปไตย การรับรู้ข่าวสารย่อมมีอิสระและหลากหลายรูปแบบมากกว่าสังคมเผด็จการ (Huang & Wang, 2009) การสนใจติดตามข่าวสารของทางระบบราชการ การมีส่วนร่วมรับประโยชน์จากการพัฒนา เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาของรัฐ กันภัยและธรรมนิตย์ วราภรณ์ (2558) พบว่า การรับรู้ข่าวสารส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาท้องถิ่น ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

โกเมศ อุรัตน์ (2543) ศึกษาเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตด้านสังคมต่ำที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากอาการของโรคและอาการข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมและมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นน้อยลง

ศิรามาศ รอดจันทร์ และคณะ (2549) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงระดับดี โดยคุณภาพชีวิตที่มีระดับต่ำกว่าด้านอื่นๆ คือ ด้านร่างกาย อาจเนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนปกติ และรักษาหายจากโรคเรื้อนมานานแล้วซึ่งการติดตามดูแลจากเจ้าหน้าที่อาจไม่ครอบคลุม

จรรยา ภู่อ้วน (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางรวมทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมก็อยู่ในระดับปานกลางด้วยเช่นกัน แต่เมื่อพิจารณารายช้อกลับพบว่า คุณภาพชีวิตในเรื่องความรู้สึกเหงา เศร้า วิตกกังวล มีระดับคะแนนต่ำสุด

ยศพล โสมเหลียงนภา สาคร พร้อมเพระ และสุกัญญา ชันวิเศษ (2554) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต ปัญหา และความต้องการของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้พิการทางการมองเห็น ทางกาย และทางการเคลื่อนไหวในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความต้องการที่ผู้พิการต้องการรับการสนับสนุนมากที่สุด ส่วนใหญ่ต้องการให้ช่วยแก้ไข

ปัญหาทางสุขภาพที่เป็นอยู่ เช่น การได้ยิน การเดิน การจัดหาอาชีพ ส่วนปัจจัยในการทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และรายได้ เท่านั้น

ปกรณ วชิรศกุล (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้พิการจังหวัดพิษณุโลกอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในชุมชน ที่อยู่อาศัย การฟื้นฟูสภาพ อาชีพ รายได้ ระดับความพิการ สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาและอายุที่เกิดความพิการ

ศศินันท์ วาสิน (2556) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง แต่การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวน้อย การบริการที่ได้รับจากภาครัฐด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านอาชีพและการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย ภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับน้อย ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ภาคีเครือข่ายคนพิการมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตคนพิการมากที่สุด รองลงมา คือ การบริการที่ได้รับจากภาครัฐ การเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ สัมพันธภาพในครอบครัว ตามลำดับ ส่วนอายุและสถานภาพสมรสมีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตคนพิการ

สรุป จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสาร พบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ครอบครัว การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยเหล่านี้มีทั้งความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ในกลุ่มผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ในชุมชนจากกรมควบคุมโรคผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร และอุทัยธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการระดับ 2 ที่กำลังรับการรักษาหรือจำหน่ายจากการรักษาและได้รับการสงเคราะห์ในชุมชนจากกรมควบคุมโรคผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร และอุทัยธานี

กลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่าง (samples) ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการระดับ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการสงเคราะห์ในชุมชนจากกรมควบคุมโรคผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ใน 5 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร และอุทัยธานีจำนวน 150 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรับการสงเคราะห์ในชุมชนจากกรมควบคุมโรคผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ใน 5 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร และอุทัยธานี จำนวน 150 คนโดยถามความสมัครใจในการยินยอมให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยมีความเคารพและตระหนักในสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. มีการอธิบายจุดประสงค์และขั้นตอนในการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
2. ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระและมีเวลาในการตัดสินใจในการให้ข้อมูล และสามารถปฏิเสธขั้นตอนใดๆ ในการเก็บข้อมูลได้ตลอดเวลา
3. การให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลจะไม่มีผลกระทบต่อบริการที่จะได้รับ
4. การตอบแทนแก่ผู้ให้ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยจะพิจารณาตามความเหมาะสม เช่น การเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เรื่องการป้องกันความพิการ การรับฟังปัญหาและความคิดเห็น การระบายความรู้สึก รวมถึงการให้คำแนะนำและให้การปรึกษาในบางประเด็น เป็นต้น
5. ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล จะมีการเก็บและรักษาไว้เป็นความลับ การนำเสนอหรืออภิปราย ในรายงานวิจัยจะไม่มี การแสดงข้อมูลเฉพาะรายหรือชุมชน เป็นการนำเสนอในภาพรวมของ กลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุลและคณะ ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนคนในครอบครัว ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน การรับรู้ข่าวสารด้านสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการลักษณะคำตอบเป็นแบบใส่เครื่องหมายถูกหน้าข้อความและเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ประกอบด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีทั้งหมด 26 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงมาจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (physical domain) เป็นการรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน

การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งยาต่างๆหรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

2.ด้านจิตใจ (psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆของคนที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนาการให้ความหมายชีวิต และความเชื่ออื่นๆที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะปัญหาอุปสรรค เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ

3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) เป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลในสังคมอื่นด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ

4.ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะรับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อคำถาม

หมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ ข้อที่ 1 และข้อที่ 26

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตWHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9 และ11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ตอบ	ไม่เลย	ให้ 5 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้ 2 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ตอบ	ไม่เลย	ให้	1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้	2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้	4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้	5 คะแนน

การแปลผล

แบ่งระดับคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ คือคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนนอยู่ในช่วง 26 - 60 คะแนน คุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 61 - 95 คะแนน และคุณภาพชีวิตที่ดีคะแนนอยู่ในช่วง 96 - 130 คะแนน โดยแบ่งระดับคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างได้ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

ส่วนที่ 3 ความต้องการจำเป็นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน เป็นคำตอบปลายเปิดให้ผู้ตอบสามารถระบุความต้องการจำเป็นของตนเองได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขออนุญาตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและญาติ มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนัดพบผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่รับการสงเคราะห์จากกรมควบคุมโรคผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนสะดวก

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษารั้ครั้งนี้พร้อมอธิบาย ทำความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเมื่อมีข้อสงสัยผู้วิจัยสามารถอธิบายเพิ่มเติมให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ถูกต้องและตรงกับผู้ศึกษา

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและญาติ เมื่อยินยอมจึงเริ่มอธิบายแบบสัมภาษณ์ทีละข้อ และบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์

4. ระหว่างที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา เมื่อตอบคำถามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจะตรวจทานความถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์

5. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนทั้งหมด มาตรวจสอบความถูกต้องแล้วจึงนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การใช้สถิติทดสอบสมมติฐานโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

1. สถิติพรรณนา ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและความต้องการจำเป็นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย

2. สถิติทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการกับคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Chi-square

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ ณ จุดเวลาที่เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่รับการสงเคราะห์ในชุมชนจากกรมควบคุมโรคผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 ราย ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน
- ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน
- ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน
- ส่วนที่ 4 ความต้องการจำเป็นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ซึ่งสามารถนำมาอธิบายในรายละเอียดได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน การรับรู้ข่าวสารด้านสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าเฉลี่ย ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	99	66.0
หญิง	51	34.0
อายุ (ปี)		
30-40	2	1.3
41-50	3	2.0
51-60	26	17.3
61-70	44	29.3
71-80	64	42.7

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (ต่อ)		
81-90	10	6.7
90+	1	0.7
อายุ ต่ำสุด (min) 32 ปี สูงสุด (max) 99 ปี เฉลี่ย (mean) 69.22 ปี		
การศึกษา		
อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้	48	32.0
อ่านออกเขียนไม่ได้	11	7.3
อ่านออกเขียนได้แต่ไม่ได้	8	5.3
เรียน		
ประถมศึกษา	81	54.0
มัธยมตอนต้น	1	0.7
มัธยมตอนปลาย	1	0.7
อาชีพ		
ค้าขาย	3	2.0
รับจ้าง	20	13.3
เกษตรกรรม	22	14.7
ว่างงาน	102	68.0
นักบวช	3	2.0
สถานภาพสมรส		
โสด	30	20.0
คู่	58	38.7
หม้าย/หย่า/แยก	62	41.3
รายได้ (บาท)		
4,250-5,250	81	54.0
5,251-6,250	44	29.3
6,251-7,250	16	10.7
7,251-8,250	6	4.0
8,251-9,250	1	0.7
9,250+	2	1.3
รายได้ ต่ำสุด (min) 4,500 บาท สูงสุด (max) 10,000 บาท เฉลี่ย (mean) 5,582.67 บาท		
จำนวนคนในบ้าน		
อยู่คนเดียว	36	24.0
2 ถึง 5 คน	104	69.3
6 คนขึ้นไป	10	6.7

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า		
ไม่มีผู้ช่วยเหลือ	98	65.3
มีผู้ช่วยเหลือ	52	34.7
การมีส่วนร่วมในชุมชน		
ไม่มีส่วนร่วม	46	30.7
มีส่วนร่วม	104	69.3
การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ		
ไม่รู้ข่าวสาร	134	89.3
รับรู้ข่าวสาร	16	10.7

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณลักษณะทั่วไปของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.0 อายุระหว่าง 71 ปีถึง 80 ปี ถึงร้อยละ 41.3 รองลงมา อายุระหว่าง 61 ปีถึง 70 ปี ร้อยละ 29.3 มีการศึกษาในระดับประถมต้นร้อยละ 54.0 รองลงมาอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ร้อยละ 32.0 มากกว่าครึ่งหนึ่งว่างงาน รองลงมาร้อยละ 14.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สถานภาพสมรสหม้าย หรือหย่า หรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 41.3 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือน 4,250 บาทถึง 5,250 บาท ร้อยละ 54.0 รองลงมาร้อยละ 29.3มีรายได้ต่อเดือน 5,250 บาทถึง 6,250 บาท จำนวนคนในบ้านพบว่าร้อยละ 69.3 มีคนในบ้าน 2 ถึง 5 คน ร้อยละ 65.3 ไม่มีคนดูแล ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในชุมชนร้อยละ 69.3 แต่ไม่รู้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการถึงร้อยละ 89.3

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

คุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ และสถิติ Chi-square ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2 ถึงตารางที่ 6

ตารางที่ 2 แสดงคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

คุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (คะแนน 26-60)	23	15.3
คุณภาพชีวิตปานกลาง (คะแนน 61-95)	123	82.0
คุณภาพชีวิตที่ดี (คะแนน 96-130)	4	2.7

ตารางที่ 2 แสดงคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (คะแนน 7-16)	29	19.3
คุณภาพชีวิตปานกลาง (คะแนน 17-26)	117	78.0
คุณภาพชีวิตที่ดี (คะแนน 27-35)	4	2.7
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (คะแนน 6-14)	28	18.7
คุณภาพชีวิตปานกลาง (คะแนน 15-22)	116	77.3
คุณภาพชีวิตที่ดี (คะแนน 23-30)	6	4.0
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (คะแนน 3-7)	18	12.0
คุณภาพชีวิตปานกลาง (คะแนน 8-11)	120	80.0
คุณภาพชีวิตที่ดี (คะแนน 12-15)	12	8.0
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (คะแนน 8-18)	30	20.0
คุณภาพชีวิตปานกลาง (คะแนน 19-29)	116	77.3
คุณภาพชีวิตที่ดี (คะแนน 30-40)	4	2.7

จากตารางที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลางร้อยละ 82.0 เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.0, 77.3, 80.0 และ 77.3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ตัวแปรที่ศึกษา	χ^2	P-value
ข้อมูลทั่วไป		
เพศ	30.088	0.090
อายุ	224.891	0.000
สถานภาพสมรส	58.887	0.043
การศึกษา	85.772	0.915
อาชีพ	180.954	0.000
รายได้	123.957	0.100
จำนวนคนในบ้าน	28.368	0.947
ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า	20.992	0.459
การมีส่วนร่วมในชุมชน	56.247	0.070
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ	20.004	0.521

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ตัวแปรที่ศึกษา	χ^2	P-value
ข้อมูลทั่วไป		
เพศ	22.860	0.154
อายุ	76.291	0.973
สถานภาพสมรส	27.018	0.797
การศึกษา	83.078	0.539
อาชีพ	81.459	0.127
รายได้	79.052	0.661
จำนวนคนในบ้าน	44.721	0.103
ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า	18.533	0.356
การมีส่วนร่วมในชุมชน	49.512	0.042
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ	14.740	0.614

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการกับคุณภาพชีวิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ตัวแปรที่ศึกษา	χ^2	P-value
ข้อมูลทั่วไป		
เพศ	6.567	0.475
อายุ	56.610	0.065
สถานภาพสมรส	13.890	0.458
การศึกษา	19.316	0.985
อาชีพ	38.480	0.090
รายได้	34.916	0.472
จำนวนคนในบ้าน	12.245	0.587
ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า	8.121	0.322
การมีส่วนร่วมในชุมชน	24.493	0.040
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ	9.041	0.250

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป จำนวนคนในบ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการกับคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม

ตัวแปรที่ศึกษา	χ^2	P-value
ข้อมูลทั่วไป		
เพศ	28.874	0.068
อายุ	89.563	0.956
สถานภาพสมรส	34.557	0.629
การศึกษา	78.023	0.897
อาชีพ	111.085	0.005
รายได้	81.791	0.831
จำนวนคนในบ้าน	46.422	0.164
ผู้ช่วยเหลือดูแลมือและเท้า	27.435	0.095
การมีส่วนร่วมในชุมชน	74.317	0.000
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ	65.022	0.000

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 ถึงตารางที่ 6พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสัมพันธภาพทางสังคมปัจจัยที่ส่งผล คือการมีส่วนร่วมในชุมชนและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม คือ อาชีพ การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ

ส่วนที่ 4 ความต้องการจำเป็นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ตารางที่ 7 ความต้องการจำเป็นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน เขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์

ความต้องการจำเป็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รองเท้าเฉพาะสำหรับผู้พิการจากโรคเรื้อน	49	59.0
ขาเทียมหลวมหรือชำรุด	10	12.0
กายอุปกรณ์ไม่เหมาะสม	6	7.2
ปรับสภาพบ้าน	6	7.2
ตรวจตาเนื่องจากฝ้ามัว	5	6.0
ปรับสภาพห้องน้ำ	3	3.6
ทุนประกอบอาชีพ	1	1.2
รถเข็นนั่งแบบมีคันโยก	1	1.2
พนักงักติวทยา (คิดฆ่าตัวตาย)	1	1.2
บัตรประชาชน	1	1.2
(คนไทยไม่มีบัตรประชาชน)		

จากตารางที่ 7 พบว่ามีผู้พิการที่มีความต้องการจำเป็น 83 คนในจำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 มากกว่าครึ่งหนึ่งต้องการรองเท้าเฉพาะสำหรับผู้พิการจากโรคเรื้อน รองลงมาคือขาเทียมหลวมหรือชำรุด และกายอุปกรณ์ไม่เหมาะสม ร้อยละ 12.0 และ 7.2 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ในชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ที่ได้รับสงเคราะห์ในชุมชนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ในกลุ่มผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ ในชุมชนจากกรมควบคุมโรคผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร และอุทัยธานี

การเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ที่พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล และคณะ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach 's alphacoefficientเท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และส่วนที่ 4 ความต้องการจำเป็นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย สถิติสหสัมพันธ์ Chi-square

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ที่ทำการศึกษามีดังนี้

ลักษณะของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศชายมากที่สุดถึงร้อยละ 66.0 มีอายุอยู่ในช่วง 61ปี - 70 ปี อายุเฉลี่ย 69.22 ปี มากกว่า ครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ว่างานมากถึงร้อยละ 68.0 มีรายได้ระหว่าง 4,250 บาทถึง 5,250 บาท รายได้เฉลี่ย 5,582.67 บาท สถานสมรส ส่วนใหญ่ หม้าย หรือ หย่า หรือแยก ถึงร้อยละ 41.3 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีจำนวนคนที่ยู่ในบ้านเดียวกัน 2 - 5 คน ร้อยละ 65.3 ไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแลมือ และเท้าถึงร้อยละ 65.3 ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในชุมชน ร้อยละ 69.3 แต่พบว่าไม่รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้พิการมากถึงร้อยละ 89.3

2. คุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนร้อยละ 82.0 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ร้อยละ 78.0 คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.3 มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 8.0. และร้อยละ 77.3 ตามลำดับ

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ พบว่า อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value 0.000, 0.043 และ 0.000 ตามลำดับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าการมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อคุณภาพทางด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value 0.042 และ 0.040 ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า อาชีพ การมีส่วนร่วมในชุมชน รวมถึงการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการจากโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value 0.005, 0.000 และ 0.000 ตามลำดับ

4. ความต้องการจำเป็นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่า ส่วนใหญ่มีความต้องการทางด้านร่างกายมากที่สุด คือ รองเท้าเฉพาะสำหรับผู้พิการจากโรคเรื้อน มากถึงร้อยละ 59.0 รองลงมา ได้แก่ ขาเทียมที่เหมาะสม ร้อยละ 12.0 และร้อยละ 7.2 ต้องการกายอุปกรณ์ การปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับความพิการของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน นอกจากนี้ยังมีความต้องการได้รับการตรวจตา การปรับสภาพห้องน้ำให้มีความเหมาะสมกับความพิการ ร้อยละ 6.0 และ 3.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีความต้องการทุนประกอบอาชีพ รถเข็นนั่งแบบมีคันโยก การเยียวยาทางจิต และต้องการมีบัตรประชาชน ร้อยละ 1.2

อภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมและเมื่อแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรามาศ รอดจันทร์ (2550) เรื่องคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน การศึกษาของ ยศพล เหลืองโสมนภา สาครพร้อมเพระ และสุกัญญา ชันวิเศษ (2554) เรื่องคุณภาพชีวิต ปัญหา และความต้องการของผู้พิการ

ในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี และการศึกษาของ ปกรณ์ วชิรตกุล (2541) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการจังหวัดพิษณุโลก แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศศินันท์ วาสิน ฤาเดช เกิดวิชัย และวรางคณา จันทร์คง (2013) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี ที่พบว่า คุณภาพชีวิตทางด้านสังคมของผู้พิการจังหวัดนนทบุรีอยู่ในระดับน้อย และการศึกษาของ โกเมศ อุรรัตน์ (2543) เรื่อง อัตมโนทัศน์และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของสภาพสังคมเมืองกับสังคมชนบท ซึ่งสังคมชนบทคนในสังคมมีความคุ้นเคย พบปะกันเป็นประจำ มีชีวิตร่วมกันในสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และศาสนา เป็นต้น กลุ่มของสังคมมีขนาดเล็ก มีความผูกพันต่อกันในลักษณะครอบครัว และเครือญาติ บรรยากาศของความสัมพันธ์จะเต็มไปด้วยความเป็นกันเองและมั่นคง

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบกับมีความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา ภู่อกลิ่น (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และจากข้อมูลพบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ว่างาน และมีรายได้จากเงินสงเคราะห์ในชุมชนของกรมควบคุมโรค และเบี้ยผู้สูงอายุจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเงินสงเคราะห์จากกรมควบคุมโรคจะเป็นเงินค่าอาหารวันละ 105 บาท และค่าสงเคราะห์รายเดือนๆละ 1,300 รวมเดือนละประมาณ 4,300 บาท ส่วนเบี้ยผู้สูงอายุประมาณเดือนละ 600-1,000 บาท ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของศศินันท์ วาสิน (2556) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี พบว่าอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคนพิการ อาจเนื่องจากคนพิการจังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่มีอาชีพขายสลากกินแบ่งรัฐบาล

การมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมกับชุมชนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งการมีส่วนร่วมในชุมชนทำให้มีการช่วยเหลือกันและกัน ส่งผลให้ไม่อ้างว้าง โดดเดี่ยว สภาพจิตใจดีขึ้น มีการใช้พลังจากสมาชิกในชุมชน ทำให้บุคคลในสังคมมองเห็นคุณค่า ยกย่องให้เกียรติเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของยศพล โสมเหลืองนภา สาคร พร้อมเพระ และสุกัญญา ชันวิเศษ (2554) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต ปัญหา และความต้องการของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหาร

ส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี พบว่า ปัจจัยในการทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และการศึกษาของปกรณ วชิรกุล (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ การมีส่วนร่วมในชุมชน ต่างจากการศึกษาของจรยา ภู่อ้วน (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า คุณภาพชีวิตในเรื่องความรู้สึกเหงา เศร้า วิตกกังวล มีระดับคะแนนต่ำสุดอาจเนื่องจากบริบทของชุมชนโรคเรื้อนสถาบันราชประชาสมาสัยเป็นชุมชนเฉพาะของผู้ป่วยโรคเรื้อน

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการค่อนข้างน้อย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการในด้านต่างๆ ดังเช่นผู้พิการหลายรายที่ขาเทียมหลวมหรือชำรุดแต่ไม่ทราบที่สามารถเปลี่ยนขาเทียมได้ตามสิทธิของผู้พิการต้องทนใส่ขาเทียมที่หลวมหรือชำรุดทำให้เกิดแผลเรื้อรัง หรือบางรายสายรัดขาเทียมขาดหรือชำรุดจึงใช้ลวดร้อยแทนสายรัดทำให้เกิดแผลเรื้อรังได้เช่นกัน บางรายไม่ทราบที่สามารถขอรับขาเทียมใหม่ที่โรงพยาบาลในจังหวัดที่ตนเองอาศัยอยู่ต้องรวบรวมเงินทองโดยการหยิบยืมจากเพื่อนบ้านเพื่อไปขอรับขาเทียมใหม่ที่ศูนย์แมคเคน จังหวัดเชียงใหม่ นอกจากนี้ยังมีความต้องการจำเป็นที่ควรได้รับ เช่น รองเท้าเฉพาะสำหรับผู้พิการจากโรคเรื้อนกายอุปกรณ์ การปรับสภาพบ้านและห้องน้ำที่เหมาะสมสำหรับผู้พิการ รวมทั้งทุนในการประกอบอาชีพอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัฐ กัญญาและธรรมนิตย์ วราภรณ์ (2558) พบว่า การรับรู้ข่าวสารส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

3. ความต้องการจำเป็นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการทางด้านร่างกายมากที่สุด เช่น รองเท้าเฉพาะสำหรับผู้พิการจากโรคเรื้อนและกายอุปกรณ์ที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของอนัญญา เจียนรัมย์ (2557) เรื่อง ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสนามชัย อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่พบว่า ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการทางด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก และความต้องการในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การมีส่วนร่วมในชุมชน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

1. นำผลที่ได้จากการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยพื้นฐานด้าน อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบกับความต้องการรองเท้าเฉพาะสำหรับผู้พิการจากโรคเรื้อน และกายอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความพิการ การปรับสภาพบ้านสภาพห้องน้ำให้เหมาะสมกับความพิการ รวมทั้งทุนในการประกอบอาชีพ มาจัดทำแผนบริการสุขภาพในชุมชน และนำกระบวนการพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชนมาใช้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพในชุมชน ยึดความต้องการของผู้พิการเป็นสำคัญในการฟื้นฟูสภาพและให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นที่เหมาะสมแต่ละบุคคล

นอกจากนี้ควรมีการแสวงหาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมแก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการจากโรคเรื้อนแบบบูรณาการต่อเนื่อง และครบถ้วน แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอื่นๆ เช่น หน่วยงานสาธารณสุขในทุกระดับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

2. ผลการศึกษาในประเด็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า การมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นตัวแปรที่สำคัญ ดังนั้นทีมสุขภาพควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีบทบาท และร่วมกิจกรรมต่างๆกับครอบครัวและสังคมตามความสามารถและความถนัดเพื่อให้เกิดการยอมรับจากสังคม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจ มองเห็นคุณค่าของตนเอง และมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

3. จากผลการศึกษา พบว่า อาชีพ การมีส่วนร่วมในชุมชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้พิการส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้การเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร หรือแหล่งที่เป็นประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือเป็นไปได้น้อยกว่าปกติ ประกอบกับลักษณะเฉพาะตามธรรมชาติของปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อน ดังนั้นจึงควรมีช่องทางในการสื่อสารข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือผลประโยชน์ของผู้พิการที่ควรได้รับให้แก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเพื่อให้เข้าถึงบริการด้านต่างๆเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์

2. ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนได้รับผลกระทบจากความรังเกียจ และตราบาปทางสังคม (Social stigma and discrimination) ซึ่งมีผลทั้งต่อความล่าช้าในการเข้าถึงบริการวินิจฉัย การรักษา และการสงเคราะห์ฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการทำหน้าที่ในสังคม (Social Function) การติดตามประเมินผลในด้านนี้จึงควรดำเนินการต่อไปด้วย

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. 2553. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน.
พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. 2557. แนวทางการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2550. การประสานงานองค์กรเครือข่ายสวัสดิการ
สังคมเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาโรคเรื้อน. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย.
- โกเมศ อุรัตน. 2543. “อัตมโนทัศน์และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5
จังหวัดนครราชสีมา”. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรรยา กูกั่น. 2552. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้สึกรู้สีก่อนค่า
ในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน
สถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ”. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธีระ รามสูต. 2531. “แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรคเรื้อน”.
วารสารวิชาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7: 600-610.
- ธีระ รามสูต. 2535. “ปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อน”. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์
ฉบับที่ 3: 69-81.
- ธีระ รามสูต. 2535. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพมหานคร: นิเวศธรรมดา.
- ปกรณ์ วชิรดีกุล. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก.
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมวิทยาการพัฒนา,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพระ และสุกัญญา ชันวิเศษ. 2554. “คุณภาพชีวิต
ปัญหาและความต้องการของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วน
ตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี”. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาล
พระปกเกล้า ฉบับที่ 28: 102-106.

- ยุพิน เพชรานนท์ และธีระ รามสูต. 2525. “การศึกษาเบื้องต้นเรื่องสภาวะความพิการของ ผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย”. วารสารโรคติดต่อ ฉบับที่ 4: 440-444.
- รัฐ กัญภัย และธรรมนิศย์ วราภรณ์. “การรับรู้ข่าวสารและการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่ส่งผลต่อการพัฒนาท้องถิ่นในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดภาคตะวันตก ตอนล่าง”. Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับที่ 8: 1083-1084
- ศศิรินทร์ วาสิน, ฤาเดช เกิดวิชัย และวรางคณา จันทร์คง. 2013. “ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพ ชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี”. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ ฉบับที่ 7: 88-9.
- ศิริมา รอดจันทร์, โกวิท คัมภีรภาพ, จินตนา วรสายันท์, สงกรานต์ ภู่พุกต์, พจนา ัญญุกิตติกุล ,ประทุม สอนสพทอง และคณะ. 2550. “คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคม ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน”. วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย ฉบับที่ 5: 8.
- ศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชน สระบุรี สถาบันการพัฒนาชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน. 2558. ความแตกต่างของสังคมเมืองกับสังคมชนบท 15 กรกฎาคม 2559, <http://cdregion01.cdd.go.th/webcdd/file13/File7bHOQ-12-01-2558>
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์. 2558. สรุปรายงานการตรวจร่างกายผู้พิการ จากโรคเรื้อนที่รับสงเคราะห์ในชุมชนจากกรมควบคุมโรคผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ ปี 2558. นครสวรรค์: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์.
- อนัญญา เจียนรัมย์. 2557. “ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสนามชัย อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา”. วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับที่ 25: 67-69.
- Brownmiek Ajit. 1987. “Rehabilitation of leprosy patients”. Indian Journal of Leprosy No 7: 92-99
- World Health Organization. 2016. Global Leprosy Strategy 2016-2020. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

ภาคผนวก ก.

แบบสอบถาม

No.....

แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน เขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1.เพศ ชาย หญิง

2.อายุปี

3.ระดับการศึกษาสูงสุด

- อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ อ่านออกเขียนไม่ได้
- อ่านออกเขียนได้(ไม่ได้เรียน) ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
- มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
- อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปริญญาตรี
- สูงกว่าปริญญาตรี

4.การประกอบอาชีพ

- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท
- ผู้ประกอบการ/เจ้าของธุรกิจ ค้าขาย/อาชีพอิสระ
- นักเรียน/นักศึกษา รับจ้างทั่วไป
- แม่บ้าน/พ่อบ้าน เกษตร/ประมง
- ว่างงาน นักบวช

5.สถานภาพ โสด สมรส หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

6.รายได้ต่อเดือน.....บาท

7.จำนวนคนในบ้าน.....คน

8.ผู้ช่วยเหลือเรื่องการดูแลมือและเท้า ไม่มี มี

9.การมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่มี มี

10.การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิและผลประโยชน์ของผู้พิการ ไม่เคยรับรู้ รับรู้

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1.	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างไร					
2.	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักหรือไม่เพียงใด					
3.	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4.	ท่านพอใจกับการพักผ่อนของท่านมากนักหรือไม่เพียงใด					
5.	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)มากนักหรือไม่เพียงใด					
6.	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด					
7.	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักหรือไม่เพียงใด					
8.	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9.	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10.	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11.	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12.	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด					
13.	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14.	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน					
15.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16.	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่ท่านอยู่ตอนนี้ มากน้อยเพียงใด					
17.	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18.	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)(ต่อ)

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
19.	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน อย่างน้อยเพียงใด					
20.	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด อย่างน้อยเพียงใด					
21.	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน อย่างน้อยเพียงใด					
22.	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนด้วยตนเอง ได้ดีเพียงใด					
23.	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตมีความหมาย อย่างน้อยแค่ไหน					
24.	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ได้ดีเพียงใด					
25.	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน แค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศ ขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยเหลือตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26.	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ตอนที่ 3 ความต้องการจำเป็นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง

- ระบุ 1.....
2.....
3.....

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นาง ธิดา นิ้มมา
วัน เดือน ปีเกิด	1 มกราคม 2508
ประวัติการศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศนียบัตรประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2527 - ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง พ.ศ. 2534
ประสบการณ์ในการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์งานหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยหนัก พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2539 - สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ งานตรวจรักษา ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์พ.ศ.2539-2547 โรคเอดส์พ.ศ.2547-2548 กลุ่มระบาดวิทยาพ.ศ.2549 โรคเรื้อนพ.ศ.2550 วัณโรคพ.ศ.2551-2554 โรคเรื้อนพ.ศ.2555 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พ.ศ.2556 โรคเรื้อนพ.ศ.2557-ปัจจุบัน
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานในปัจจุบัน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายอานูวัฒน์ ราวรงค์
วัน เดือน ปีเกิด	8 มิถุนายน 2523
ประวัติการศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) พ.ศ. 2544 - ปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต ปี 2553
ประสบการณ์ในการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 14 จ.ชัยภูมิ พ.ศ. 2544 - หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 9 แม่จะเรา อ.แม่ระมาด จ.ตาก พ.ศ. 2544-2546 - ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 18 แม่สอด จ.ตาก พ.ศ. 2546 -2547 - ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 11 ตาก พ.ศ. 2547 -2550 - กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2550-2553 - กลุ่มระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2553-2557 - กลุ่มแผนงานและประเมินผล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2557- ปัจจุบัน
ตำแหน่งปัจจุบัน	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
สถานที่ทำงานในปัจจุบัน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวเสาวนีย์ โคตะมา
วัน เดือน ปีเกิด	4 ตุลาคม 2529
ประวัติการศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2552 - วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาโรคติดต่อและวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2555
ประวัติการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการสนับสนุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยระดับประเทศ (R2R) พ.ศ.2555-2556 - กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ.2557-2558 - กลุ่มพัฒนาวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ.2558-ปัจจุบัน
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ทำงานในปัจจุบัน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์