

เรื่อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อน
ที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564

โดย

เกรียงศักดิ์ เพาะโกชน์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2565

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ให้ความกรุณาให้คำปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณโกเมศ อุรรัตน์ คณะกรรมการบริหารมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่กรุณาให้ข้อแนะนำแหล่งในการค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณ ทีมเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ สำหรับข้อมูลด้านผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถาบันราชประชาสมาสัย ในการร่วมเก็บข้อมูล และท้ายที่สุด ขอขอบคุณตัวแทนผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว ที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ทั้ง 3 นิคม ที่ให้ข้อมูลในการศึกษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ข้อคิดเห็นจากการให้บริการและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวตามบทบาทภารกิจ ซึ่งมีคุณค่าและประโยชน์อย่างมาก

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
1.3 ขอบเขตการศึกษา	3
1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 คุณภาพชีวิต	6
2.2 สถานการณ์ปัญหาโรคเรื้อน	7
2.3 ปัญหาสังคมและการฟื้นฟูสภาพโรคเรื้อน	8
2.4 การพัฒนานิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนปกติ	11
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา	17
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
3.1 รูปแบบการศึกษา	18
3.2 พื้นที่และระยะเวลาการศึกษา	18
3.3 การศึกษาเชิงปริมาณ	18
3.4 การศึกษาเชิงคุณภาพ	21
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา	22
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
4.1 ข้อมูลทั่วไป	23
4.2 ข้อมูลส่วนบุคคล	26
4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต	29
4.4 การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในนิคมที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564	33

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการศึกษา	37
5.2 อภิปรายผล	40
5.3 ข้อเสนอแนะ	44
บรรณานุกรม	45

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 จำนวน 3 นิคม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์มาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI เซึ่งปริมาณสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 273 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิต โดย Chi-Square Test และเชิงคุณภาพสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สันทนากลุ่มกับตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี ระดับการศึกษา ประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรและว่างงาน มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับสถานภาพสมรสและสภาพบ้านพักอาศัย ($p < 0.05$) เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน ($p > 0.05$) จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนบางรายโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรอยโรคไม่สามารถปรับตัวได้ ยึดติดกับความเป็นอยู่ในนิคมโรคเรื้อนเดิมและคิดว่าตนเองมีชีวิตที่แตกต่างจากคนทั่วไปในหมู่บ้านรอบนอกนิคม กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุข แต่ยังพบปัญหาเรื่องเอกสารสิทธิ์ในที่ดินและน้ำประปาไม่เพียงพอ

ข้อเสนอจากงานวิจัยให้มีการประชุมแก้ไขปัญหาร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่กับหน่วยงานสถาบันราชประชาสมาสัยและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ รวมทั้งเสนอให้กรมควบคุมโรคขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 7 ปี (พ.ศ.2564 - 2570) มุ่งสู่การปลดการตีตรา (Zero stigma) อย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้ป่วยโรคเรื้อน นิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในปี พ.ศ.2451-2496 ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมโรคเรื้อน โดยใช้วิธีการควบคุมแบบ มุ่งแยกกักผู้ป่วยและครอบครัวไว้ที่หมู่บ้านโรคเรื้อน สถานพยาบาลโรคเรื้อนและนิคมโรคเรื้อนของ ทางราชการ ต่อมาเมื่อมีการค้นพบยาแด็ปโซน (dapsone) ที่รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ผล มีการดำเนิน โครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2496 โดยมุ่งใช้ วิธีการค้นหาและรักษาผู้ป่วยที่บ้านและไม่จำเป็นต้องแยกกักผู้ป่วยแบบเดิม โดยยังคงมีสถานพยาบาล โรคเรื้อนไว้สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรงและมีอาการแทรกซ้อนตามระบบส่งต่อ ของระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการมีนิคมโรคเรื้อนไว้สำหรับการสงเคราะห์และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ที่มีฐานะยากจน ไร้ญาติ พิการและพึ่งตนเองไม่ได้ (โกเมศ อุณรัตน์ และคณะ, 2556, หน้า 298)

รายงานสถานการณ์โรคเรื้อนในปี พ.ศ.2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั่วประเทศ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2563 จำนวน 222 ราย คิดเป็นอัตราความชุกโรคเรื้อน (Prevalence rate : PR) เท่ากับ 0.03 ราย ต่อประชากร 10,000 คน ในจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ที่มีความพิการระดับ 2 (มีความสูญเสียที่มองเห็นได้) ตามหลักเกณฑ์การแบ่งระดับความพิการในคู่มือ การวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน จำนวน 9 ราย โดยในปี 2563 พบว่ามีกรบรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อน ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอทั่วประเทศจนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ อัตราความชุกโรคเรื้อนต่ำกว่า 1 ราย ต่อ 10,000 ประชากร (www.thaileprosy.ddc.moph.go.th/site/index.html) กล่าวได้ว่า ถึงแม้ประเทศไทยมีการดำเนินการควบคุมโรคเรื้อนสำเร็จ ตาม เป้าหมาย แต่จากรายงานสถานการณ์โรคเรื้อนนั้น ยังคงพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการอย่าง ต่อเนื่องทุกปี

ในปี พ.ศ.2563 สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้การสงเคราะห์ มีจำนวนทั้งสิ้น 3,323 ราย (กลุ่มควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย, 2563) ซึ่งกรมควบคุมโรคมีภารกิจในการดูแล รักษาและฟื้นฟูสภาพ ทั้งทางกาย เศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ป่วย โรคเรื้อน โดยการให้เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพรายเดือน 1,300 บาท/เดือน ค่าอาหาร 110 บาท/วัน การจัดหาที่พักอาศัย เงินทุนสวัสดิการส่งเสริมอาชีพผู้ป่วย เงินทุนการศึกษา การฝึกอาชีพ การสงเคราะห์ ค่ารักษา นอกเหนือสิทธิการรักษาพยาบาล การอำนวยความสะดวกอื่น เช่น การทำบัตรคนพิการ การทำบัตรประชาชน เป็นต้น ซึ่งการสนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งในด้านการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ทางกาย เศรษฐกิจและสังคมของกรมควบคุมโรคที่กล่าวมานั้น เป็นไปตามนโยบายสวัสดิการสังคมของประเทศไทย ในด้านการช่วยเหลือทางสังคม (Social Assistance) โดยให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือในลักษณะต่าง ๆ ให้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อน

ปัจจุบันผู้ป่วยในนิคมโรคเรื้อนกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้พิการและผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับ เนื่องจากเกณฑ์ในการรับสงเคราะห์ที่เน้นผู้สูงอายุและมีความพิการมาก ซึ่งในปัจจุบันภาครัฐมีบุคลากรและทรัพยากรไม่เพียงพอในการดูแลผู้พิการเหล่านี้ จากปัญหาดังกล่าว กรมควบคุมโรคจึงเห็นความจำเป็นในการส่งเสริมให้ผู้พิการและผู้สูงอายุสามารถอาศัยร่วมกับครอบครัวในชุมชนปกติ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ขอรับการสงเคราะห์รายใหม่สามารถรับการสงเคราะห์อยู่ในชุมชนได้ การปรับเปลี่ยนแนวทางการสงเคราะห์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว โดยการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไป มีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว โดยส่งเสริมให้อยู่กับครอบครัวในชุมชน พร้อมเปิดโอกาสให้ได้รับการสนับสนุนด้านสวัสดิการสังคมจากชุมชนและท้องถิ่น เช่น บริการสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมต่างๆ เหมือนคนทั่วไป (ศิริมาศ รอดจันทร์ และคณะ, 2550, หน้า 3)

การปรับเปลี่ยนแนวทางให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนนั้น สอดคล้องกับแนวคิดการถ่ายโอนภารกิจที่ถูกกำหนดในพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) มาตราที่ 1-19 เรื่อง การกระจายภารกิจและทรัพยากรให้แก่ท้องถิ่น ประกอบกับการถ่ายโอนภารกิจภายในนิคมนั้น เป็นการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว ให้มีความเท่าเทียมเสมอภาค และสามารถอยู่ในนิคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีเช่นเดียวกับประชาชนโดยทั่วไป (สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค, 2556) กรมควบคุมโรคจึงได้กำหนดนโยบายการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไป ซึ่งได้ถูกบรรจุเป็นภารกิจหลักของกรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ.2556 การดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวส่งผลให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้มีประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศ จำนวน 12 นิคม ในปัจจุบันจึงยังคงเหลือ “สถานสงเคราะห์สถาบันราชประชาสมาสัย” ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐเพียงแห่งเดียวที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรค (โกเมศ อุรรัตน์, 2563, หน้า 89)

การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน นอกจากพิจารณาด้วยหลักระบาดวิทยาแล้ว จำเป็นต้องคำนึงถึงมิติทางด้านสังคมและจิตวิทยาของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย (ธีระ รามสูต, 2536, หน้า 19) ผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งเก่าและใหม่ต่างได้รับผลกระทบมากมาย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ การดำเนินงานที่ผ่านมาประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจและสังคม (ศิริมาศ รอดจันทร์, 2546, หน้า 2) จากการศึกษาของ โกเมศ อุรรัตน์ (2543, หน้า 53-54) ได้ศึกษาอัตมโนทัศน์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ณ ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา พบว่าแม้ว่าอัตมโนทัศน์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศึกษาจะอยู่ในระดับที่น่าพอใจก็ตาม แต่ความเป็นจริงแล้ว กลับพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนยังคงเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์หรือความคิดส่วนตัว เนื่องจากความเชื่อที่

ถ่ายทอดกันมา โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับความรังเกียจและความกลัวผิด ๆ ของสังคมและตัวผู้ป่วยเอง (stigmatization) มานับตั้งแต่อดีต ในปัจจุบันก็ยังคงพบว่าผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่อโรคเรื้อนเช่นเดิม คือ การมีปมด้อย ซึมเศร้า ทอดอาลัยตายอยากกับชีวิต (despair) ขาดความมั่นใจในตนเอง (self-respect) ผลของตราบาปทำให้อัตมโนทัศน์ลดลงนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ดังนั้น งานควบคุมโรคเรื้อนจำเป็นต้องมองผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อนต่อไป (ราชประชาสมาสัยสาร ฉบับพิเศษ 2559, 2563, หน้า 54)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ มีพื้นที่รับผิดชอบ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แม่ฮ่องสอน แพร่ และน่าน เดิมมีนิคมโรคเรื้อนในความดูแล 3 แห่ง ได้แก่ นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน และนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ปัจจุบันเป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไป ตามนโยบายการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไปตามภารกิจหลัก ของกรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ.2556 และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้มีประกาศยกเลิกเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อนตามลำดับ จึงไม่มีนิคมโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบแล้ว แต่มีผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อนที่จำหน่ายจากการรักษาแล้ว ได้รับเงินค่าอาหาร และเงินสงเคราะห์โรคเรื้อนจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 318 ราย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป ในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคอื่นๆ ของประเทศและนำผลการศึกษาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อกรมควบคุมโรคต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564

2. เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคอื่นๆ ของประเทศ

3. เพื่อนำผลการศึกษาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะต่อกรมควบคุมโรคในด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัว

ผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในประเทศต่อไป

1.3 ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตด้านพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาคูณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 ทำการศึกษาในนิคมโรคเรื้อนในภาคเหนือที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปแล้ว จำนวน 3 นิคม ได้แก่ 1) นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง 2) นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน และ 3) นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่จริงและสมัครใจให้ข้อมูล เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 273 คน ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 48 คน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวที่สมัครใจเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในแต่ละนิคมโรคเรื้อน จำนวน 36 คน และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ จำนวน 12 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล เจ้าหน้าที่หน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่หน่วยงานธารักษ์พื้นที่ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การประเมินครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์มาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับย่อภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาอังกฤษ และแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และแนวคำถามสนทนากลุ่ม (Focus group)

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาศึกษา 10 เดือน ตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ.2564 - มีนาคม พ.ศ.2565

1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุขของบุคคลนั้นๆ โดยครอบคลุมใน 4 ด้าน ได้แก่ คือ ด้านร่างกาย เช่น สุขภาพ ความเจ็บป่วย การกินอยู่ ฯลฯ ด้านจิตใจ เช่น มีความสุข ความผาสุก ฯลฯ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม เช่น การมีส่วนร่วมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ชุมชน ฯลฯ และด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่พักอาศัย ฯลฯ วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์มาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับย่อภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาอังกฤษ

ครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน หมายถึง พ่อ แม่ บุตร หลานของผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่พักอาศัยอยู่เป็นครอบครัวร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อน ในนิคมโรคเรื้อนถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ 3 นิคม คือ นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน และนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

ผู้ป่วยโรคเรื้อน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน ได้รับการรักษาแล้ว ไม่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบกรมควบคุมโรคว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ป่วย พิการจากโรคเรื้อน พ.ศ.2557 ที่พักอาศัยในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ 3 นิคม คือ นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน และนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

นิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ หมายถึง นิคมโรคเรื้อนในภาคเหนือ 3 นิคม คือ นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง นิคมแม่ฝายแก้ว จังหวัดน่าน และนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ที่ถูกประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สภาพของบ้านพักอาศัย หมายถึง ที่พักอาศัยที่มีหลังคามุงกระเบื้องหรือสังกะสี และมีฝาครบ ทั้ง 4 ด้าน โดยสามารถอยู่คงทนต่อไปได้ไม่น้อยกว่า 5 ปี นับจากวันที่ทำการสัมภาษณ์ (คณะกรรมการ กลางคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา สงเคราะห์ กรมควบคุมโรค, 2557 หน้า 36)

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว หมายถึง เงินรายได้ของทุกคนในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน รวมทั้งเงินสงเคราะห์และเงินสวัสดิการของรัฐอื่นๆ ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับ ได้แก่ เงินสงเคราะห์ ตามระเบียบกรมควบคุมโรคว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อน พ.ศ. 2557 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการ

ระดับความพิการ หมายถึง ระดับความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนของประเทศไทย (WHO) ตาม หลักเกณฑ์การแบ่งระดับความพิการในคู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน (สถาบันราชประชาสมาสัย กรม ควบคุมโรค, 2546 หน้า 68)

ระดับ 0 หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่มีปัญหาทางตา มือและเท้า ไม่ชา ไม่มีความพิการ หรือสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 1 หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีปัญหาทางตา ตามัวไม่มาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตร ได้ถูกต้อง) มือและเท้าชา แต่ไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีปัญหาทางตา ตามัวมาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตร ไม่ได้) ตาหลับ ไม่สนิท และม่านตาอักเสบ มือและเท้ามีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้ ได้แก่ การหดสั้น การผิดรูป ข้อติดแข็ง การงุกด หรือการสูญเสียเนื้อเยื่อ และกระดูกของมือหรือเท้า ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทำให้ทราบผลคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังในนิคมโรคเรื้อรังที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 ได้ข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังในนิคมโรคเรื้อรังที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคอื่นๆ ของประเทศ และได้ข้อเสนอแนะ ให้กรมควบคุมโรคนำไปพัฒนาการดำเนินงานด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปพัฒนา ในนิคมโรคเรื้อรังที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปต่อไป

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. คุณภาพชีวิต
2. สถานการณ์ปัญหาโรคเรื้อรัง
3. ปัญหาสังคมและการฟื้นฟูสภาพโรคเรื้อรัง
4. การพัฒนานิคมโรคเรื้อรังให้เป็นชุมชนปกติ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 คุณภาพชีวิต

2.1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

วันชัย ภิญโย (2552) คุณภาพชีวิต (Quality of Life, QQL) หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสม ตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ประชาชนมีหน้าที่พัฒนาตนเองและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเพื่อพัฒนาให้ตนเองมีสุขภาพกายและจิตดี มีครอบครัวที่อบอุ่น มีที่อยู่อาศัย มีรายได้พอสมควร ประหยัด สร้างตนเองและครอบครัว

ชเนศ ถวิลหวัง (2558) คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาวะความพร้อมของบุคคลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่จะสามารถส่งผลให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ (2539, หน้า 61) สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) สรุปแนวคิดของค่านิยมของคุณภาพชีวิต โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุก ความสุข ความพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล การกินดีอยู่ดีของคนภายในสิ่งแวดล้อม อีกกลุ่มมีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะของตนในด้านต่างๆ ของชีวิต การรับรู้ถึงความผาสุกของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (กรมสุขภาพจิต, 2545) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มี ความเจ็บปวด การรับรู้ว่าจะสามารถรับมือกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรู้จักตนเองในทุกส่วนของ สรีระทางกาย การทรงตัว กิริยาท่าทาง อิริยาบถต่าง ๆ การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ การที่ไม่ต้องพึ่ง ยา รักษาโรคต่าง ๆ การรู้ถึงขีดจำกัดของร่างกายตนเอง

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง การรับรู้ ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การยอมรับและจัดการกับความรู้สึกด้านลบของตน การรับรู้ถึง ความรู้สึกภาคภูมิใจและความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การทำงานอดิเรกที่ชื่นชอบ การเข้าร่วมกิจกรรม สันทนาการ การมองโลกในแง่ดี การฝึกสมาธิ การพักผ่อน และการท่องเที่ยววันนั้น จะช่วยในการพัฒนา สร้างเสริมสุขภาพจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่องการมีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลอื่น การรับรู้ระดับความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้เมื่อตนเองได้รับความช่วยเหลือ จากบุคคลอื่น และการรับรู้เมื่อตนเองได้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นเช่นกัน การรับรู้ถึงวัตถุประสงค์ ของการที่บุคคลอื่นเข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับตนเอง รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงควมมีอิสระในการใช้ชีวิตของตนเอง การรับรู้ถึงความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต และทรัพย์สิน การรับรู้ถึงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน มีสถานที่พักผ่อน หย่อนใจและแหล่งแสวงหาความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ การรับรู้ถึงการมีกิจกรรมทำในเวลาว่าง เป็นต้น

จากคำจำกัดความข้างต้นที่เกี่ยวกับความหมายของคุณภาพชีวิตและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกมีความสุขต่อการดำรงชีวิตของตัวบุคคลนั้น ๆ โดยครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งคุณภาพชีวิตยังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่และ การดำเนินชีวิตของตัวบุคคลนั้น ๆ อีกด้วย

2.2 สถานการณ์ปัญหาโรคเรื้อน

รายงานสถานการณ์โรคเรื้อนในปี พ.ศ.2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั่วประเทศ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2563 จำนวน 222 ราย คิดเป็นอัตราความชุกโรคเรื้อน (Prevalence rate : PR) เท่ากับ 0.03 ราย ต่อประชากร 10,000 คน ในจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ที่มีความพิการระดับ 2 (มีความสูญเสียที่มองเห็นได้) ตามหลักเกณฑ์การแบ่งระดับความพิการในคู่มือ การวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน จำนวน 9 ราย โดยในปี 2563 พบว่ามีกรบรรลุปเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อน ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอทั่วประเทศจนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์ขององค์การ

อนามัยโลก คือ อัตราความชุกโรคเรื้อนต่ำกว่า 1 ราย ต่อ 10,000 ประชากร (www.thaileprosy.ddc.moph.moph.go.th/site/index.html)

จากรายงานสถานการณ์โรคเรื้อนดังกล่าวข้างต้น พบว่า ถึงแม้การดำเนินงานด้านโรคเรื้อนของประเทศไทยบรรลุตามเป้าหมาย แต่ยังมีรายงานผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 (มีความสูญเสียที่มองเห็นได้) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่อย่างต่อเนื่องทุกปี ความพิการจากโรคเรื้อน มีผลกระทบอย่างยิ่งต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคเรื้อน ดังนั้น องค์การอนามัยโลก (WHO, 2021 p.4) จึงได้กำหนด ยุทธศาสตร์มุ่งสู่การปลอดโรคเรื้อน (Towards Zero Leprosy Global Leprosy (Hansen's disease) Strategy 2021-2030) 3 ประเด็น ได้แก่ ปลอดความพิการ (Zero disability) ปลอดการตีตรา (Zero stigma) และปลอดการเลือกปฏิบัติ (Zero discrimination) โดยกรมควบคุมโรคได้นำยุทธศาสตร์ดังกล่าว มา กำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 7 ปี (พ.ศ.2564 - 2570) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในประเทศไทยต่อไป

2.3 ปัญหาสังคมและการฟื้นฟูสภาพโรคเรื้อน

ธีระ รามสูต (2535, หน้า 412-416) ได้กล่าวถึง ปัญหาสังคมและการฟื้นฟูสภาพโรคเรื้อน ดังนี้

1. การมองปัญหาทั่วไป

ในการพิจารณาลำดับความสำคัญของปัญหาโรคเรื้อน และการควบคุมโรคเรื้อนนั้น นอกจาก จะพิจารณาถึงข้อมูลและสถิติเกี่ยวกับความชุกชุมของโรคเรื้อน ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุข โดยมองโรคเรื้อน เป็นโรคทางการแพทย์ (Medical Disease) แล้ว จำเป็นต้องมองโรคเรื้อนเป็นโรคทางสังคม (Social Disease) โดยพิจารณาข้อมูลและสถิติเกี่ยวกับปัญหาความพิการ (Deformities) และปัญหาข้อจำกัด (Disabilities) ของผู้ป่วย รวมทั้งผลลัพธ์หรือผลสะท้อนที่จะเกิดเป็นผลตามมาในด้านปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ อันเกิดจากการที่สังคมบางแห่งยังมีความรู้ความเข้าใจและความเชื่อที่ผิด ๆ เกี่ยวกับโรคเรื้อน (Misconception) รวมทั้งยังมีความรังเกียจผิด ๆ (Social Prejudice) และกลัวโรคเรื้อนจนเกินความจำเป็น (Unnecessary Fear) เป็นผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของสังคมต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวในเชิงลบ (Negative Social Reaction) ซึ่งก่อผลกระทบต่อภาวะทางจิตวิทยา (Physical Emotional and Social State) ที่ต้องทุกข์ทรมานอยู่แล้ว การไม่ยอมรับ รังเกียจเหยียดฉันท์ (Discrimination) ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวให้อยู่ร่วมในสังคมเยี่ยงคนปกติหรือมองเสมือนไม่ใช่คน แต่เป็นคล้ายสัตว์ที่น่ารังเกียจ ดังเช่นสมัยก่อนสังคมใช้คำว่า “Lepor” หรือ “พวกขี้เรื้อน” ซึ่งองค์การอนามัยโลก รวมทั้งแพทย์โรคเรื้อนได้รณรงค์และขอร้องให้ใช้คำว่า “คนไข้หรือผู้ป่วยโรคเรื้อน” (Leprosy Patients) แทน เพราะคำว่า “ขี้เรื้อน” เปรียบผู้ป่วยเสมือนสัตว์ เป็นเหมือน “หมาขี้เรื้อน” อันเป็นเสมือนการประทุษร้ายหรือตีตราทางสังคม (Social Stigmatization) ให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนและบุตรต้องทนทุกข์ทรมานไปชั่วชีวิต แม้บุตรที่เกิดมาจะไม่ติดโรคและไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อนแต่ตราบาปในฐานะลูกขี้เรื้อนก็ยังประทุษร้ายแก่เขาอยู่ด้วย จากความรังเกียจไม่ยอมรับของสังคม จนบางแห่งถึงกับขับไล่ให้ออกไปจากชุมชน (Ostracism) ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวบางส่วนเหล่านี้ ต้องหวาดวิตก หวาดกลัว กังวล ต้องคอยปกปิดหลบซ่อนตัวด้วยความทนทุกข์ทรมาน ไร้ความสุข บ้างก็หย่าร้างและออกไปจากครอบครัวแบบบ้านแตกสาแหรกขาด และถ้ายิ่งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์การ

สาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ พอลอยรังเกียจกลัวไปด้วย อย่างปราศจากความเมตตาธรรมและความเห็นอกเห็นใจ ขาดมนุษยธรรม โดยเฉพาะขาดความรู้ความเข้าใจในปัญหา และผลกระทบหรือผลสะท้อนทางความเป็นมนุษย์และทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยแล้ว การดำเนินงานด้านต่างๆ ในงานควบคุมโรคเรื้อน เช่น การสุขศึกษา การค้นหาผู้ป่วย การเฝ้าระวังติดตามตรวจผู้สัมผัส การบำบัดและติดตามผลการป้องกัน ความพิการ และการฟื้นฟูสภาพ ฯลฯ ย่อมหวังประสิทธิผลสูงตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ยาก

ดังนั้น ในการมองปัญหาโรคเรื้อน จึงไม่ควรมองเฉพาะทางด้านการแพทย์สาธารณสุขแต่ด้านเดียว แต่ควรพิจารณาในหลายมิติถึงปัญหาและผลลัพธ์ทางด้านจิตวิทยา สังคม และเศรษฐกิจด้วยเสมอ

2. มิติทางสังคมของโรคเรื้อน

2.1 นัยสำคัญของมิติทางสังคม

จากมุมมองปัญหาในข้อ 1 มิติทางด้านสังคมของโรคเรื้อนในอดีตพบว่า ชุมชนมีความรังเกียจผู้ป่วยสูง เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคอย่างมาก นัยสำคัญของปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อนจึงเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิดกับขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคมอย่างมาก เพราะแต่ละสังคมจะมีความเชื่อและโลกทัศน์ รวมทั้งแง่มุมมองต่อสุขภาพอนามัยและโรคภัยไข้เจ็บ ชีวิตและความตายในแนวทางที่แตกต่างกันไป และปัจจัยเหล่านี้ย่อมมีอิทธิพลต่อเจตคติของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนตามผลลัพธ์ที่ตามมาจากความเจ็บไข้ได้ป่วย บางชุมชนมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวในเชิงลบที่รุนแรง ขาดความเมตตาเห็นอกเห็นใจมักเกิดจากความเชื่อผิดๆ ที่ฝังรากลึกและถ่ายทอดส่งสมกันอย่างผิด ๆ มาช้านานว่าโรคเรื้อนเป็นโรคของคนบาป ผู้ถูกลงโทษจากสวรรค์จึงเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นโรคทางกรรมพันธุ์ ไม่ควรให้อยู่ร่วมในครอบครัวหรือชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่สมัยยารักษาโรคเรื้อนยังไม่มีประสิทธิภาพอย่างทุกวันนี้ ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนมีอาการกำเริบรุนแรงทางผิวหนังที่รุนแรงและหนา มีแผลแตกสะเก็ดเหม็น หรือมีความพิการตามมือเท้า ใบหน้าที่น่าเกลียดมากแล้ว ฯลฯ ยิ่งทำให้เกิดความรังเกียจกลัวและไม่ยอมรับรุนแรงยิ่งขึ้น

ถ้ายังในประเทศที่ใช้มาตรการทางกฎหมาย เช่น ออกพระราชบัญญัติโรคเรื้อนบังคับจำกัดสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วยโรคเรื้อน ทำการแยกกักและต้องแจ้งความตามกฎหมาย ฯลฯ ด้วยแล้ว จะยิ่งทำให้ความรังเกียจกลัวของสังคมมีสูงยิ่งขึ้นและมีตลอดไป ในปัจจุบันจากการยกเลิกกฎหมายโรคเรื้อนและลดวิธีการแยกกักผู้ป่วยโรคเรื้อนไว้ในสถานพยาบาลโรคเรื้อน และนิคมโรคเรื้อน นอกจากรายที่จำเป็นพึ่งตนเองไม่ได้จริงๆ และเปลี่ยนมาใช้วิธีมุ่งตรวจรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Domiciliary Approach) ร่วมกับการรณรงค์ให้สุขศึกษาเผยแพร่ความรู้โรคเรื้อนที่ถูกต้องเหมาะสมเพียงพออย่างต่อเนื่อง และจากประสิทธิผลการใช้ยาหลายสูตรร่วมกัน (Multidrug Therapy) จนสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้งานควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ในประเทศไทยสามารถดำเนินการได้ผลดี และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการยอมรับจากชุมชนด้วยดี

เมื่องานควบคุมโรคเรื้อนประสบความสำเร็จในการลดการแพร่กระจายของโรคได้ดีจนถึงระดับที่สามารถควบคุมได้ (Under Control) โรคเรื้อนจึงไม่จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุข (Elimination as

a Public Health Problem) นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 เป็นต้นไป ทรัพยากรต่าง ๆ ในงานควบคุม โรคเรื้อนส่วนใหญ่ จึงสมควรนำมาเร่งรัดในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาทางสังคม และการฟื้นฟูสภาพต่อไปให้จริงจัง และเป็นรูปธรรมมากขึ้น

2.2 ลักษณะเฉพาะตามธรรมชาติของปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อน (Nature of Social Problems in Leprosy)

1) การก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนทางจิตวิทยา (Psychological Disturbance) พบมากในผู้ป่วยที่มีการศึกษาและวิถีชีวิตในระดับสูง มีฐานะและสถานภาพ ศักดิ์ศรีในสังคมสูง มีครอบครัวต้องดูแล ย่อมกลัวที่จะถูกรังเกียจและไม่ยอมรับหรือปฏิเสธ (Rejection) โดยสังคม ต้องหวั่นวิตกกังวลต่อโชคชะตากรรมของตนเองและครอบครัวต่อไปอย่างมาก พวกนี้จะมีปมด้อยรุนแรงและตกเป็นเหยื่อของความรังเกียจของสังคม (Victims of Social Prejudice) ดังกล่าวแต่ต้นแล้วต่อไป จนเกิด Psychological Trauma ที่ยากจะแก้ไขและฟื้นฟูสภาพ

2) การก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนทางสังคม (Social Disturbance) ดังกล่าวแล้ว นอกจากผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องคอยหลบซ่อนปกปิดจนเมื่อปกปิดไม่ได้จากการที่สังคมไม่ยอมรับ รังเกียจ ติเตียน (Discrimination) และขับไล่ออกไป (Ostracism) จากครอบครัวจากชุมชน จากบ้าน จากความรัก ความผูกพันต่างๆ ไม่มีใครคบค้าสมาคม กลายเป็นพวก Out Cast ต้องมีข้อจำกัด (Social Disability) และแม้ลูกหลานก็มีปัญหาถูกรังเกียจไปด้วย ทั้งที่ไม่ได้ติดโรค ย่อมก่อปัญหาและผลลัพธ์ทางสังคมตามมาอย่างมากมาย หรือแม้ถูกส่งไปรักษาอยู่ตามสถานพยาบาลโรคเรื้อน นิคมโรคเรื้อน จนหายแล้วก็ไม่สามารถกลับสู่สังคมได้ (Social Reintegration) หรือบางคนต้องถูกทอดทิ้งอยู่เดียวดาย (Destitution) ในที่สุด

3) การก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ (Economic Disturbance) สังคมนายจ้าง ผู้ร่วมงานรู้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนบางส่วนต้องถูกปลดออกจากงาน ถูกหย่าร้างทอดทิ้งขาดรายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัวต่างๆ ที่ยังมีสมรรถภาพทางร่างกายและสติปัญญาเพียงพอ จนกลายเป็นทรัพยากรที่ไร้ค่าทางเศรษฐกิจ และเป็นภาระแก่สังคมต่อไปภายหลังด้วย

4) การไม่สนใจรับการรักษาเท่าที่ควรจนพิการและมีข้อจำกัด (Disablement) จากความรังเกียจกลัวสังคม ต้องปกปิดหลบซ่อนตัวไม่ยอมมาตรวจรักษาหรือรักษาไม่เต็มที่ก็จะมีอาการกำเริบทำลายเส้นประสาทจนเสื่อมน้ำที่ (Impairment) ตามด้วยการเกิดความพิการ (Deformity) เกิดข้อจำกัดของสมรรถภาพ (Disability) และมีความบกพร่องหย่อนสมรรถภาพ (Handicap) ในที่สุด

กล่าวโดยสรุปปัญหาความรังเกียจและบีบคั้นทางสังคม ก่อให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากแวดวงของสังคม (Social Displacement) มากน้อยตามแต่ละสังคม ชุมชน และประเทศที่มีปฏิกริยาต่อ โรคเรื้อนมากน้อย อันเป็นปัญหาที่สำคัญและกระทบต่อการควบคุมโรคเรื้อนด้วย

2.3 สาเหตุของปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อน (Causative Social Factors)

ก. ปัจจัยสาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Factors)

การเกิดเป็นโรคเรื้อรังเกิดจากภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชื้อโรคเรื้อรังต่ำผิดปกติ และมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสรับเชื้อโรคเรื้อรังเข้าไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดและเกิดโรคปัญหาที่เกี่ยวกับความยากจน มาตรฐานการดำรงชีพที่ต่ำ สภาพบ้านเรือนสกปรกคับแคบแออัดยัดเยียด โภชนาการไม่ดี ร่วมกับระดับการศึกษาต่ำ ขาดความรู้ความเข้าใจถูกต้องในเรื่องโรคเรื้อรังไม่สนใจ และรู้จักการป้องกันตนเองจากการติดโรคเรื้อรังหรือเป็นทาสของความรังเกียจกลัวสังคมจนต้องปกปิดหลบซ่อนตนเองไม่ยอมมาตรวจรักษาจนโรคกำเริบและพิการมาก ก่อปัญหาทางสังคมมากยิ่งขึ้นดังกล่าว

ข. ปัจจัยด้านอารมณ์หรือทางจิตวิทยา (Emotional Factors or Psychological Factors) จากความกลัววิตกกังวลของผู้ป่วยจากความรังเกียจกลัวของสังคมและตราบาปที่สังคมประทับเป็นเงามืดแก่ชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว โดยเฉพาะจากความเชื่อผิดๆ ว่าโรคนี้นี้เป็นโรคกรรมพันธุ์ถ่ายทอดได้ถึงลูกหลานและรักษาไม่หาย ภาพพจน์ของอาการที่น่าเกลียด ความพิการที่น่ารังเกียจ การกลัว การไม่ยอมรับ การถูกเมินเฉยชินชาจากสังคม (Apathy) และรังเกียจเหยียดฉันท (Discrimination) การขับไล่จากสังคม (Ostracism) ความกลัว ถูกหย่าร้าง ไล่ออกจากงาน หมดอาชีพ สูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ฯลฯ ย่อมก่อให้เกิดปัญหาทุกข์ทรมานด้านอารมณ์ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไปได้ เช่น ซึมเศร้า หลบซ่อนหนีสังคมหรือแอนตี้แค้นสังคม ระแวง การเรียกร้องขอทาน ก้าวร้าวก่อปัญหา ฯลฯ ก่อปัญหาทางสังคมต่อไปมากขึ้น

ค. ปัจจัยทางร่างกาย (Physical Factors)

การที่มีอาการกำเริบจนน่าเกลียดและพิการมากจนเห็นชัด ย่อมก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ มากขึ้นตามมา การศัลยกรรมตกแต่งแก้ไขความพิการ จึงมีส่วนช่วยได้บ้าง

ง. ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมและสังคม (Cultural and Social Factors)

ดังกล่าวแล้วในสังคมที่มีความเชื่อผิดๆ สังคมมาแต่อดีต ย่อมก่อให้เกิดปฏิกิริยาเชิงลบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังและบุตรต่อไป

จ. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ (Economic Factors)

ถ้าผู้ป่วยและบุตรของเขาถูกแยกออกจากสังคม ไร้งาน ขาดรายได้ นอกจากเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์เชิงเศรษฐกิจแล้ว ยังเป็นภาระแก่สังคมต่อไปอีกด้วย การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Community Based Rehabilitation หรือ Preventive Rehabilitation) จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันและลดปัญหาจาก Social Displacement และผลลัพธ์ตามมา

2.4 ปฏิกิริยาและผลลัพธ์ทางสังคมของผู้ป่วย (Reaction and Social Consequence)

ปฏิกิริยาของผู้ป่วยเชิงพฤติกรรมทางสังคมที่เบี่ยงเบนไป เช่น

1) หลบซ่อน ปกปิดตนเองไว้ให้นานที่สุด เพราะกลัวคนอื่นจะทราบและ เกิดผลกระทบไม่ยอมมารับการตรวจและรักษาจนโรคกำเริบพิการมากแก้ไขและฟื้นฟูสภาพไม่ได้ (Dehabilitated)

- 2) มารับยาไม่สม่ำเสมอ เพราะเกรงคนอื่นรู้ ต้องไปรับยาที่คลินิกห่างไกลบ้านมากๆ
- 3) มีปมด้อยไม่คบค้าสมาคม แยกตัวจากครอบครัวและชีวิตในสังคมจนต้องอยู่
เดี๋ยวดาย (Destituted)
- 4) ซึมเศร้า (Depressive) ขาดความสนใจใฝ่ในชีวิต เฉยเมย (Apathy) ทอดอาลัย
ตายอยาก (Despair) สิ้นหวัง จนอาจฆ่าตัวตายในที่สุด
- 5) สุขภาพจิตและขวัญกำลังใจเสื่อมลง วิตกกังวล หมดกำลังใจ ขาดความกล้าเผชิญ
ปัญหา ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดการนับถือตนเอง (Self-Respect)
- 6) ในที่สุดจะหมดศักดิ์ศรีความมนุษย์ (Dignity) เริ่มมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ระวัง
ไม่ไว้ใจเชื่อถือใครต่อไปอีก ขดเซยด้วยการเสพ ติดสุรา ยาเสพติด ก้าวร้าว แกล้ง แก้กั้นสังคมด้วย
การขอรทาน ก่อความวุ่นวาย เดินขบวนเรียกร้องทดแทนจากสังคมให้เห็นความสำคัญปัญหาของตน
จนไม่สามารถฟื้นฟูสภาพต่อไปอีกได้ (Dehabilitated) และไม่สามารถกลับสู่สังคมใหม่ได้อีก
(Social Reconstructing)
- 7) ถูกออกจากงาน ขาดรายได้ ต้องเร่ร่อนขอรทาน เป็นภาระแก่สังคมต่อไป
- 8) สร้างปัญหา อุปสรรค และตัวขัดขวางการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคเรื้อน
และการเพิ่มภาระจากปัญหาทางสังคมและเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพต่อไป

2.4 การพัฒนานิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนปกติ

นโยบายกรมควบคุมโรคในการบูรณาการนิคมโรคเรื้อน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 284 บัญญัติให้มีกฎหมายกำหนดแผนและ
ขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวกับ
การกำหนดหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ และการจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2542, หน้า 19)

กรมควบคุมโรค จึงดำเนินการถ่ายโอนภารกิจนิคมโรคเรื้อนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการ
บรรจุเป็นนโยบายที่เป็นภารกิจหลักของหน่วยงานในปี พ.ศ.2556 มีการขับเคลื่อนเป็นแผนการพัฒนา
เครือข่ายในการถ่ายโอนภารกิจหลักสู่ระบบปกติในชุมชน โดยมีสถาบันราชประชาสมาสัยสนับสนุนในการ
ถ่ายทอดรูปแบบและให้คำแนะนำตามความต้องการของแต่ละเครือข่าย (กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนา
องค์กร สถาบันราชประชาสมาสัย, 2556)

การดำเนินงานดังกล่าว ส่งผลให้นิคมโรคเรื้อนที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรค
ถูกถ่ายโอนเป็นชุมชนทั่วไปจำนวน 12 ชุมชน เหลือเพียง 1 นิคม คือ สถานสงเคราะห์สถาบันราชประชาสมาสัย

นิคมโรคเรื้อน : จากสถานสงเคราะห์ของรัฐสู่การฟื้นฟูสภาพโดยชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและ
คืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้กับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนประเทศไทย

โกเมศ อุณรัตน์ (2563, หน้า 89) ได้กล่าวว่า ความพิการทางร่างกายของผู้ประสบปัญหา จากโรคเรื้อนอันนำไปสู่การถูกตีตรารังเกียจเดียดฉันท์และเลือกปฏิบัติจากชุมชนและสังคมที่มีต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ความเชื่อ ทักษะคติในเชิงลบต่อโรคเรื้อน นับเป็นมรดกทางความเชื่อที่ผิดๆ ที่ฝังลึกมาตั้งแต่อดีตกาล และตกทอดมายังประชาชนและสังคมในปัจจุบัน

นิคมโรคเรื้อน ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ เริ่มจัดตั้งขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2478 เพื่อให้การรักษาดูแล สงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน ด้วยวิธีแยกและกักผู้ป่วยโรคเรื้อน (Isolation or Segregation Approach) อันเป็นวิธีการควบคุมโรคแบบเก่าดั้งเดิม เนื่องจากในขณะนั้นยังไม่มียาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้หายขาดเหมือนเช่นปัจจุบัน โดยนิคมโรคเรื้อนในปี พ.ศ.2478 ขณะนั้น มีทั้งหมด 15 แห่ง

หลังจากโครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ตามแนวพระราชดำริที่มุ่งใช้วิธีค้นหาและรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Domiciliary approach) ของประเทศไทยประสบความสำเร็จกำจัดโรคเรื้อนในปี พ.ศ.2537 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายยุบหลอมรวมนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไป โดยใช้หลักการของการฟื้นฟูสภาพโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation : CBR) ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคม การคืนสิทธิและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ และการหลอมรวมชุมชนให้เป็นหนึ่งเดียว ผลของการพัฒนารูปแบบดังกล่าวส่งผลให้นิคมปราสาทสามารถดำเนินการยุบหลอมรวมเป็นชุมชนหรือหมู่บ้านปกติได้จนสำเร็จ และมีประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อนปราสาทจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในปี พ.ศ.2555

ความสำเร็จดังกล่าวนี้ นับเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของวงการโรคเรื้อนในการทำลายกำแพงตราบาปที่แบ่งกั้นระหว่างผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและประชาชนทั่วไป จนในเวลาต่อมาได้มีการนำรูปแบบการบูรณาการนิคมปราสาทไปใช้ประยุกต์ในการยุบนิคมโรคเรื้อนอื่นๆ จนในที่สุดมีผลให้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศได้รวม 10 นิคม คือ 1) นิคมดงดัด จังหวัดจันทบุรี 2) นิคมบ้านกร่าง จังหวัดพิษณุโลก 3) นิคมบ้านหัน จังหวัดมหาสารคาม 4) นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน 5) นิคมโนนสมบูรณ์ จังหวัดขอนแก่น 6) นิคมอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ 7) นิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 8) นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง 9) นิคมพุดตง จังหวัดนครศรีธรรมราช และ 10) นิคมแพ่งขาค้าง จังหวัดจันทบุรี

หลังจากนั้นต่อมา นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ก็ถูกยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ ดังนั้นในปัจจุบันจึงยังคงเหลือ “สถานสงเคราะห์สถาบันราชประชาสมาสัย” ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐเพียงแห่งเดียวที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบดูแลของกรมควบคุมโรค ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2564, หน้า 2)

นอกจากนี้ โกเมศ อุณรัตน์ (2563, หน้า 90) ยังได้กล่าวถึง ผลจากการประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ ไว้ดังนี้ ผลจากการประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศ 10 แห่งนี้ ทำให้นิคมโรคเรื้อนเปลี่ยนสถานะกลายเป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไปตามกฎหมาย โดยมี

หน่วยงานจากภาครัฐเข้าไปพัฒนาและหนุนเสริมพลังตามบทบาทหน้าที่ เช่น 1) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าไปดูแลด้านสาธารณสุขโรคและสิทธิต่างๆ ที่ประชาชนทั่วไปพึงได้รับตามกฎหมาย 2) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเข้าไปดูแลด้านสิทธิประโยชน์ของคนพิการ รวมทั้งการส่งเสริมการประกอบอาชีพ 3) ธนารักษ์ พื้นที่จังหวัดเข้าไปดูแลด้านการจัดที่ดินเพื่อทำกินและอยู่อาศัย 4) สาธารณสุขจังหวัด เข้าไปดูแลด้านระบบหลักประกันสุขภาพและการรักษาพยาบาลตามสิทธิ

จากผลดำเนินงานร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดังกล่าวในภาพรวม ทำให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนสามารถได้รับการคุ้มครองและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไปและมีความเท่าเทียมในสิทธิและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ รวมทั้งไม่ถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกตีตราและรังเกียจเด็ดฉันทจากการเป็นโรคเรื้อนเหมือนเช่นในอดีต ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจากนิคมโรคเรื้อนเดิมทุกแห่งจึงมีความยินดีและมีการทำประชาคมเพื่อขอตั้งชื่อเป็นชุมชนหรือชื่อหมู่บ้านใหม่แทนชื่อนิคมโรคเรื้อนเดิม เพื่อลบรอยความเจ็บปวดจากการถูกตีตรารังเกียจเด็ดฉันท และถูกแยกออกจากสังคมเพื่อมารับสงเคราะห์ในนิคมโรคเรื้อนในอดีต และเพื่อที่พวกเขาไม่ต้องการให้บุตรหลานที่เกิดมาในนิคมต้องมารับมรดกความเจ็บปวดเหมือนที่ตนเองเคยมีประสบการณ์อันปวดร้าวจากการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากการเป็นโรคเรื้อน จึงขอสรุปผลการยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐและถ่ายโอนเป็นหมู่บ้านทั่วไป

ลำดับที่	ชื่อนิคมโรคเรื้อน	จังหวัด	ปีที่จัดตั้ง	ปีที่ยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐเป็นหมู่บ้านทั่วไป	ชื่อหมู่บ้านในปัจจุบัน
1	นิคมแม่ลาว	เชียงราย	2478	2564	“บ้านนิคมแม่ลาว”
2	นิคมแม่ทะ	ลำปาง	2484	2558	“บ้านแม่ทะหมู่ 9”
3	นิคมอำนาจเจริญ	อุบลราชธานี (อำนาจเจริญ)	2484	2559	“บ้านคำเขื่อนข้าว”
4	นิคมพุดหง	นครศรีธรรมราช	2484	2560	“บ้านราชประชานุสรณ์”
5	นิคมฝายแก้ว	น่าน	2485	2558	“บ้านราชประชานุสรณ์”
6	นิคมบ้านกร่าง	พิษณุโลก	2493	2557	“บ้านใหม่ราชประชา”
7	นิคมเสลภูมิ	ร้อยเอ็ด	2496	2559	“บ้านมั่นคงราชประชา”
8	นิคมบ้านหัน	มหาสารคาม	2496	2558	“บ้านไทรทอง”
9	นิคมปราสาท	สุรินทร์	2496	2555	“ชุมชนราชประชาร่วมใจ”

ลำดับที่	ชื่อนิคมโรคเรื้อน	จังหวัด	ปีที่จัดตั้ง	ปีที่ยกเลิก การเป็นสถาน สงเคราะห์ ของรัฐเป็น หมู่บ้านทั่วไป	ชื่อหมู่บ้านในปัจจุบัน
10	นิคมดงทับ	จันทบุรี	2498	2556	“ชุมชนร่วมใจพัฒนา”
11	นิคมโนนสมบูรณ์	ขอนแก่น	2535	2559	“บ้านโนนสมบูรณ์หมู่ 10”
12	นิคมแพ่งข่าหยั่ง	จันทบุรี	2502	2559	“ชุมชนราชประชาร่วมใจ”
13	สถานสงเคราะห์/ ชุมชนสถาบัน ราชประชาสมาสัย	พระประแดง สมุทรปราการ	2545	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ	-

ที่มา : ปรับจาก ตารางสรุปการจัดตั้งและยุบสลายนิคมโรคเรื้อน สัญลักษณ์ของการตีตราและรังเกียจ
 เดียดฉั่นท์โรคเรื้อน (Social Stigmatization and Prejudice) ในอดีตกาล (โกเมศ อุรรัตน์. 2563, หน้า 92)

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการศึกษา คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็น
 หมู่บ้านทั่วไป ยังไม่เคยมีการศึกษาโดยตรงในประเทศไทย จึงขอนำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทาง
 ในการศึกษา ดังนี้

สุริยา สุนทราศรี และคณะ (2541, หน้า 106) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตเมือง
 การศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ครั้งแรกที่รู้ว่าเป็นโรคเรื้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกวิตกกังวล กลัวรักษา
 ไม่หาย กลัวพิการ แต่การได้กำลังใจและความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาและการแก้ไข ทำให้
 ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิตต่อไป ผู้ป่วยต้องการบุคคลรอบข้างเข้าใจ เห็นใจ ให้กำลังใจ และให้การ
 ยอมรับให้การช่วยเหลือ ไม่แสดงความรังเกียจ ต้องการให้หน่วยงานของรัฐสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีความพิการ
 ให้มีที่อยู่อาศัย

โกเมศ อุรรัตน์ (2543) ศึกษาอัตมโนทัศน์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต
 5 จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก และสัมภาษณ์เชิงลึก
 จากกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอัตมโนทัศน์ในด้านบวก และมีคุณภาพชีวิต
 ระดับปานกลาง อัตมโนทัศน์ด้านลบที่พบมากที่สุดเป็นอัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย ส่วนคุณภาพชีวิตระดับต่ำ
 ที่พบมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตในด้านสังคม การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความวิตกกังวลใจ
 มากต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เนื่องจากอาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วย

แยกตัวเองออกจากสังคมและมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นน้อยลง อัตรานอนหลับของผู้ป่วยโรคเรื้อน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2547) ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัด นครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมแล้ว มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยก ศึกษาเป็นแต่ละองค์ประกอบแล้วพบว่าองค์ประกอบในด้านสัมพันธภาพทางสังคมจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับต่ำมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ อายุ อาชีพ ชนิดของโรคที่เป็น การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแล ตนเอง โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น ผู้ป่วยที่ว่างงานหรืออาศัยผู้อื่นอยู่ มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับต่ำ และผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรง มีแนวโน้มของคุณภาพชีวิตเป็นไปในทิศทางที่แย่ลง ส่วนผู้ป่วย ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง และผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีจะมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ศิรามาศ รอดจันทร์ (2546) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ปรับมาจาก แบบวัดความพึงพอใจในชีวิต ของนิวการ์เท็นและคณะ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ ในชีวิต ได้แก่ การอ่านหนังสือได้ การมีรายได้ที่พอดีหรือมากกว่ารายจ่ายเมื่อเทียบกับไม่มีรายได้ และการ มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ได้อยู่ในครอบครัว จะทำให้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การฟื้นฟูสภาพทางเศรษฐกิจ-สังคม และการส่งเสริมการอ่าน ในรูปแบบและ วิธีการที่เหมาะสม น่าจะทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความพึงพอใจในชีวิตตนเองที่ดีขึ้น

ศิรามาศ รอดจันทร์ และคณะ (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคม ของ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน โดยใช้แบบวัดอุปสรรค/ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมที่แปลมาจาก วิมบราเคลและคณะ และแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ปรับมาจากของกรมสุขภาพจิต ฉบับภาษาไทย ผล การศึกษาพบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ด้านอุปสรรคใน การมีส่วนร่วมทางสังคมพบว่า ส่วนใหญ่ยังมีอุปสรรค/ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมปานกลางเช่นเดียวกัน ซึ่งปัจจัยทำนายอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อนที่ไม่ได้ เรียนหนังสือ/ไม่รู้หนังสือจะมีอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่เรียนหนังสือ ผู้ที่ไม่ได้ ประกอบอาชีพหรือไม่มีอาชีพจะมีอุปสรรคในการมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ที่มีอาชีพ ผู้ที่มีเหงาหรือมีผลที่นิ้ว และมีความพิการที่ใบหน้าเป็นหน้าสิงโต/หน้าย่นมากจะมีอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ ส่วนปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต โดยผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อนที่ไม่มี ข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมหรือมีแต่เพียงเล็กน้อย ไม่มีปัญหาในการไปรับ การ รักษาพยาบาล เช่น ปัญหาในการเดินทาง ค่าใช้จ่าย ฯลฯ ไม่มีปัญหาด้านความพิการและเป็นผู้ที่มี การ ย้ายที่อยู่จากภูมิลำเนาจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้อื่น

ธิดา นิมมา และคณะ (2559) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ มีคุณภาพ

ชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแยกเป็นแต่ละด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าในแต่ละด้านมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การมีส่วนร่วมในชุมชนและการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิและผลประโยชน์ของผู้พิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในส่วนของความจำเป็นต้องการส่วนใหญ่ต้องการรองเท้าเฉพาะสำหรับผู้พิการจากโรคเรื้อนและกายอุปกรณ์ที่เหมาะสม การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนควรพัฒนาแบบบูรณาการต่อเนื่องและองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอื่นๆ เช่น หน่วยงานสาธารณสุขในทุกกระดับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมทั้งศึกษารูปแบบที่เหมาะสมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์

เสถียร โยวะผุย และคณะ (2560) ศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมทางสังคมและคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนและในชุมชนทั่วไป โดยใช้ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ดัดแปลงมาจาก P-scale ของ Wim H. van Brakel แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัยในหมู่บ้านที่บูรณาการหลอมรวมจากนิคมโรคเรื้อนเดิม มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยกว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อนซึ่งยังมีได้บูรณาการหลอมรวม 2) ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัยในชุมชนปกติแต่ต้นนับแต่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อนมีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมแตกต่างจากประชาชนปกติในหมู่บ้านรอบนิคม 3) ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัยในชุมชนปกติแต่ต้นมีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมไม่แตกต่างจากผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่บูรณาการหลอมรวมจากนิคมโรคเรื้อนเดิม 4) ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัยในหมู่บ้านที่บูรณาการหลอมรวมจากนิคมโรคเรื้อนเดิมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัยอยู่ในนิคมโรคเรื้อนที่ยังไม่บูรณาการหลอมรวมเป็นหมู่บ้าน 5) ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัยในชุมชนปกติแต่ต้นมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างจากประชาชนในหมู่บ้านใกล้เคียง และ 6) ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัยในชุมชนปกติแต่ต้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อยู่ในหมู่บ้านที่บูรณาการหลอมรวมจากนิคมโรคเรื้อนเดิม

นิยม ไกรปุย และโกเมศ อุรัตน์ (2562) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนภายหลังการปรับเปลี่ยนนิคมสู่ชุมชนปกติโดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษานิคมโรคเรื้อนปราสาทอำเภอบึงสามพัน จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้แนวคิดการจัดการแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่าบริบทสภาพปัญหาในอดีตนิคมโรคเรื้อนปราสาทถูกบุกรุกที่ดินทำกิน และปัญหาหลังการถ่ายโอนนิคมพบความรังเกียจของประชาชนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน ชุมชนไม่มีความใกล้ชิดกันมีความรังเกียจ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมที่จะต้องมีฟื้นฟูสภาพ พบว่ารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนหลังปรับเปลี่ยนจากนิคมสู่ชุมชนปกติ ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งกลุ่มจิต

อาสาสมัครอาสาสมัครช่วยเคลื่อนการส่งเสริมกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพผู้พิการจากโรคเรื้อนกับผู้พิการในชุมชน
ทั่วไป 2) การบูรณาการงานของทีมนิติอาสา ทีมประกอบด้วย แกนนำชุมชน บุคลากรจากโรคเรื้อน
และผู้พิการในชุมชนทั่วไปกับตัวแทนผู้พิการจากโรคเรื้อน ร่วมดำเนินการ ดังนี้ 2.1 วิเคราะห์ปัญหาและ
การฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม 2.2 ร่วมทำแผนการฟื้นฟูสุขภาพ 2.3 ร่วมระดมทุนและตั้งกองทุน
ฟื้นฟูสุขภาพในการพัฒนาอาชีพ 2.4 การส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรม มีความใกล้ชิดกันลดความรังเกียจ
2.5 การส่งเสริมสุขภาพผู้พิการจากโรคเรื้อนและผู้พิการในชุมชน

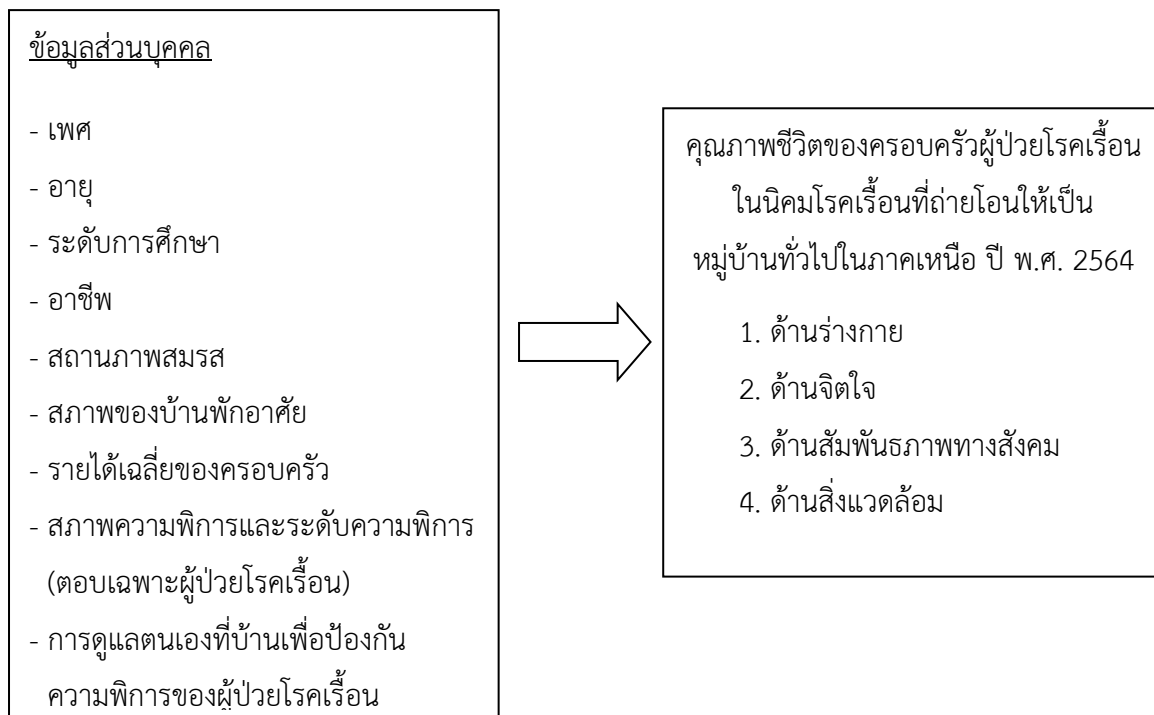
ศีลธรรม เสริมฤทธิ์ และคณะ (2562) ศึกษาการตีตราและระยะทางสังคมของประชาชน
ต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า มีระยะทางสังคมของประชาชนในชุมชน
ต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในระดับปานกลางและมีการตีตราในระดับปานกลาง รวมทั้งมีความเข้าใจ
เรื่องโรคเรื้อนที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการเกิดระยะทางสังคมและการตีตรา จึงควรจัดทำ
โครงการ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนเพื่อลดการตีตราและระยะทางสังคมในชุมชนต่อไป

Savassi LC et al. (อ้างถึงใน เสถียร โยวะผุย และคณะ, 2560 หน้า 9) ได้ศึกษาด้านคุณภาพ
ชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัยอยู่ในนิคม สรุปว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีคะแนน
คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ และมีคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคม
อยู่ในระดับสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวได้รับผลกระทบ
จากอาการโรคและมุมมองจากสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ
สังคมและสิ่งแวดล้อม การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนแบบองค์รวม จึงควรพิจารณาในหลายมิติทั้งด้านจิตวิทยา
สังคมและเศรษฐกิจด้วยเสมอ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวจึงเป็นภารกิจที่สำคัญ
อย่างยิ่งของกรมควบคุมโรคในการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไปที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ได้กรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาคูณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาคูณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 2) เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาด้านคูณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคอื่นๆ ของประเทศ และ 3) เพื่อนำผลการศึกษาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะต่อกรมควบคุมโรคในด้านคูณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในประเทศต่อไป โดยมีวิธีดำเนินการศึกษา ดังนี้

3.1 รูปแบบการศึกษา

การศึกษาคูณภาพชีวิตครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคูณภาพ

3.2 พื้นที่และระยะเวลาการศึกษา

การศึกษาคูณภาพชีวิตครั้งนี้เป็นการศึกษาคูณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 จำนวน 3 นิคม ได้แก่ 1) นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง 2) นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน และ 3) นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย โดยดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2564 - มีนาคม พ.ศ.2565

3.3 การศึกษาเชิงปริมาณ

3.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อนทางภาคเหนือที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปที่อาศัยอยู่จริงและสมัครใจให้ข้อมูล จำนวน 3 นิคม ได้แก่ 1) นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง 2) นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน และ 3) นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว ทั้งหมดที่อยู่อาศัยในนิคมโรคเรื้อนทางภาคเหนือที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปและสมัครใจให้ข้อมูล มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 273 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
1. ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง	30
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน	43
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	200
รวม	273

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การประเมินครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์มาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับย่อภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาอังกฤษ โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) จากผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน และหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยทำการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.70 โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยผู้รับการสัมภาษณ์ยินยอมให้สัมภาษณ์ ประเภทของผู้รับการสัมภาษณ์ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อน หัวหน้าครอบครัวของบ้าน เคยมีเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร มาสอนฝึกร่วมช่วยป้องกันความพิการที่บ้านหรือไม่ เคยได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันความพิการหรือไม่ เคยมีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครมาช่วยเหลือด้านอื่นๆ ที่บ้านหรือที่หมู่บ้านบ้างหรือไม่ จำนวนคนเฉลี่ยต่อครั้งที่มาให้ความช่วยเหลือ จำนวนครั้งเฉลี่ยต่อปีที่มาให้ความช่วยเหลือ ประเภทความช่วยเหลือผู้พิการในบ้านเคยได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจร่างกายหรือแก้ไขความพิการที่โรงพยาบาลใกล้เคียงหรือส่วนกลาง เช่น สถาบันราชประชาสมาสัย หรือไม่ และสิทธิประเภทใดในการดูแลรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สูงสุด สถานภาพการทำงาน/อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพของบ้านพักอาศัย รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ต่อเดือน รวมเงินสงเคราะห์และอื่นๆ (บาท) สภาพความพิการและระดับความพิการต่างๆ ของผู้ป่วยโรคเรื้อน (ตอบเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน) และการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน (ตอบเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์มาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับย่อภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาอังกฤษ ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นร่วมกันตัดข้อที่ 16 เป็นคำถามเกี่ยวกับความพอใจในเพศสัมพันธ์ออก เพราะเห็นว่าเป็นคำถามที่ยากที่จะเข้าใจ และคนไม่ชอบที่จะตอบ หรือเปิดเผยความเห็นทางเพศสัมพันธ์และเห็นว่ายากต่อการประเมินผล คำถามนี้ความเดิมในภาษาอังกฤษถามว่า “How satisfied are you with your sex life” คำถามที่เหลือ 25 ข้อแบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2 3 4 10 11 12 24

ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5 6 7 8 9 23

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 13 14

ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 15 16 17 18 19 20 21 22

คุณภาพชีวิตโดยรวม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 25

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 9 11

การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามความหมายทางบวก

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

ข้อคำถามความหมายทางลบ

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

การจัดระดับคุณภาพชีวิต ดังนี้

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 25-125 โดยแบ่งเป็นระดับคะแนน ดังนี้

<u>รายด้าน</u>	<u>คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี</u>	<u>คุณภาพชีวิตปานกลาง</u>	<u>คุณภาพชีวิตที่ดี</u>
ด้านร่างกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2 – 4	5 – 7	8 – 10
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	25 – 58	59 – 92	93 – 125

3.3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมจากแบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์มาจากวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับย่อภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาอังกฤษ

3.3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิต โดย Chi-Square Test

3.4 การศึกษาเชิงคุณภาพ

3.4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อนทางภาคเหนือที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปที่สมัครใจเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในแต่ละนิคมโรคเรื้อน จำนวน 3 นิคม ได้แก่ 1) นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง 2) นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน และ 3) นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล เจ้าหน้าที่หน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่หน่วยงานธารักษ์พื้นที่ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวที่สมัครใจเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในแต่ละนิคมโรคเรื้อน เจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล เจ้าหน้าที่หน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่หน่วยงานธนารักษ์พื้นที่ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 48 คน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
1. ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว	
1.1 ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง	12
1.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน	12
1.3 ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	12
2. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ	
2.1 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ดูแลนิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง	
2.1.1 เจ้าหน้าที่เทศบาล อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง	1
2.1.2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านน้ำโจก อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง	1
2.1.3 เจ้าหน้าที่ธนารักษ์พื้นที่ จังหวัดลำปาง	1
2.1.4 เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำปาง	1
2.2 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ดูแลนิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน	
2.2.1 เจ้าหน้าที่เทศบาลฝายแก้ว จังหวัดน่าน	1
2.2.2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝายแก้ว จังหวัดน่าน	1
2.2.3 เจ้าหน้าที่ธนารักษ์พื้นที่ จังหวัดน่าน	1
2.2.4 เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดน่าน	1

ตารางที่ 3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาเชิงคุณภาพ (ต่อ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
2.3 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่คูแลนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	
2.3.1 เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล จังหวัดเชียงราย	1
2.3.2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง จังหวัดเชียงราย	1
2.3.3 เจ้าหน้าที่ธนารักษพื้นที่ จังหวัดเชียงราย	1
2.3.4 เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย	1
รวม	48

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และแนวคำถามสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อน โดยแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัว จำนวน 5 ข้อ ประเด็นที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัวในการให้บริการของหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ จำนวน 5 ข้อ และแนวคำถามสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัว จำนวน 2 ข้อ ประเด็นที่ 2 การได้รับความดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ จำนวน 4 ข้อ ประเด็นที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 1 ข้อ

3.4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

3.4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

3.5.1 ทบทวนวรรณกรรม

3.5.2 เขียนโครงร่างงานวิจัย

3.5.3 จัดทำเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

3.5.4 ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อน

3.5.5 ประชุมทีมผ่านระบบประชุมทางไกลด้วย เพื่อทำความเข้าใจในเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ และกำหนดแผนในการเก็บ ประกอบด้วย ผู้ศึกษา คณะกรรมการบริหารมูลนิธิราชประชาสมาสัย

ในพระบรมราชูปถัมภ์ เจ้าหน้าที่สถาบันราชประชาสมัย และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

3.5.6 จัดทำแผนปฏิบัติงานและหนังสือถึงหน่วยงาน เพื่อเก็บข้อมูล

3.5.7 เก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.8 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.9 รายงานผลการศึกษา

3.5.10 เผยแพร่ผลงาน

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาคูณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาคูณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 2) เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาด้านคูณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป ในภาคอื่นๆ ของประเทศ และ 3) เพื่อนำผลการศึกษามาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะต่อกรมควบคุมโรคในด้านคูณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในประเทศต่อไป ผู้ศึกษาเสนอผลการศึกษาเป็นคำบรรยายและตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ข้อมูลส่วนบุคคล
3. การประเมินคูณภาพชีวิต
4. การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับคูณภาพชีวิตและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยินยอมให้สัมภาษณ์		
ยินยอม	273	100
ไม่ยินยอม	0	0
ประเภทของผู้รับการสัมภาษณ์		
ผู้ป่วยโรคเรื้อน	56	20.5
บุตร	38	13.9
หลาน	13	4.8
ญาติ	17	6.2
ผู้อาศัย	146	53.5
บุคคลภายนอก	2	0.7
อื่นๆ	1	0.4

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 คน	33	12.1
2 คน	83	30.4
3 คน	63	23.1
4 คน	42	15.4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5 คน ขึ้นไป	52	19.0
หัวหน้าครอบครัว		
ตัวผู้ป่วยโรคเรื้อน	70	25.6
ภรรยา	11	4.0
บุตร	28	10.3
หลาน	6	2.2
ญาติ	12	4.4
ผู้อาศัย	144	52.7
บุคคลภายนอก	1	0.4
อื่นๆ	1	0.4
เคยมีเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร มาสอนฝึกอบรมช่วยป้องกัน		
ความพิการที่บ้าน		
เคยมีเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครมาแนะนำและสอนฝึกอบรม	66	24.2
ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครมาแนะนำและสอนฝึกอบรม	189	69.2
ไม่ทราบ	18	6.6
เคยได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันความพิการหรือไม่		
ไม่มี	142	52.2
มีโดยการฝึกอบรมการดูแลโดยสมาชิกในบ้าน	1	0.4
มีโดย อสม.	53	19.4
มีโดยอาสาสมัคร	6	2.2
มีโดยเจ้าหน้าที่ อบต./เทศบาล	1	0.4
มีโดยเจ้าหน้าที่จาก สคร.	1	0.4
มีโดยเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.	1	0.4
มีโดยเจ้าหน้าที่จาก 2 หน่วยงานขึ้นไป	65	23.8
ไม่ทราบ	3	1.1
เคยมีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครมาช่วยเหลือด้านอื่นๆ		
ไม่เคยมี	172	63.0
มี	52	19.0
ไม่ทราบ	49	17.9

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนคนเฉลี่ยต่อครั้งที่มาให้ความช่วยเหลือ		
2 คน	5	1.8
3 คน	6	2.2
มากกว่า 3 คนขึ้นไป	6	2.2
ไม่ทราบ	256	93.8
จำนวนครั้งเฉลี่ยต่อปีที่มาให้ความช่วยเหลือ		
1-2 ครั้งต่อปี	23	8.4
3-4 ครั้งต่อปี	2	0.7
มากกว่า 4 ครั้งต่อปี ขึ้นไป	4	1.5
ไม่ทราบ	244	89.4
ประเภทความช่วยเหลือ		
สุขภาพ	47	17.2
สงเคราะห์ (เครื่องอุปโภคบริโภค)	3	1.1
ส่งเสริมอาชีพ	1	0.4
ไม่ทราบ	222	81.3
ผู้พิการในบ้านเคยได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจร่างกายหรือ แก้ไขความพิการที่โรงพยาบาลใกล้เคียงหรือส่วนกลาง		
ไม่มีผู้พิการในบ้าน	183	67.0
ไม่เคย	63	23.1
เคย เพื่อตรวจหรือแก้ไขความพิการที่ตา	2	0.7
เคย เพื่อตรวจหรือแก้ไขความพิการที่มือ	4	1.5
เคย เพื่อตรวจหรือแก้ไขความพิการที่เท้า	8	2.9
เคย ตรวจหรือแก้ไขความพิการ 2 อย่างขึ้นไป	4	1.5
เคย เพื่ออื่นๆ	6	2.2
ไม่ทราบ	3	1.1
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
มี สิทธิสวัสดิการข้าราชการและลูกจ้าง	7	2.6
มี สิทธิบัตรประกันสังคม	4	1.5
มี สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	257	94.1
มี สิทธิประกันสุขภาพภาคเอกชน	4	1.5
ไม่ทราบ	1	0.4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว (ต่อ)

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 273 ราย กลุ่มตัวอย่างยินยอมให้สัมภาษณ์ คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้รับการสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัย คิดเป็นร้อยละ 53.5 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 และหัวหน้าครอบครัว คือ ผู้อาศัย คิดเป็นร้อยละ 52.7

ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครมาแนะนำและสอนฝึกอบรมช่วยป้องกันความพิการ คิดเป็นร้อยละ 69.2 รองลงมา เคยมีเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครแนะนำและสอนฝึกอบรมช่วยป้องกันความพิการ คิดเป็นร้อยละ 24.2 ส่วนใหญ่ ไม่มีการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันความพิการ คิดเป็นร้อยละ 52.2 รองลงมา มีการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันความพิการ โดยเจ้าหน้าที่ 2 หน่วยงานขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 23.8

ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครมาช่วยเหลือด้านอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 63.0 รองลงมา มีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครมาช่วยเหลือด้านอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 19.0 ส่วนใหญ่ ไม่ทราบจำนวนคนที่มาช่วยเหลือเฉลี่ยต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 93.8 รองลงมา ทราบจำนวนคนที่มาช่วยเหลือเฉลี่ยต่อครั้ง 3 คน และมากกว่า 3 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.2 และไม่ทราบ จำนวนครั้งที่มาช่วยเหลือต่อปี คิดเป็นร้อยละ 89.4 รองลงมา ทราบจำนวน 1-2 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 8.4

ส่วนใหญ่ ไม่ทราบประเภทความช่วยเหลือ คิดเป็นร้อยละ 81.3 รองลงมา ทราบประเภทความช่วยเหลือ สุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 17.2 ไม่มีผู้พิการในบ้านที่เคยได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจร่างกายหรือแก้ไขความพิการที่โรงพยาบาลใกล้เคียงหรือส่วนกลาง เช่น สถาบันราชประชาสมาสัย คิดเป็นร้อยละ 67.0 รองลงมา ไม่เคยได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจร่างกายหรือแก้ไขความพิการ คิดเป็นร้อยละ 23.1 และส่วนใหญ่ มีสิทธิการรักษาพยาบาล สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คิดเป็นร้อยละ 94.1

4.2 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 5 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	จำนวน (N=273)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	130	47.6
หญิง	143	52.4
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	1	0.4
20-29 ปี	11	4.0
30-39 ปี	12	4.4
40-49 ปี	35	12.8

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	จำนวน (N=273)	ร้อยละ
50-59 ปี	67	24.5
60-69 ปี	85	31.1
70 ปี ขึ้นไป	62	22.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	34	12.5
ประถมศึกษา	138	50.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	31	11.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	39	14.3
ปวช.	10	3.7
ปวส./ปวท./อนุปริญญา	7	2.6
ปริญญาตรี	11	4.0
ตารางที่ 5 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ต่อ)		
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	จำนวน (N=273)	ร้อยละ
ไม่ทราบ	3	1.1
อาชีพ		
ข้าราชการ	3	1.1
ข้าราชการบำนาญ	4	1.5
รัฐวิสาหกิจ	1	0.4
ลูกจ้าง	13	4.8
ค้าขาย	12	4.4
บริษัท	1	0.4
ธุรกิจส่วนตัว	3	1.1
รับจ้างทั่วไป	63	23.1
นักเรียน/นักศึกษา	1	0.4
แม่บ้าน	29	10.6
เกษตรกร	71	26.0
ว่างงาน	71	26.0
ไม่ทราบ	1	0.4
สถานภาพสมรส		
โสด	31	11.4

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	จำนวน (N=273)	ร้อยละ
แต่งงานอยู่ด้วยกัน	199	72.9
แต่งงานแยกกันอยู่	5	1.8
หย่าร้าง	5	1.8
ม่าย	32	11.7
ไม่ทราบ	1	0.4
สภาพของบ้านพักอาศัย		
ไม่คงทน	5	1.8
มีความคงทนน้อย	25	9.2
มีความคงทน	176	64.5
มีความคงทนมาก	64	23.4
อื่นๆ	1	0.4
ไม่ทราบ	2	0.7
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	94	34.4
5,000-10,000 บาท	142	52.0
10,001-20,000 บาท	26	9.5
20,001-50,000 บาท	8	2.9
ไม่ทราบ	3	1.1

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 273 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 52.4 อายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.5 มีอาชีพเกษตรกรและว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 26.0 สถานภาพสมรส แต่งงานอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 72.9 สภาพบ้านพักอาศัยมีความคงทน คิดเป็นร้อยละ 64.5 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.0

ตารางที่ 6 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ตอบเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ตอบเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)	จำนวน (N=56)	ร้อยละ
ความพิการ		
มีความพิการ 1 อย่าง	6	2.2
มีความพิการ 2 อย่าง ขึ้นไป	35	12.8

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ตอบเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน)	จำนวน (N=56)	ร้อยละ
ไม่มีความพิการ	15	5.5
ระดับความพิการตา		
ระดับ 0	27	9.9
ระดับ 1	22	8.1
ระดับ 2	7	2.6
ระดับความพิการมือ		
ระดับ 0	21	7.7
ระดับ 1	13	4.8
ระดับ 2	22	8.1
ระดับความพิการเท้า		
ระดับ 0	23	8.4
ระดับ 1	7	2.6
ระดับ 2	26	9.5
การดูแลตนเองที่บ้านเพื่อป้องกันความพิการ		
สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ	53	19.4
ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ	3	1.1

เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่ามีความพิการ 2 อย่างขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.8 และไม่มีความพิการ คิดเป็นร้อยละ 5.5 ส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่ตา ระดับ 0 คิดเป็นร้อยละ 9.9 มีความพิการที่มือ ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 8.1 และมีความพิการที่เท้า ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 9.5 สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ คิดเป็นร้อยละ 19.4

4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 7 คุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

รายด้าน	คุณภาพชีวิต			
	ค่าเฉลี่ย	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
	(S.D.) (N=273)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านร่างกาย	2.11 (0.35)	3 (1.1)	235 (85.5)	35 (12.7)
ด้านจิตใจ	1.98 (0.13)	4 (1.5)	268 (97.5)	1 (0.4)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2.06 (0.24)	0 (0.0)	256 (93.1)	17 (6.2)
ด้านสิ่งแวดล้อม	2.04 (0.20)	0 (0.0)	261 (94.9)	12 (4.4)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.00 (0.14)	2 (0.7)	267 (97.1)	4 (1.5)

จากตารางที่ 7 พบว่า คุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านร่างกายและคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.5 ร้อยละ 1.1 และร้อยละ 0.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	คุณภาพชีวิตโดยรวม				p-value*
	จำนวน (N=273)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ					0.107
ชาย	130	1 (0.8)	125 (96.2)	4 (3.1)	
หญิง	143	1 (0.7)	142 (99.3)	-	
อายุ					0.385
ต่ำกว่า 20 ปี	1	-	1 (100.0)	-	
20-29 ปี	11	-	10 (90.9)	1 (9.1)	
30-39 ปี	12	-	11 (91.7)	1 (8.3)	
40-49 ปี	35	-	34 (97.1)	1 (2.9)	
50-59 ปี	67	-	66 (98.5)	1 (1.5)	

60-69 ปี	85	1 (1.2)	84 (98.8)	-
70 ปี ขึ้นไป	62	1 (1.6)	61 (98.4)	-

ตารางที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา	คุณภาพชีวิตโดยรวม				p-value*
	จำนวน (N=273)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับการศึกษา					0.462
ไม่ได้รับการศึกษา	34	-	34 (100.0)	-	
ประถมศึกษา	138	2 (1.4)	135 (97.8)	1 (0.7)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	31	-	30 (96.8)	1 (0.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	39	-	39 (100.0)	-	
ปวช.	10	-	9 (90.0)	1	
ปวส./ปวท./อนุปริญญา	7	-	7 (100.0)	(10.0)	
ปริญญาตรี	11	-	10 (90.9)	-	
ไม่ทราบ	3	-	3 (100.0)	1 (9.1)	
				-	
อาชีพ					0.967
ข้าราชการ	3	-	3 (100.0)	-	
ข้าราชการบำนาญ	4	-	4 (100.0)	-	
รัฐวิสาหกิจ	1	-	1 (100.0)	-	
ลูกจ้าง	13	-	12 (92.3)	1 (7.7)	
ค้าขาย	12	-	12 (100.0)	-	
บริษัท	1	-	1 (100.0)	-	
ธุรกิจส่วนตัว	3	-	3 (100.0)	-	
รับจ้างทั่วไป	63	-	60 (95.2)	3 (4.8)	
นักเรียน/นักศึกษา	1	-	1 (100.0)	-	

แม่บ้าน	29	-	29 (100.0)	-
เกษตรกรกรรม	71	1 (1.4)	70 (98.6)	-
ว่างงาน	71	1 (1.4)	70 (98.6)	-
ไม่ทราบ	1	-	1 (100.0)	-
สถานภาพสมรส				0.036*
โสด	31	-	28 (90.3)	3 (9.7)
แต่งงานอยู่ด้วยกัน	199	1 (0.5)	197 (99.0)	1 (0.5)
แต่งงานแยกกันอยู่	5	-	5 (100.0)	-
หย่าร้าง	5	-	5 (100.0)	-
ม่าย	32	1 (3.1)	31 (96.9)	-
ไม่ทราบ	1	-	1 (100.0)	-

ตารางที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา	คุณภาพชีวิตโดยรวม				p-value*
	จำนวน (N=273)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	
สภาพของบ้านพักอาศัย					0.000*
ไม่คงทน	5	1 (20.0)	4 (80.0)	-	
มีความคงทนน้อย	25	-	25 (100.0)	-	
มีความคงทน	176	1 (0.6)	173 (98.3)	2 (1.1)	
มีความคงทนมาก	64	-	63 (98.4)	1 (1.6)	
อื่นๆ	1	-	1 (100.0)	-	
ไม่ทราบ	2	-	1 (50.0)	1 (50.0)	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว					0.907
ต่อเดือน					
ต่ำกว่า 5,000 บาท	94	1 (1.1)	93 (98.9)	-	
5,000-10,000 บาท	142	1 (0.7)	138 (97.2)	3 (2.1)	
10,001-20,000 บาท	26	-	25 (96.2)	1 (3.8)	
20,001-50,000 บาท	8	-	8 (100.0)	-	

ไม่ทราบ	3	-	2 (100.0)	-
---------	---	---	-----------	---

*Pearson Chi-Square test

จากตารางที่ 8 พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง เพศหญิง มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง มากกว่า เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 99.3 อายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกกลุ่มอายุ และในอายุ 70 ปี ขึ้นไป และอายุ 60-69 ปี พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.6 และร้อยละ 1.2 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกระดับการศึกษา และระดับประถมศึกษา พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.4 อาชีพ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกกลุ่มอาชีพ โดยกลุ่มอาชีพ เกษตรกรรมและว่างงาน พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.4 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกสถานภาพ โดยสถานภาพ ม่ายและแต่งงานอยู่ด้วยกัน พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 3.1 และร้อยละ 0.5 ตามลำดับ สภาพของบ้านพักอาศัย ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกสภาพบ้านพักอาศัย โดยสภาพบ้านพักอาศัย ไม่คงทนและมีความคงทน พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 20.0 และร้อยละ 0.6 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกช่วงรายได้ โดยรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท และรายได้ 5,000-10,000 บาท พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.1 และร้อยละ 0.7 ตามลำดับ จากการศึกษา พบคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดีในทุกข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และพบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับสถานภาพสมรส และสภาพบ้านพักอาศัย ($p < 0.05$)

ตารางที่ 9 คุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ตอบเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา (ตอบเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน)	คุณภาพชีวิตโดยรวม				p-value*
	จำนวน (N=56)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	
ความพิการ					0.737
มีความพิการ 1 อย่าง	6	-	6 (100.0)	-	
มีความพิการ 2 อย่าง ขึ้นไป	35	1 (2.9)	34 (97.1)	-	
ไม่มีความพิการ	15	-	15 (100.0)	-	
ระดับความพิการตา					0.579
ระดับ 0	27	1 (3.7)	26 (96.3)	-	

ระดับ 1	22	-	22 (100.0)	-
ระดับ 2	7	-	7 (100.0)	-
ระดับความพิการมือ				0.455
ระดับ 0	21	-	21 (100.0)	-
ระดับ 1	13	-	13 (100.0)	-
ระดับ 2	22	1 (4.5)	21 (95.5)	-
ระดับความพิการเท้า				0.556
ระดับ 0	23	-	23 (100.0)	-
ระดับ 1	7	-	7 (100.0)	-
ระดับ 2	26	1 (3.8)	25 (96.2)	-

*Pearson Chi-Square test

จากตารางที่ 9 พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการ และไม่มีความพิการ มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการ 2 อย่างขึ้นไป พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 2.9 ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่ตา ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลางทุกระดับความพิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่ตา ระดับ 0 พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 3.7 ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่มือ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลางทุกระดับความพิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่มือ ระดับ 2 พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 4.5 และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่เท้า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลางทุกระดับความพิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่เท้า ระดับ 2 พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 3.8 จากการศึกษา พบคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดีในทุกข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน) และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการและไม่มีความพิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีระดับความพิการทุกประเภท ($p>0.05$)

4.4 การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม คุณภาพชีวิตครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564

4.4.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก

1) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัว

พบว่า ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนหรือยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านดีขึ้น ดังนี้

1.1) ด้านร่างกาย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสภาพชีวิตที่มีความคล้ายคลึงกับหมู่บ้านรอบนอก ได้รับสวัสดิการจากรัฐเท่าเทียมกับประชาชนหมู่บ้านรอบนอก จากคำกล่าวที่ว่า

“พวกเขาได้รับสวัสดิการเพิ่มขึ้น ความเป็นอยู่ดีขึ้น ผู้ป่วยหลายคนที่ว่าไม่มีญาติ พี่น้องก็มีคนดูแลประจำอยู่ตรงนั้น รับผิดชอบอยู่ เพราะว่าเขาได้รับเบี้ยคนพิการ เบี้ยสูงอายุ บวกกับเงิน จากกรมควบคุมโรคได้อีก ความเป็นอยู่เขาก็ดีขึ้น ทำให้สภาพความเป็นอยู่เขาก็ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับอดีต” (นายนิคม นามสมมุติ)

“ประชาชนบ้านนิคมมีความเป็นอยู่ดีขึ้น เมื่อก่อนผู้ป่วยอาจจะไม่มีญาติ แต่ตอนนี้มีผู้ดูแล และลูกหลานก็เข้ามาดูแล หลังจากที่พ่อแม่มีสิทธิตรงนี้” (นายชำนาญ นามสมมุติ)

นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับบริการจากหน่วยงานของรัฐที่ให้บริการ เหมือนกับประชาชนทั่วไป ไม่มีความแตกต่าง และไม่มีการจัดระบบพิเศษ ส่วนรูปแบบการรับบริการ มีทั้งการเข้ามาใช้บริการโดยตรงจากหน่วยงาน รับบริการผ่านหน่วยงานท้องถิ่น และมีเจ้าหน้าที่หน่วยงาน ลงพื้นที่ไปให้บริการ จากคำกล่าวที่ว่า

“เรื่องของความพิการ ผู้ป่วยติดเตียง เรามี CG (Care giver) ที่เข้าไปดูแล CG ไม่ใช่ อสม. แต่บางคนก็เป็น อสม. ด้วยแล้วก็ผ่านการอบรมด้วย CG ก็คือผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน เราจะมีหมู่บ้านละ 2 คน” (นางมะลิ นามสมมุติ)

“ให้บริการตามปกติ มีการเข้าคิวและให้นั่งรอรวมกลุ่มกับคนทั่วไป ส่วนการจัดสรรงบประมาณโครงการ เช่น พิธีรดน้ำดำหัว ทาง อบต.ก็จัดให้เหมือนกัน และให้งบเท่ากันหมดไม่มีการแบ่งแยก โดยจัดสรรเท่ากันทั้ง 17 หมู่บ้าน” (นางมานี นามสมมุติ)

“ส่วนใหญ่จะเข้าไปเหมือนออกพื้นที่ให้บริการ ก็จะเข้าไปแบบเหมือนพูดคุย ให้เขาฟังว่าวันนี้ธรรมาภิบาลมีอะไรบ้าง ให้เขารู้ข้อมูลของธรรมาภิบาลว่าเรามีการเปลี่ยนแปลงอะไร” (นางเนตรนภา นามสมมุติ)

“ในส่วนของคนพิการ ทางเราจะลงพื้นที่ไปให้ความช่วยเหลือ โดยขอความช่วยเหลือผ่านทางเทศบาล ทางคนพิการจะไม่ได้เข้ามาโดยตรง” (นางนิรมล นามสมมุติ)

1.2) ด้านจิตใจ

พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางรายโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรอยโรคไม่สามารถปรับตัวได้ ยังยึดติดกับความเป็นอยู่ในนิคมโรคเรื้อรังเดิมและคิดว่าตนเองมีชีวิตที่แตกต่างจากคนทั่วไปในหมู่บ้านรอบนอกนิคม จากคำกล่าวที่ว่า

“มีแตกต่าง อาจจะเป็นก็ว่ามันยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีอยู่ แต่ส่วนใหญ่จะมีเป็นคนแก่ๆ และมีแค่จุดเดียว เพราะมีรอยโรคอยู่” (นายปลัด นามสมมุติ)

“อย่างผู้สูงอายุบางคนที่ยังยึดติดมันก็จะมียู่ แต่ก็ส่วนน้อยเท่าที่สัมผัส ส่วนใหญ่จะเปิดกว้าง เราจะมองเห็นในเรื่องของการร่วมกิจกรรมในเรื่องของการช่วยเหลือกันและกัน เวลาเข้าประชุม เขาก็จะไม่แบ่งแยก” (นางสมหญิง นามสมมุติ)

1.3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในนิคม เนื่องจากมีคนนอกเข้ามาอาศัยอยู่จำนวนมากขึ้น จากคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้การเพิ่มเรื่อง Self-management เพราะผู้ป่วยยังคิดว่ารอบข้างรังเกียจเขา การพาพวกเขาออกมาข้างนอกอาจช่วยให้พวกเขารู้สึกดีขึ้น” (นางมะลิ นามสมมุติ)

“คืออันดับแรก น่าจะเป็นข้างในจากจุดข้างในก่อน เพราะว่าถ้าอย่างที่บอกคนมาอยู่เยอะ ก็เหมือนจะกลายเป็นหมู่บ้านจัดสรร ต่างคนต่างอยู่ สมมุติว่าต้องการโครงสร้างพื้นฐานและสาธารณูปโภคเพิ่มเติม จะไม่มีการรวมพลังแกนนำผลักดัน คือต่างคนต่างอยู่ ความสามัคคียังน้อย” (นายนิคม นามสมมุติ)

1.4) ด้านสิ่งแวดล้อม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในด้านสภาพแวดล้อม เป็นหลัก คือ ถนนทางเข้าหมู่บ้านที่ห่างไกลจากจุดบริการ น้ำประปายังมีปัญหาในหน้าแล้ง ที่อยู่อาศัยที่ยังไม่ถูกสุขลักษณะ จากคำกล่าวที่ว่า

“บ้านนิคมเป็นหมู่บ้านที่ห่างจากถนนเส้นหลัก เวลาเราจะเข้าไปรู้สึกว่ามีอะไรจะถึงสักที คือเหมือนที่ไปทำงานครั้งแรก เราารู้สึกว่ามันดูน่ากลัว ไกล ก็เลยเห็นเหมือนกันว่าน่าจะมีการทำให้หมู่บ้านเป็นหมู่บ้านเปิด ปีที่แล้วมีการคิดนโยบายกันขึ้นมาของท่านผู้บริหารกรม เรื่องของการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้เช่า เราตั้งโครงการเข้าไปเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับทางหมู่บ้าน โดยทำเสาไฟติดแสงสว่าง โซลาร์เซลล์ไปกับทางนิคม แล้วก็ไปทำเรื่องขุดสระ ขุดบ่อปลา ในเรื่องของการปรับปรุงถนน ซึ่งงบประมาณตัวนี้น่าจะได้ในปี” (นางเนตรนภา นามสมมุติ)

“เรื่องที่อยู่อาศัยของบางครอบครัว ยังไม่มั่นคง อยากไปพัฒนาตรงนั้นมากกว่า” (นางนิรมล นามสมมุติ)

“มีปัญหาเรื่องน้ำ ระบบประปา ทางนิคมยังมีปัญหามากกว่าตัวหมู่บ้านใหญ่ โดยเฉพาะหน้าแล้ง ติดตรงแหล่งน้ำดิบ มันไกลและบางที่คุณภาพน้ำไม่ดี” (นายวีระ นามสมมุติ)

2) ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสมาชิกครอบครัวในการให้บริการของหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ

พบว่า ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อรังหรือยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ จากผลการศึกษา พบว่า หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ ไม่มีข้อร้องเรียน

หรือข้อเรียกร้องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัว นอกเหนือจากสิ่งที่ได้รับตามปกติ จาก คำกล่าวที่ว่า

“มีการพาไปท่องเที่ยวทัศนศึกษา โดยขอรถจาก อบจ.จำนวน 2 คัน เพื่อไปเที่ยวน้ำตก วัด เดินทางร่วมกบหมู่บ้านอื่นๆ 7 หมู่บ้าน และหนึ่งหมู่บ้านจะอนุญาตให้เข้าร่วมจำนวน 30 คน ด้วยความสมัครใจ ทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ นอกจากนั้นยังนั่งรถรวมกัน พวกเขามักมีความสุขเมื่อได้ออกไปเที่ยว ทั้งผู้พิการที่สามารถเดินทางได้ก็ไปเข้าร่วมกิจกรรมเช่นกัน” (นางมานี นามสมมุติ)

“ทำที่ก็คือการแสดงความขอบคุณ ความมีน้ำใจ ขอบใจเยอะและสูงมากครับ สูงกว่าบุคคลปกติทั่วไป แบบขอบคุณมากๆ ครับ” (นายนิคม นามสมมุติ)

“ส่วนหนึ่งที่เขากล้ามาหาเรา เพราะเราไม่รังเกียจเขา เช่น คุณสุภาวดีดูแลคนไข้ โดยไม่มีการแสดงที่รังเกียจ ทั้งการดูแล การทำแผล แม้ว่าจะเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง สมมุติเขาให้เราทานข้าวตอนที่ไปประชุมเขาก็เกรงใจเรา จึงมอบข้าวกล่องให้เราแทน อย่างเช่นวันที่ 16 วันราชาประชาสมาสัย เขาทำแกงเขียวหวานเลี้ยงเรา แต่พวกเราทานปกติ มีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ไม่ทาน แต่เขาจะแบ่งแยกโซนของผู้ป่วยออกต่างหาก พวกเราก็กินให้เขาดูเพื่อแสดงว่าเราไม่รังเกียจ เขาจึงไว้ใจเรา นอกจากนี้ยังมีการขุดหน่อไม้มาให้อีก” (นางมานี นามสมมุติ)

4.4.2 การสนทนากลุ่ม

1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัว

พบว่า ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนหรือยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านดีขึ้น ดังนี้

1.1) ด้านร่างกาย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับสิทธิสวัสดิการเหมือนกันกับคนนอกหมู่บ้านได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการทุกคน ไม่ตกหล่น มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาดูแล รวมทั้งใช้บริการสาธารณสุขได้หมด ไม่มีปัญหา สภาพชีวิตเหมือนกับหมู่บ้านรอบนอก จากคำกล่าวที่ว่า

“หลวงเขาให้เงินคนแก่ คนพิการ เหมือนคนข้างนอก ได้อาไว้กินไว้ใช้” (นายกอ นามสมมุติ)

“มีหมอเข้ามาดูแลดี เจ็บป่วยก็ไปโรงพยาบาลก็ใช้บริการได้หมด เงินก็ไม่ต้องเสีย” (นางดาว นามสมมุติ)

1.2) ด้านจิตใจ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขที่ได้เงินสวัสดิการจากรัฐ คือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการเพิ่มขึ้น และให้ลูกหลานได้มีที่ดินทำกินเป็นของตัวเอง จากคำกล่าวที่ว่า

“ถึงแม้ตายไปก็ไม่ห่วงลูกหลานแล้ว เพราะมีที่อยู่อาศัย ที่ดินทำกินเป็นของตัวเอง” (นายควรร นามสมมุติ)

1.3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมรวมกลุ่ม เช่น การประชุม ยกเว้น ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นผู้สูงอายุ จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายไม่สะดวก ในการเคลื่อนไหว เข้า ร่วมกิจกรรม และอยากให้มีการจัดกิจกรรมวันราชประชาสมาสัยอย่างต่อเนื่อง จากคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้มีการจัดวันราชประชาเหมือนเดิมทุกปี มาหลังๆ เขางดจัดไป เพราะโควิด แต่ยังไงก็อยากให้มีการจัดต่อเนื่อง” (นายมี นามสมมุติ)

1.4) ด้านสิ่งแวดล้อม

พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาเรื่องที่ดินและน้ำประปา จากคำกล่าวที่ว่า

“เรื่องที่ดิน ให้กรมควบคุมโรคสนับสนุนข้อมูล บรรพบุรุษมาอยู่ที่นี่ก่อนที่ ส่วนราชการจะเข้ามา” (นางชูใจ นามสมมุติ)

“มารังวัดแล้ว ออกเอกสารสิทธิสัญญาแล้ว ภายหลังหน่วยงานเอากลับไปหมด บางแปลงยังไม่ได้เอกสารสิทธิทำกิน ที่พัก แต่มีระบบเสียค่าเช่าแล้ว ไม่อยากให้อายค่าเช่าย้อนหลัง” (นายณรงค์ นามสมมุติ)

“มีปัญหาเรื่องน้ำประปา อยากให้ช่วยแก้ปัญหา โดยเฉพาะหน้าแล้ง” (นายปิติ นามสมมุติ)

“ติดปัญหาในหมู่บ้านเป็นที่ราชพัสดุ เทศบาลจึงไม่สามารถเข้ามาดำเนินการได้ หากเทศบาลจะทำอะไรในนิคม เทศบาลต้องทำหนังสือไปธนารักษ์” (นายสมควร นามสมมุติ)

“เวลาพ่อแม่ผู้ป่วยตาย จะไปโอนสิทธิ ทำไมต้องรอเวลาโอน ต้องรอนาน 3-4 ปี” (นายสมเดช นามสมมุติ)

2) การได้รับความดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงาน ครอบคลุมในทุกด้าน มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเข้ามาให้บริการถึงนิคม ไม่เสียเงินค่าบริการ มีเจ้าหน้าที่หน่วยงาน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เข้ามาดูแลด้านความพิการ เรื่องสงเคราะห์ครอบครัว มีเจ้าหน้าที่ ธนารักษ์พื้นที่เข้ามาให้ข้อมูลเรื่องที่ดิน

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดูแลให้ความช่วยเหลือจากหน่วยงาน โดยผู้ศึกษา ใช้วิธีให้กลุ่มตัวอย่างยกมือขึ้นขานคะแนน ซึ่งคะแนนจะมีตั้งแต่ 1-10 คะแนน พบว่า โดยส่วนใหญ่ให้ คะแนนตั้งแต่ 7-10 คะแนน มีบางนิคมให้ 12 คะแนน

3) ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกนิคมมีข้อเสนอแนะในด้านสิ่งแวดล้อม คือ ที่ดินและน้ำประปา ต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในเรื่องดังกล่าว

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 2) เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคอื่นๆ ของประเทศ และ 3) เพื่อนำผลการศึกษามาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะต่อกรมควบคุมโรคในด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในประเทศต่อไป ผู้ศึกษาขอเสนอสรุปผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

5.1.1 ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยินยอมให้สัมภาษณ์ ผู้รับการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน และหัวหน้าครอบครัว คือ ผู้อาศัย

ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครมาแนะนำและสอนฝึกรวมช่วยป้องกันความพิการ คิดเป็นร้อยละ 69.2 รองลงมา เคยมีเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครแนะนำและสอนฝึกรวมช่วยป้องกันความพิการ คิดเป็นร้อยละ 24.2 ส่วนใหญ่ ไม่มีการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันความพิการ คิดเป็นร้อยละ 52.2 รองลงมา มีการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันความพิการ โดยเจ้าหน้าที่ 2 หน่วยงานขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 23.8

ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครมาช่วยเหลือด้านอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 63.0 รองลงมา มีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครมาช่วยเหลือด้านอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 19.0 ส่วนใหญ่ ไม่ทราบจำนวนคนที่มาช่วยเหลือเฉลี่ยต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 93.8 รองลงมา ทราบจำนวนคนที่มาช่วยเหลือเฉลี่ยต่อครั้ง 3 คน และมากกว่า 3 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.2 และไม่ทราบ จำนวนครั้งที่มาช่วยเหลือต่อปี คิดเป็นร้อยละ 89.4 รองลงมา ทราบจำนวน 1-2 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 8.4

ส่วนใหญ่ ไม่ทราบประเภทความช่วยเหลือ คิดเป็นร้อยละ 81.3 รองลงมา ทราบประเภทความช่วยเหลือ สุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 17.2 ไม่มีผู้พิการในบ้านที่เคยได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจร่างกายหรือแก้ไขความพิการที่โรงพยาบาลใกล้เคียงหรือส่วนกลาง เช่น สถาบันราชประชาสมาสัย คิดเป็นร้อยละ 67.0 รองลงมา ไม่เคยได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจร่างกายหรือแก้ไขความพิการ คิดเป็นร้อยละ 23.1 และส่วนใหญ่ มีสิทธิการรักษาพยาบาล สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คิดเป็นร้อยละ 94.1

5.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี ระดับการศึกษา ประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรกรรมและว่างงาน สถานภาพสมรส แต่งงานอยู่ด้วยกัน สภาพบ้านพักอาศัย มีความคงทน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท

เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่ามีความพิการ 2 อย่างขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.8 และไม่มีความพิการ คิดเป็นร้อยละ 5.5 ส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่ตา ระดับ 0 คิดเป็นร้อยละ 9.9 มีความพิการที่มือ ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 8.1 และมีความพิการที่เท้า ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 9.5 สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ คิดเป็นร้อยละ 19.4

5.1.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยพบว่าคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ ด้านร่างกายและคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.5 ร้อยละ 1.1 และร้อยละ 0.7 ตามลำดับ

เมื่อจำแนกตามข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง เพศหญิง มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง มากกว่า เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 99.3 อายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกกลุ่มอายุ ในอายุ 70 ปี ขึ้นไป และอายุ 60-69 ปี พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.6 และร้อยละ 1.2 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกระดับการศึกษา และระดับประถมศึกษา พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.4 อาชีพ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกกลุ่มอาชีพ โดยกลุ่มอาชีพ เกษตรกรรมและว่างงาน พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.4 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลางทุกสถานภาพ โดยสถานภาพ ม่ายและแต่งงานอยู่ด้วยกัน พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 3.1 และร้อยละ 0.5 ตามลำดับ สภาพของบ้านพักอาศัย ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกสภาพบ้านพักอาศัย โดยสภาพบ้านพักอาศัย ไม่คงทนและมีความคงทน พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 20.0 และร้อยละ 0.6 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกช่วงรายได้ โดยรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท และรายได้ 5,000-10,000 บาท พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.1 และร้อยละ 0.7 ตามลำดับ จากการศึกษา พบคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดีในทุกข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และพบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับสถานภาพสมรสและสภาพบ้านพักอาศัย ($p < 0.05$)

เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการ และไม่มีความพิการ มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการ 2 อย่างขึ้นไป พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 2.9 ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่ตา ส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกระดับความพิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่ตา ระดับ 0

พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 3.7 ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่มือ ส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกระดับความพิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่มือ ระดับ 2 พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 4.5 และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่เท้า ส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ทุกระดับความพิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่เท้า ระดับ 2 พบว่า มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 3.8 จากการศึกษา พบคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดี ในทุกข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ตอบเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพชีวิตโดยรวมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการและไม่มีคุณภาพ และผู้ป่วย โรคเรื้อนที่มีระดับความพิการทุกประเภท ($p>0.05$)

5.1.4 การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม คุณภาพชีวิตครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในนิคมที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก

1.1) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัว

พบว่า ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนหรือยกเลิกการเป็น สถาน
สงเคราะห์ของรัฐ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านดีขึ้น ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน
สัมพันธภาพสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีสภาพชีวิตที่มีความคล้ายคลึงกับหมู่บ้านรอบนอก ได้รับ
สวัสดิการจากรัฐเท่าเทียมกับประชาชนหมู่บ้านรอบนอก แต่จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อน บางราย
โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรอยโรคไม่สามารถปรับตัวได้ ยังยึดติดกับความเป็นอยู่ในนิคมโรคเรื้อนเดิมและคิดว่า
ตนเองมีชีวิตที่แตกต่างจากคนทั่วไปในหมู่บ้านรอบนอกนิคม ในการจัดระบบและการให้บริการของ
หน่วยงาน พบว่า มีระบบและการให้บริการเหมือนกับประชาชนทั่วไป ไม่มีความแตกต่าง และไม่มีกร
จัดระบบพิเศษให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ส่วนรูปแบบการรับบริการ มีทั้งการเข้ามารับบริการโดยตรง จาก
หน่วยงานรับบริการผ่านหน่วยงานท้องถิ่น และมีเจ้าหน้าที่หน่วยงานลงพื้นที่ไปให้บริการ สำหรับ
ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว พบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างยังมีปัญหาในด้านสภาพแวดล้อมเป็นหลัก คือ ถนนทางเข้าหมู่บ้านที่ห่างไกลจากจุดบริการ
น้ำประปายังมีปัญหาในหน้าแล้ง ที่อยู่อาศัยที่ยังไม่ถูกสุขลักษณะ และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคน
ในนิคม เนื่องจากมีคนนอกเข้ามาอาศัยอยู่จำนวนมากขึ้น

1.2) ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัวในการให้บริการ ของหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ

พบว่า ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนหรือยกเลิกการเป็น สถาน
สงเคราะห์ของรัฐ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานที่ให้บริการและดูแล

ช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ จากผลการศึกษา พบว่า ไม่มีข้อร้องเรียนหรือข้อเรียกร้องนอกเหนือจากสิ่งที่ได้รับตามปกติ

2) การสนทนากลุ่ม

2.1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัว

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับสิทธิสวัสดิการเหมือนกันกับคนนอกหมู่บ้าน ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการทุกคน ไม่ตกหล่น มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาดูแล รวมทั้งใช้บริการสาธารณสุขได้หมด ไม่มีปัญหา สภาพชีวิตเหมือนกับหมู่บ้านรอบนอก

2.2) การได้รับความดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงาน ครอบคลุมในทุกด้าน ทั้งในด้านสาธารณสุข มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเข้ามาให้บริการถึงนิคม ไม่เสียเงินค่าบริการ มีเจ้าหน้าที่หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เข้ามาดูแล ด้านความพิการ เรื่องสงเคราะห์ครอบครัว มีเจ้าหน้าที่ธนารักษ์พื้นที่เข้ามาให้ข้อมูลเรื่องที่ดิน

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดูแลให้ความช่วยเหลือจากหน่วยงาน โดยผู้ศึกษาใช้วิธีให้กลุ่มตัวอย่างยกมือขึ้นขานคะแนน ซึ่งคะแนนจะมีตั้งแต่ 1-10 คะแนน พบว่า โดยส่วนใหญ่ให้คะแนนตั้งแต่ 7-10 คะแนน มีบางนิคมให้ 12 คะแนน

2.3) ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกนิคมมีข้อเสนอแนะในด้านสิ่งแวดล้อม คือ ที่ดินและน้ำประปา ต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในเรื่องดังกล่าว

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 ข้อมูลทั่วไป

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้รับการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัยและหัวหน้าครอบครัว คือ ผู้อาศัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิรามาศ รอดจันทร์ และคณะ (2550, หน้า 3) ที่พบว่า ปัจจุบันผู้ป่วยในนิคมโรคเรื้อนประมาณ ร้อยละ 80 เป็นผู้พิการและผู้สูงอายุ และสัดส่วนมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับอันเนื่องมาจากเกณฑ์ในการรับสงเคราะห์ที่เน้นผู้สูงอายุและมีความพิการมาก ซึ่งภาครัฐเองปัจจุบันมีบุคลากรและทรัพยากร ไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้พิการเหล่านี้ได้ จากปัญหาดังกล่าว กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นความจำเป็นในการที่จะให้ผู้พิการและชราเหล่านี้กลับไปอยู่อาศัยกับครอบครัวในชุมชนปกติ ตลอดจนผู้ขอรับการสงเคราะห์รายใหม่ก็ให้สามารถรับการสงเคราะห์อยู่ในชุมชนได้ การปรับเปลี่ยนแนวทางการให้การสงเคราะห์ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนหรือผู้ป่วยจากนิคมสู่ชุมชนปกติ นั้น มีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ประสบปัญหาฯ ได้อยู่กับครอบครัวในชุมชน พร้อมเปิดโอกาสให้ได้รับการสนับสนุนด้านสวัสดิการสังคมจากชุมชนและท้องถิ่น เช่น บริการสาธารณสุขและ

สวัสดิการสังคมต่างๆ เหมือนคนทั่วไป และสอดคล้องกับนโยบายกรมควบคุมโรคในการถ่ายโอนภารกิจ นิคมโรคเรื้อน ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนชุมชน (กลุ่มยุทธศาสตร์และ พัฒนาการฯ สถาบันราชประชาสมาสัย, 2556)

จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครมาแนะนำ และสอนฝึกอบรมช่วยป้องกันความพิการ ไม่มีการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันความพิการ ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่ หรืออาสาสมัครมาช่วยเหลือด้านอื่นๆ ไม่ทราบจำนวนคนที่มาช่วยเหลือเฉลี่ยต่อครั้ง ไม่ทราบ จำนวนครั้ง ที่มาช่วยเหลือต่อปี และไม่ทราบประเภทความช่วยเหลือ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาเดียวกับในช่วงที่เจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร เข้ามาเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ (2562, หน้า 75) ที่พบว่า ผู้ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี เป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงานซึ่งอาจจะมีโอกาสได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อนน้อยกว่าผู้สูงอายุ ที่อยู่บ้าน เนื่องจากการรณรงค์ให้ความรู้ในหลายพื้นที่มักจะดำเนินการในหมู่บ้านซึ่งเป็นช่วงเวลาที่คนออกจากบ้านไปทำงาน

5.2.2 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากผลการศึกษาที่พบว่า เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่า มีความพิการ 2 อย่างขึ้นไป และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่มีอยู่ ระดับ 2 และมีความพิการที่เท่า ระดับ 2 สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทย พ.ศ.2563 (www.thaileprosy.ddc.moph.go.th/site/index.htm) ที่พบว่า ถึงแม้ประเทศไทยมีการดำเนินการควบคุมโรคเรื้อนสำเร็จตามเป้าหมาย แต่จากรายงานสถานการณ์โรคเรื้อนนั้น ยังคงพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการอย่างต่อเนื่องทุกปี

5.2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของธิดา นิมมา และคณะ (2559, หน้า36) ที่พบว่า ผู้ประสบปัญหา จากโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมและเมื่อแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โกเมศ อุรัตน์ (2543) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอัตมโนทัศน์ในด้านบวก และมีคุณภาพชีวิตระดับ ปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2547) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมแล้ว มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริมาศ รอดจันทร์ และคณะ (2550, หน้า 3) ที่พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ ด้านร่างกายและคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Savassi LC et al (2564) ที่พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของโกเมศ อุรรัตน์ (2543) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตระดับต่ำที่พบมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตในด้านสังคม ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2547) ที่พบว่า เมื่อแยกศึกษาเป็นแต่ละองค์ประกอบแล้วพบว่าองค์ประกอบในด้านสัมพันธภาพทางสังคมจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2546, หน้า 1) ที่พบว่า เมื่อแยกศึกษาเป็นแต่ละองค์ประกอบแล้วพบว่าองค์ประกอบในด้านสัมพันธภาพทางสังคมจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เสถียร โยวะผุย และคณะ (2560, หน้า 105) ที่พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัยในหมู่บ้านที่บูรณาการหลอมรวมจากนิคมโรคเรื้อนเดิม มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยกว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อนซึ่งยังมิได้บูรณาการหลอมรวม

จากผลการศึกษาที่พบว่า พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับสถานภาพสมรส และสภาพบ้านพักอาศัย ($p < 0.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตา นิมมา และคณะ (2559) ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การมีส่วนร่วมในชุมชนและการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิและผลประโยชน์ของผู้พิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

จากผลการศึกษาที่พบว่า เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการและไม่มี ความพิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีระดับความพิการทุกประเภท ($p > 0.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โกเมศ อุรรัตน์ (2543, หน้า 53) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันตามลักษณะ ประชากร และสถานภาพของการเป็นโรคเรื้อน เป็นผลมาจากการมีประสบการณ์ชีวิตต่อการเป็นโรคเรื้อน ที่คล้ายคลึงกันและส่วนใหญ่รักษาโรคเรื้อนมานาน ทำให้มีประสบการณ์ชีวิตต่อการเป็นโรคเรื้อน ที่คล้ายคลึงกันและส่วนใหญ่รักษาโรคเรื้อนมานานพอสมควร จึงมีลักษณะของการเกิดภาวะผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อนคล้ายๆ กัน

5.2.4 การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน ในนิคมที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก

1.1) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัว

จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีที่ยังติดกับการเป็นนิคมโรคเรื้อนแบบเก่าอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ยังมีความคิดว่าตนเองแตกต่างจากหมู่บ้านรอบนอก เนื่องจากรอยโรค สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ และคณะ (2562, หน้า 75) ที่พบว่า คนอายุน้อยกว่า 60 ปี มีโอกาสที่จะตีตรามากกว่าคนที่อายุ 60 ปีขึ้นไป อาจเนื่องจากคนสูงอายุมีประสบการณ์ต่อโรคเรื้อนหรือความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิตและมีการยอมรับได้ง่ายกว่าคนที่อายุน้อยกว่าและผู้ที่ยาอายุต่ำกว่า 60 ปี เป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงานซึ่งอาจจะมีโอกาสได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อนน้อยกว่าผู้สูงอายุที่บ้าน เนื่องจากการรณรงค์ให้ความรู้ในหลายพื้นที่มักจะดำเนินการในหมู่บ้านซึ่งเป็นช่วงเวลาที่คุณออกจากบ้านไปทำงาน

จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีปัญหาในด้านสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก คือ ถนนทางเข้าหมู่บ้านที่ห่างไกลจากจุดบริการ น้ำประปายังมีปัญหาในหน้าแล้ง ที่อยู่อาศัยที่ยังไม่ถูกสุขลักษณะ นอกจากนั้นยังมีการยึดติดกับเรื่องรอยโรค และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในนิคม เนื่องจากมีคนนอกเข้ามาอาศัยอยู่จำนวนมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิยม ไกรบุญ และโกเมศ อุนรัตน์ (2562, หน้า 55) ที่พบว่า บริบทสภาพปัญหาในอดีตนิคมโรคเรื้อนปราสาทถูกบุกรุกที่ดินทำกิน และปัญหาหลังการถ่ายโอนนิคมพบความรังเกียจของประชาชนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน ชุมชนไม่มีความใกล้ชิดกันมีความรังเกียจ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมที่จะต้องมีการฟื้นฟูสภาพ

1.2) ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัวในการให้บริการของหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ

จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ ไม่มีข้อร้องเรียนหรือข้อเรียกร้อง นอกเหนือจากสิ่งที่ได้รับตามปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรียาสุนทราศรี และคณะ (2541, หน้า 106) ที่พบว่า ครั้งแรกทีรู้ว่าเป็นโรคเรื้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกวิตกกังวล กลัวรักษาไม่หาย กลัวพิการ แต่การได้กำลังใจและความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาและการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วย มีกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิตต่อไป ผู้ป่วยต้องการบุคคลรอบข้างเข้าใจ เห็นใจ ให้กำลังใจ และให้การยอมรับ ให้การช่วยเหลือ ไม่แสดงความรังเกียจ ต้องการให้หน่วยงานของรัฐสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีความพิการให้มีที่อยู่อาศัย

2) การสนทนากลุ่ม

2.1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัว

จากผลการศึกษาที่พบว่า ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนหรือยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับสิทธิสวัสดิการเหมือนกันกับคนนอกหมู่บ้าน ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการทุกคน ไม่ตกหล่น มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาดูแล รวมทั้งใช้บริการสาธารณสุขได้หมด ไม่มีปัญหา สภาพชีวิตเหมือนกับหมู่บ้านรอบนอก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โกเมศ อนุรัตน์ (2543, หน้า 53) ที่พบว่า อ้อมโนทัศน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แม้จะเป็นความสัมพันธ์ที่อ่อน อาจอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีอ้อมโนทัศน์ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม หมายถึง การมีภาพที่ดีต่อตนเอง หากสามารถลบภาพแห่งตราบาของโรคเรื้อนออกไปจากความคิดได้ ก็จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2) การได้รับความดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ

จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดูแลให้ความช่วยเหลือจากหน่วยงาน โดยใช้วิธีให้กลุ่มตัวอย่างยกมือขึ้นขานคะแนน ซึ่งคะแนนจะมีตั้งแต่ 1-10 คะแนน จากผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนตั้งแต่ 7-10 คะแนน มีบางนิคมให้ถึง 12 คะแนน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิยม ไกรบุษย์ และโกเมศ อนุรัตน์ (2562, หน้า 58) ที่พบว่า หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชื้อเพลิง ได้เข้าไปดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนตามบทบาทหน้าที่และจัดตั้งจิตอาสาประชาชนอาสาสมัครในชุมชน เพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการจากโรคเรื้อนในชุมชน ทำให้ผู้พิการเกิดความพึงพอใจ องค์การบริหารส่วนตำบลให้การดูแล ด้านสาธารณสุขป้อน สร้างถนนคอนกรีตภายในชุมชนราชประชาร่วมใจ อีกทั้งสนับสนุนเบี้ยความพิการให้กับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเพิ่มขึ้นอีกคนละ 500 บาท ที่สำคัญคือกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ได้มีประกาศกระทรวงฯ ยกเลิกการเป็นนิคมโรคเรื้อนปราสาทฯ นั้น หมายความว่าชุมชนราชประชาร่วมใจ เป็นชุมชนปกติอย่างถูกต้องทั้งพหุติฉนัยและนิติฉนัย

2.3) ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะ ทุกนิคมมีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม คือ ที่ดิน และบางนิคมมีปัญหาเรื่องน้ำประปา จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านสิ่งแวดล้อม คือ ที่ดินและน้ำประปา ซึ่งเป็นการสะท้อนความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้าไปให้ความดูแลช่วยเหลือในด้านดังกล่าวต่อไป

จากผลการศึกษาเชิงปริมาณที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และจากผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนหรือยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวง

สาธารณสุข (โกเมศ อุรัตน์, 2563, หน้า 89-90) ที่ว่า หลังจากโครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ตามแนวพระราชดำริที่มุ่งใช้วิธีค้นหาและรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Domiciliary approach) ของประเทศไทย ประสบความสำเร็จกำจัดโรคเรื้อนในปี พ.ศ.2537 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายยุบหลอมรวมนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไป โดยใช้หลักการของการฟื้นฟูสภาพโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation : CBR) ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคม การคืนสิทธิและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ และการหลอมรวมชุมชนให้เป็นหนึ่งเดียว จึงมีนโยบายยุบหลอมรวมนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไป ผลจากการประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศ ทำให้นิคมโรคเรื้อนเปลี่ยนสถานะกลายเป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไปตามกฎหมาย โดยมีหน่วยงานจากภาครัฐเข้าไปพัฒนาและหนุนเสริมพลังตามบทบาทหน้าที่ เช่น 1) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าไปดูแลด้านสาธารณสุขโรคและสิทธิต่างๆ ที่ประชาชนทั่วไปพึงได้รับตามกฎหมาย 2) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเข้าไปดูแลด้านสิทธิประโยชน์ของคนพิการ รวมทั้งการส่งเสริมการประกอบอาชีพ 3) ธนารักษ์ พื้นที่จังหวัดเข้าไปดูแลด้านการจัดที่ดินเพื่อทำกินและอยู่อาศัย 4) สาธารณสุขจังหวัด เข้าไปดูแลด้านระบบหลักประกันสุขภาพและ การรักษาพยาบาลตามสิทธิ ทำให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนสามารถได้รับการคุ้มครองและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไปและมีความเท่าเทียมในสิทธิและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ รวมทั้งไม่ถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกตีตราและรังเกียจเด็ดขาดจากการเป็นโรคเรื้อนเหมือนเช่นในอดีต

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ทุกนิคมมีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม คือ ที่ดิน และบางนิคมมีปัญหาเรื่องน้ำประปา เห็นสมควรมีการประชุมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่กับหน่วยงานสถาบันราชประชาสมาสัย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อผลักดันให้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

2) กลุ่มตัวอย่างยังมีที่ยังยึดติดกับการเป็นนิคมโรคเรื้อนแบบเก่าอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ยังมีความคิดว่าตนเองแตกต่างจากหมู่บ้านรอบนอก เนื่องจากรอยโรคนั้น เห็นสมควรให้กรมควบคุมโรคขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 7 ปี (พ.ศ.2564 - 2570) มุ่งสู่การปลดการตีตรา (Zero stigma) อย่างต่อเนื่อง

3) คุณภาพชีวิตระดับไม่ดีในทุกข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ตอบเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน) เห็นสมควรนำข้อมูลจากผลการศึกษาไปประกอบการวางแผน เพื่อจัดโครงการหรือกิจกรรมและติดตามด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนต่อไป

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาเชิงปฏิบัติการ

1) ทุกนิคมมีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม คือ ที่ดิน และบางนิคม มีปัญหาเรื่องน้ำประปา เห็นสมควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในนิคมอื่นๆ ทั่วประเทศต่อไป เพื่อนำผลการศึกษาศู่การจัดการปัญหา ในเชิงระบบต่อไป

2) กลุ่มตัวอย่างยังมีที่ยังติดกับการเป็นนิคมโรคเรื้อนแบบเก่าอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ยังมีความคิดว่าตนเองแตกต่างจากหมู่บ้านรอบนอก เห็นสมควรมีการศึกษา ประเมินผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 7 ปี (พ.ศ.2564 - 2570) มุ่งสู่การปลอดการตีตรา (Zero stigma) ต่อไป

3) เห็นสมควรมีการศึกษาระดับหรือขนาดของความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างคุณภาพชีวิต และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างว่ามีมากน้อยเพียงใด และมีทิศทางความสัมพันธ์กันอย่างไร โดยใช้ การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation analysis) เพื่อนำมาสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของ ผู้ป่วยโรคเรื้อนให้ดีขึ้นต่อไป

โดยสรุปในส่วนของข้อเสนอแนะจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วย โรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 เห็นควรให้มีการ ประชุมแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่กับหน่วยงานสถาบันราชประชาสมาสัย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ รวมทั้งเสนอให้กรมควบคุมโรคขับเคลื่อน แผน ยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 7 ปี (พ.ศ.2564 - 2570) มุ่งสู่การปลอดการตีตรา (Zero stigma) อย่างต่อเนื่องต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ภาษาไทย. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/>.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง รายชื่อสถานสงเคราะห์ของรัฐ (ฉบับที่ 11) พ.ศ.2564. สืบค้นจาก <http://law.m-society.go.th>.
- กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมควบคุมโรค. (2560). Best Practice ผลงานที่เป็นเลิศของกรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ.2557-2560. นนทบุรี.
- โกเมศ อุนรัตน์. (2543). อัตมโนทัศน์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา. ปริญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โกเมศ อุนรัตน์, นิยม ไกรบุญ, โฉมศรี ฤนาพรรณ, เอกพล แก่นดี.(2556). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนปราสาท จังหวัดสุรินทร์ สู่ชุมชนทั่วไป. นนทบุรี.
- ธิดา นิมมา และคณะ. (2559). คุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์. รายงานการวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์.
- ธีระ รามสูต. (2536). ปัญหาทางสังคมและการฟื้นฟูสภาพสภาพโรคเรื้อน.วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์. 4 (1) : 19-30.
- ธเนศ ถวิลหวัง. (2558). การพัฒนาคุณภาพชีวิตและองค์กร. สืบค้นจาก [http://pvlo-kop.dld.go.th/my%20picture%202556/New%20Folder%20\(38\)/idp/ppt/2.pdf](http://pvlo-kop.dld.go.th/my%20picture%202556/New%20Folder%20(38)/idp/ppt/2.pdf).
- นิยม ไกรบุญ และโกเมศ อุนรัตน์. (2562). การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนภายหลังการปรับเปลี่ยนนิคมสู่ชุมชนปกติโดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษานิคมโรคเรื้อนปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารควบคุมโรค. 39(4) : 297-308.
- ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. (2547). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา. 10(3) : 47-54.
- มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ราชประชาสมาสัยสาร ฉบับพิเศษ 2559. นนทบุรี:บริษัท มาสเตอร์ คีย์ จำกัด.
- เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รายงานสถานการณ์โรคเรื้อน ปี 2563. สืบค้นจาก ww.thaileprosy.ddc.moph.go.th/site/index.htm.
- วันชัย ภิญโญ. (2552). คุณภาพชีวิต. สืบค้นจาก <https://sites.google.com/site/gemkkkr/word-of->

The-week/schadenfreudeshah-dn-froi-duhnoun.

ศิริมาศ รอดจันทร์, โกวิท คัมภีรภาพ, จินตนา วรสายัณห์, สงกรานต์ ภูพุกข์, พจนา ัญญกิตติกุล, และคณะ. (2550). คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน. นนทบุรี.

ศิริมาศ รอดจันทร์. (2546). ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนสถาบันราชประชาสมาสัย.

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต. คณะแพทยศาสตร์.

ศิริมาศ รอดจันทร์ และคณะ. (2550). คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน. วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย. 5(1) : 1-14.

ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ. (2562). การตีตราและระยะทางสังคมของประชาชนต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 13(2) : 66-77.

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. (2546). คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา บ้านบาตร.

_____ (2556). การพัฒนาเครือข่ายในการถ่ายโอนภารกิจหลักสู่ระบบปกติในชุมชน. สมุทรปราการ.

_____ (2557). แนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อนเข้ารับการสงเคราะห์. นนทบุรี.

สถาบันราชประชาสมาสัย กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางานองค์กร. (2556). การพัฒนาเครือข่ายในการถ่ายโอนภารกิจหลักสู่ระบบปกติในชุมชน. สมุทรปราการ.

สุริยา สุนทราศรี และคณะ. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตเมือง การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 7(1) : 106-112.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2542). พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542. สืบค้นจาก <http://www.dla.go.th>.

สุริยา สุนทราศรี และคณะ. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตเมือง การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 7(1) : 106-112.

เสถียร โยวะผุย และคณะ. (2560). เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมทางสังคมและคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนและในชุมชนทั่วไป. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี.

อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ. (2539). การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).