

การประเมินความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคมและ
ความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน
ในจังหวัดชัยนาท

นายศักดิ์ดา ทองดีเพ็ง

นางธิดา นิ่มมา

กลุ่มแผนงานและประเมินผล

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพความพิการและปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่จังหวัดชัยนาท จำนวน 82 ราย ใช้แบบคัดกรองความพิการ 8 ข้อพบผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน 12 ราย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-16 กุมภาพันธ์ 2560 ด้วยเครื่องมือของสถาบันราชประชาสมาสัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจำนวนและร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีอาการชาที่มือและ/หรือเท้า ร้อยละ 91.67 และมีความลำบากในการเดินหรือขึ้นบันได ส่วนใหญ่มีความพิการหรือมีความสูญเสียที่มองเห็นได้ระดับ 2 ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก พบความพิการทางตา ทางมือ ทางเท้า และบางรายมีความพิการซ้ำซ้อนเพราะมีบาดแผลตามร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพและมีรายได้เฉลี่ย 2,000 - 5,000 บาท ต่อเดือนต่อครัวเรือน ร้อยละ 91.67 โดยส่วนใหญ่ไม่ใช้เครื่องช่วยความพิการ เนื่องจากการเข้าถึง การชำรุดและความไม่เหมาะสมของอุปกรณ์เครื่องช่วย ร้อยละ 50.00 ซึ่งอุปกรณ์ประเภทแว่นตา และไม่ทำเป็นอุปกรณ์ที่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนใช้มากที่สุดร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม บางรายมีความรู้สึกถูกตีตรา เช่น ไม่กล้าออกจากบ้าน เนื่องจากอายุผู้คนและสังคมไม่ยอมรับ จากสภาพปัญหาที่สำรวจพบได้นำข้อมูลไปจัดทำแผนฟื้นฟูสภาพและให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นที่เหมาะสม และร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือ

Abstract

This research was a survey research aimed to studying the disability, socio-economic problems and the need for rehabilitation in leprosy victims, 82 cases in Chai Nat province. Screening for disabilities based on 8 questions, found 12 case of leprosy victims. Data were collected during February 1-16, 2560 with the instruments of Raj PrachaSamasai Institute and analyze the data by number and percentage. The results of the study found that the majority of leprosy victims have numbness at hands/feet 91.67%, caused difficulties in walking or up the stairs. In every case, there is a disability or loss that is visible at level 2 according to the definition of the World Health Organization. In addition, there are disabilities in the eyes, hands, feet and some case have a disability redundant because of wounds in the body. Most of the leprosy victims are female, rather than males, over 60 years old, graduated primary and non-occupational 91.67% and average monthly income of family is between 2,000 - 5,000 Baht. 50% of the leprosy victims do not use disability aids because of access, defects and the improper use of assistive devices, by finding that glasses and stave are the most common equipment for leprosy victims. The study also found that the majority of leprosy victims have no restrictions on social participation but some case the feeling was stigmatized such as do not dare leave home because of embarrassment, people and society do not accept. Based on the state of the problem, the information was provided to the rehabilitation plan and provides the necessary support which collaborated with relevant agencies to assist.

กิตติกรรมประกาศ

การประเมินความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคมและความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบ
ปัญหาจากโรคเรื้อนฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงจิตติพร วงศ์ศิริอำนวยการ
ผู้ดำเนินการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ นายแพทย์พิสุทธิ ชื่นจงกลกุล หัวหน้า
กลุ่มพัฒนาวิชาการและนางธิดา นิ้มมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำและ
สนับสนุนการดำเนินงานอย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและจังหวัด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยนาท รวมทั้งผู้ที่ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ครอบครัวและ
ญาติ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการให้ข้อมูล ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ที่มีความสำคัญ
ต่อการสำรวจในครั้งนี้

อนึ่ง ผู้วิจัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษานี้ จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานและเครือข่ายใน
การพัฒนาการดำเนินงานการจัดทำแผนฟื้นฟูสภาพและให้การช่วยเหลือตามความจำเป็นที่เหมาะสม
เพื่อให้ผู้ที่ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้วิจัย

กันยายน 2560

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
กรอบความคิดการวิจัย	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ความรู้เรื่องโรคเรื้อน	5
ความหมายและองค์ประกอบความรู้สึกถูกตีตรา	11
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	13
การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	29
ขั้นตอนการวิจัย	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	29
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	30
การวิเคราะห์ข้อมูล	31
บทที่ 4 ผลการศึกษา	32
ส่วนที่ 1 ผลการคัดกรองความพิการปัญหาเบื้องต้นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	32
ส่วนที่ 2 ผลการสำรวจความสูญเสียหรือผิดปกติผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	33
ส่วนที่ 3 ผลการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	34

	หน้า
ส่วนที่ 4 ผลการประเมินข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	37
ส่วนที่ 5 ผลการประเมินความรู้สึกลูกศรผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	37
ส่วนที่ 6 ผลการประเมินความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหา จากโรคเรื้อน	39
สรุปผลการประเมินแบบบันทึกทั้ง 4 ส่วนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	41
การวางแผนฟื้นฟูสภาพและการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหา จากโรคเรื้อน	43
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	44
สรุปผลการศึกษา	44
อภิปรายผล	45
ข้อเสนอแนะ	47
บรรณานุกรม	48
ภาคผนวก	52
เครื่องมือสำรวจสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน (ชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Assessment: RDA tool kit))	53

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 ปัญหาเบื้องต้นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	32
ตารางที่ 2 ข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	33
ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	34
ตารางที่ 4 ระดับข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	37
ตารางที่ 5 ความรู้สึกถูกตีตราของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	37
ตารางที่ 6 สาเหตุที่ทำให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีความรู้สึกถูกตีตรา	38
ตารางที่ 7 ความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	39
ตารางที่ 8 สรุปผลการประเมินตามแบบบันทึกทั้ง 4 ส่วน	41
ตารางที่ 9 แผนฟื้นฟูสภาพและให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นที่เหมาะสม ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	43

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

หน้า

4

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อน (Leprosy) เป็นโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขในหลายๆ ประเทศ จัดอยู่ในกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรังสำคัญอันดับที่ 29 ที่ต้องรายงานการระบาดเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของโรค (กรมควบคุมโรค, 2552) ในระยะเวลา 30 กว่าปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2518-2555) มีผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนรักษามากกว่า 14 ล้านคนทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษา คิดเป็นอัตราความชุก 0.44 รายต่อประชากรหมื่นคน ต่อมาปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาโรคเรื้อนใน 9 ประเทศทั่วโลก คิดเป็นอัตราความชุกของโรคเฉลี่ย 7 รายต่อประชากรแสนคน (WHO, 2012) สำหรับประเทศไทยแม้จะมีการใช้มาตรการเร่งรัดในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนอย่างเข้มข้นและความก้าวหน้าทางเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนลดลงระดับหนึ่ง ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า มีรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนรักษาปี พ.ศ. 2552-2559 ในโปรแกรม UCHA ของสถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 834 ราย แยกเป็นจังหวัดอุทัยธานี 58 ราย นครสวรรค์ 334 ราย กำแพงเพชร 237 ราย พิจิตร 123 รายและชัยนาท 82 ราย (สถาบันราชประชาสมาสัย, <http://103.40.150.227>, 2559) และจากรายงานของสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2554-2559 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ร้อยละ 58.6 ประเภทเชื้อมากส่งผลต่อการแพร่กระจายโรคในชุมชน ผู้ป่วยรายใหม่มีความพิการเรื้อรัง 2 ร้อยละ 17.2 บ่งบอกถึงความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ ตรวจวินิจฉัยและรักษา และปี พ.ศ. 2556 มีรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 14 ปี) 2 ราย แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงการระบาดของโรค นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 มีรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแรงงานต่างด้าว (พม่า) 2 ราย เป็นผู้ป่วยเชื้อมากชนิด LL ซึ่งอาจสามารถแพร่เชื้อโรคเรื้อนสู่ชุมชนได้ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์, 2559)

โรคเรื้อนเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium leprae* ที่มีการแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คน โดยการไอ จาม และการสัมผัสบริเวณผิวหนังที่เป็นแผล (Lepromatus ulcer) การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายถ้าผู้รับเชื้อมีภูมิคุ้มกันต้านทานปกติจะไม่เกิดอาการของโรค แต่ถ้าผู้รับเชื้อมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคผิดปกติจะทำให้เกิดโรค โดยทั่วไประยะเวลาฟักตัวในชั้นผิวหนังเท่านั้น 2-5 ปี ในกลุ่มการติดเชื้อโรคเรื้อนประเภทเชือน้อย และระยะเวลาฟักตัว 8-12 ปี ในกลุ่มการติดเชื้อโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (กรมควบคุมโรค, 2553) โรคเรื้อนไม่ติดต่อทางพันธุกรรม การรักษาผู้ป่วยประเภทเชือน้อยใช้เวลารักษานาน 6 เดือน และผู้ป่วยประเภทเชื้อมากใช้เวลารักษา 24 เดือน แต่จากการตรวจติดตามเฝ้าระวัง

อุบัติการณ์การกลับเป็นโรคใหม่ โดยติดตามผู้ป่วยภายหลังรับยาครบหลักเกณฑ์เป็นเวลา 8 ปี ถึง 10 ปี พบว่าไม่มีความเสี่ยงของการกลับเป็นโรคซ้ำ แต่มีรอยโรคที่ผิวหนังเพิ่มขึ้น (กรมควบคุมโรค. 2548) โดยเฉพาะปัญหาความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลายจากอาการของภาวะเส้นประสาทอักเสบ เช่น ปวด และกดเจ็บบริเวณเส้นประสาทส่วนปลาย เป็นต้น (กิตติ กิตติอำพน. 2538) เมื่อผู้ป่วยเกิดความพิการขึ้นจะได้รับผลกระทบหลายด้านอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงเกิดผลกระทบต่อประเทศชาติ ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่า โรคเรื้อนมีพยาธิสภาพของผิวหนัง และเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายจนเกิดความพิการลักษณะที่พบบ่อย คือ คั่งงอกยุบ ตาหลับไม่สนิท นิ้วมืองอ ข้อมือตก ข้อเท้าตก

จากความพิการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อนไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามปกติ รวมทั้งสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้สูญเสียสัมพันธภาพที่ดีทางสังคม และการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (โกวิท คัมภีรภาพ. 2553) มีการสะท้อนลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้แก่ ซึมเศร้า หดอ้ายตายอยาก มีปมด้อยในตนเอง หวาดระแวง มีความรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย ขาดการนับถือตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเอง หดกำลังใจจากการถูกกดดันจากสภาพแวดล้อม ครอบครัว และสังคม มีพฤติกรรมก้าวร้าว ประชดตนเอง โดยก่อความวุ่นวาย แสดงตนเปิดเผยในสภาพร่างกายที่พิการ และน่ารังเกียจ จึงนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้รื้อรอยความพิการที่ยังปรากฏอยู่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ เช่น ปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในสังคม อันเนื่องมาจากความรู้สึกคุณค่าในตัวเองที่ลดลง การถูกตีตรา ความรังเกียจ และความรู้สึกด้านลบ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิตใจ และเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (ปริญาญา ไตมานะและระวีวรรณ ศรีสุชาติ. 2548) จนต้องหลบหนีจากชุมชน หรือมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนต่อสังคม จะเห็นได้ว่า นอกจากประสิทธิภาพในการรักษาโรคเรื้อนแล้ว การให้การฟื้นฟูสภาพผู้พิการจากโรคเรื้อนก็เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสภาพการยอมรับและการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง โดยการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว ชุมชน สังคม ในการที่จะฟื้นฟูสภาพความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนให้ครอบคลุมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการประเมินความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในจังหวัดชัยนาท เนื่องจากเบื้องต้น พบว่ามีผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อนที่ไม่ได้รับการสงเคราะห์หลายราย จึงต้องทราบข้อมูลพื้นฐาน สภาพความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รักษาหายแล้ว แต่ยังคงมีความพิการปรากฏอยู่จำนวนไม่น้อย เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนตามความเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาและประเมินความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในจังหวัดชัยนาท
2. เพื่อจัดทำแผนให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในจังหวัดชัยนาท เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 – 16 กุมภาพันธ์ 2560

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนโปรแกรม UCHA ปี 2542-2559 ของสถาบันราชประชาสมาสัย ในจังหวัดชัยนาท จำนวน 82 ราย ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อนที่มีปัญหาในการดำเนินชีวิต จำนวน 12 ราย

ขอบเขตด้านตัวแปร

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย สถานะในบ้าน จำนวนทรัพย์สิน รายได้ หนี้สิน การใช้เครื่องช่วยความพิการ
2. สภาพความพิการ (ระดับ 0 1 2)
3. การสูญเสียหรือผิดปกติของ ตา มือ และเท้า
4. ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในสังคม
5. ความรู้สึกรต่อการถูกตีตรา
6. ความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำข้อมูลมาประกอบการวางแผนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่
2. ทราบข้อมูลปัญหาความพิการทางร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนฟื้นฟูสภาพและให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม
3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ฯลฯ นำข้อมูลไปใช้เพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือตามแผนที่จัดทำขึ้น

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน หมายถึง ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคเรื้อนและได้รับผลกระทบด้านต่างๆ เช่น ร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

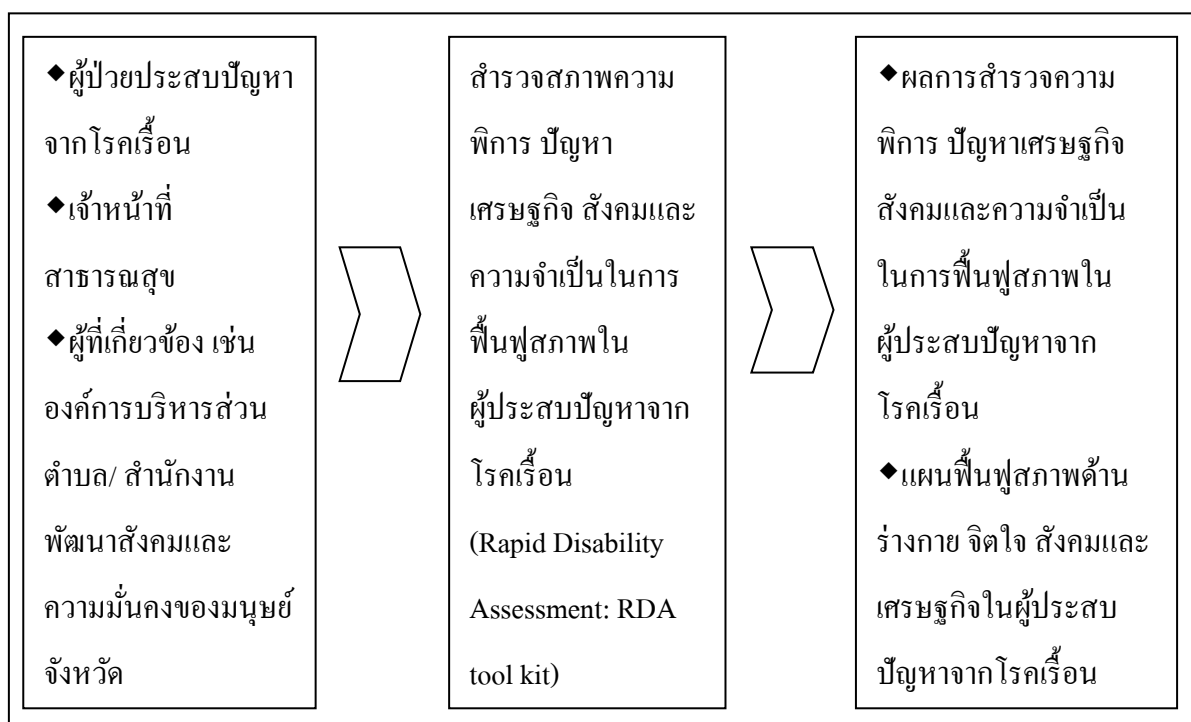
ข้อมูลส่วนบุคคล คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 ภูมิศึกษา จังหวัดชัยนาท ข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกครอบครัว อาชีพ ลักษณะที่อยู่อาศัย สถานะในบ้าน จำนวนทรัพย์สิน รายได้ หนี้สิน และการใช้เครื่องช่วยความพิการ

ข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม หมายถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำงาน การดำเนินชีวิตในบ้าน ชีวิตทางสังคม การเดินทางหรือการเคลื่อนไหว การติดต่อสื่อสาร

ความรู้สึกถูกตีตรา หมายถึง ความรู้สึกต่อการถูกปฏิบัติจากคนอื่นๆ อันเนื่องมาจากการป่วยหรือเคยเป็นโรคเรื้อน เช่น ความรู้สึกว่าการเป็นโรคเรื้อนทำให้คนอื่นเลือกที่จะหลีกเลี่ยงการพบปะพูดคุยกับตนเอง

ความพิการซ้ำซ้อน หมายถึง ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความพิการมากกว่าหนึ่งอย่างในคนเดียว เช่น ตาหัดบไม่สนิทพร้อมกับมือกุด งอ ข้อติด หรือมือและเท้ากุดงอ ข้อติด มีแผล หรือตาหัดบไม่สนิทพร้อมกับมือและเท้ากุด งอ ข้อติด มีแผล

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

บททวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในจังหวัดชัยนาท รายละเอียดของการสำรวจประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การคัดกรองความพิการ การสำรวจข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติของ ตา มือ และเท้า การประเมินข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในสังคม การประเมินความรู้สึกรต่อการถูกตีตราในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และนำข้อมูลมาจัดทำแผนให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน โดยมีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคเรื้อน
2. ความหมายและองค์ประกอบของความรู้สึกรต่อการถูกตีตรา
3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
4. การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เรื่องโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ *Mycobacterium* เมื่อร่างกายมีการติดเชื้อโรคเรื้อนระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะตอบสนองต่อเชื้อโรคบริเวณที่ผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลาย อาการของโรคจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความบกพร่องของภูมิคุ้มกัน โรคที่ผู้รับเชื้อตอบสนองต่อเชื้อโรคและมีโอกาสที่เป็นพาหะของโรคเรื้อน (กรมควบคุมโรค, 2540)

เชื้อ *Mycobacterium leprae* เป็นแบคทีเรียชนิดหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อเมื่อเข้าสู่ผิวหนังบริเวณหลอดเลือดในชั้นผิวหนังแท้จะทำให้เกิดรอยโรคที่ผิวหนัง มีการเจริญแบ่งตัวโดยใช้เวลา 11-14 วัน ทำให้ติดเชื้อในหลอดเลือดและเส้นประสาทส่วนปลาย และมีการแบ่งตัวกระจายอยู่ภายในเซลล์จนกลายเป็นกลุ่มเนื้อเยื่อ ในกลุ่มผู้ที่ได้รับเชื้อที่ร่างกายไม่สามารถทำลายเชื้อได้จะมีการแบ่งตัวของเชื้อเพิ่มใหม่ เกิดการพืัควัวในชั้นผิวหนังแท้ เชื้อมีการแบ่งตัวอยู่ภายในเซลล์โดยเฉพาะในเซลล์ประสาทส่วนปลายเชื้อจะก่อโรคโดยเข้าสู่บริเวณกระแสเลือด และเส้นประสาทในชั้นผิวหนังส่วนกลาง มีการสะสมบริเวณผิวหนังส่วนต่างๆ ต่อมเหงื่อ และอวัยวะภายในต่างๆ เมื่อเซลล์หลุดออกสะสมโดยรอบเส้นเลือด และเส้นประสาทในผิวหนังจนเกิดเป็นกลุ่มเซลล์ขนาดใหญ่ และขยายแตกซึ่มแผ่ขนาดกระจายออกระหว่างกลุ่มเนื้อเยื่อของผิวหนังเป็นปุ่มนอกร (Spur) ออกไปตามข้างๆ โดยรอบของกลุ่มเซลล์ขนาดใหญ่มากขึ้น

ในระยะแรกที่ยังมีการลุกลามกำเริบ ลักษณะเฉพาะของกลุ่มเซลล์ขนาดใหญ่จะเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดโรคเรื้อนชนิด Tuberculoid หรือชนิด Lepromatous จนเกิดรอยโรคผิวหนังที่ชั้นหนังกำพร้าทำให้ผิวหนังเปลี่ยนแปลง สีเข้มสม่ำเสมอ ในระยะที่เชื้อยังมีชีวิตที่พบในผู้ที่ได้รับเชื้อจนเกิดรอยโรคที่ยังไม่ได้รับยาเคมีบำบัดจะตรวจพบว่า เชื้อติดสีสม่ำเสมอเป็นแท่งโค้งยาว (Solid form) ขนาดยาว 2-7 ไมครอนและกว้าง 0.3-0.4 ไมครอน แต่เมื่อได้รับยาเคมีบำบัดหรือเสื่อมสลายตายลงเชื้อจะติดสีไม่สม่ำเสมอ โดยอาจแตกเป็นท่อน (Beaded or Fragmented form) และในที่สุดจะป่นเป็นผง (Granular or Dusty form) การที่ผู้ติดเชื้อจะป่วยเป็นโรคหรือไม่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (Cell mediated immunity) ต่อเชื้อโรคเรื้อน (ธีระ รามสูตร. 2535) จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีโอกาสรับเชื้อมานานเกิน 1 ปี เช่น ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วย พบอัตราการติดเชื้อประมาณร้อยละ 50 ในขณะที่เดียวกันการศึกษาด้านการก่อโรคโดยติดตามตรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย พบว่า มีอัตราการป่วยเป็นโรคเรื้อนเพียงร้อยละ 5.8

อาการและอาการแสดงของโรคเรื้อน

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคเรื้อนแล้วจะมีอาการและอาการแสดง ดังนี้ (โกวิท คัมภีรภาพ. 2553)

1. กระจกตาดำชา ตาหลับไม่ลง (Lagophthalmos) แผลทะลุที่กระจกตา (Perforating corneal ulcer) และเกิดการติดเชื้อข้างของตาได้ ทำให้เกิดนัยน์ตาอักเสบ (Pahophthalmitis) ส่งผลให้ตาบอดได้
2. อาการชา มีวงดำขาว ไม่มีอาการคัน มีตุ่ม และผื่นวงแดงราบหรือนูนแดง เกิดจากเชื้อก่อโรคทำลายเส้นประสาทรับความรู้สึก ซึ่งพบได้บริเวณรอยโรคที่ผิวหนังบริเวณ ฝ่ามือ ฝ่าเท้า
3. ผิวหนังแห้ง เหงื่อไม่ออก เกิดจากเชื้อก่อโรคที่เส้นประสาทอัตโนมัติ
4. กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเป็นอัมพาต เกิดจากเชื้อที่ก่อโรคมีการขัดขวางการทำงานของเส้นประสาทของกล้ามเนื้อลาย จนทำให้กล้ามเนื้อบริเวณ ฝ่ามือ ฝ่าเท้า และข้างๆ น่องลีบจนเกิดอัมพาต นิ้วงอ หยิบจับอะไรไม่ได้ ข้อมือตก เดินเท้าตก หลังตาไม่สนิท รวมทั้งเส้นเลือดตีบจากเส้นประสาทอักเสบระหว่างเกิดอาการเห่อทำให้เลือดมาเลี้ยงกระดูกไม่เพียงพอ
5. เยื่อจมูกบวม คัดจมูก มีแผลในจมูก มีเลือดกำเดา เป็นหนอง ทำให้เกิดดั้งจมูกยุบเป็นรูโหว่ (Collapsed nose) การรับกลิ่นเสียไป
6. เส้นประสาทโต เมื่อเส้นประสาทถูกทำลายจะขยายใหญ่สุด คลำได้ง่าย ตรวจพบบริเวณเส้นประสาทข้างข้อศอก (Ulnar nerve) เส้นประสาทใต้เข่าด้านใน (Tibial nerve) เส้นประสาทข้อพับด้านนอก (Peroneal nerve) และเส้นประสาทข้างคอ (Great suricular nerve)

7. กล่องเสียงบวมอักเสบ ต่อมาการอักเสบลุกลามได้เชื่อมเข้าสู่กล่องเสียงทำให้กล่องเสียงบวม และหนาจากมี Fibrous tissue เข้ามาแทนที่ ทำให้เกิดเสียงแหบ เพดานปาก และลิ้นแตกเป็นแผล

8. สูญเสียการได้ยิน เนื่องจากการทำลายเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 จากการลุกลามของเชื้อโรคจากทางเดินหายใจส่วนบน พบว่ามีอาการหูหนวกในกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 62 (โกวิท คัมภีรภาพ, 2553)

9. อัณฑะอักเสบ (Orchitis) จนในที่สุดจะเกิดการฝ่อของอัณฑะ (Atrophy) เต้านมโตทั้งสองข้างในผู้ชาย (Gynecomastia) มักพบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด Lepromatous

การวินิจฉัยโรคเรื้อน

การวินิจฉัยโรคเรื้อน (กรมควบคุมโรค, 2553) สามารถทำได้จากการมีประวัติสัมผัสเชื้อ การตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจากผิวหนัง ใช้เกณฑ์จากลักษณะอาการแสดง ได้แก่ ตรวจพบรอยโรคที่มีลักษณะเฉพาะของเชื้อโรคเรื้อน มีอาการชาที่รอยโรค หรือผิวหนังที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลาย เช่น ฝ่ามือ ฝ่าเท้า เส้นประสาทโต ตรวจพบเชื้อ *Mycobacterium leprae* จากผิวหนัง หากพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 อาการจาก 3 อาการ หรือการตรวจพบรอยโรคผิวหนัง มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อนหรือตรวจพบเชื้อรูปแท่งดัดสีทนกรด (Acid fast bacilli) จากการก๊อปปี้ผิวหนัง ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน นอกจากนี้การตรวจพบอาการชาที่รอยโรคที่ผิวหนังจะต้องใช้ควบคู่กับอาการแสดงรอยโรคที่ผิวหนัง และอาการชาที่ผิวหนังบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายโดยเชื้อโรคเรื้อนจะต้องใช้ควบคู่กับการตรวจพบเส้นประสาทโต

การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน

การจำแนกชนิดของโรคเรื้อนมีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ทางระบาดวิทยา การวางแผนการรักษา และการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความพิการ ซึ่งจำแนกตามภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคเรื้อนของผู้ป่วย ลักษณะการกระจายของรอยโรคที่ผิวหนังร่วมกับผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในทางปฏิบัติเพื่อให้การจำแนกลักษณะทางคลินิกง่ายขึ้น จึงจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 6 ชนิด ดังนี้ (โกวิท คัมภีรภาพ, 2554)

1. Indeterminate leprosy (I) เป็นโรคเรื้อนระยะต้นผู้ป่วยระยะนี้จะหายได้เอง จะมีอาการชาหรือไม่ชาก็ได้ ตรวจไม่พบเชื้อ มีการตรวจยืนยันโดยการตัดชิ้นเนื้อเส้นประสาทไปตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

2. Tuberculoid leprosy (TT) เป็นโรคเรื้อนที่ตรวจพบ CMI สูง มีรอยโรคทางผิวหนังเฉพาะที่ขอบชัดเจน ผิวมันแห้ง ชาชัดเจน ขนร่วง ตรวจพบเส้นประสาทโต 1 แห่ง มีการตรวจพบเชื่อน้อยหรือไม่พบเชื้อ มีโอกาสหายได้เอง ร้อยละ 50

3. Borderline tuberculoid leprosy (BT) เป็นโรคเรื้อรังที่มีภูมิคุ้มกันสูง ตรวจไม่พบเชื้อหรือตรวจพบเชื้อ ร้อยละ 50 แห่ง ตรวจพบเส้นประสาทโต 1-2 แห่ง ขอบคันชัด หรือ หลายคันอาจมีขนาดใหญ่ มากกว่า 10 เซนติเมตร อาจตรวจพบมีรอยโรคจำนวน 1-5 แห่ง

4. Borderline borderline leprosy (BB) เป็นโรคเรื้อรังที่มีภูมิคุ้มกันไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงได้ง่าย แต่โรคไม่หายเอง มีโอกาสพบเชื้อชนิดนี้ได้บ่อย มีรอยโรคที่ผิวหนังขนาดใหญ่ ตรวจพบคันกระจายทั่วตัว มีอาการชาเล็กน้อย ตรวจพบเส้นประสาทโตหลายเส้น มักตรวจพบเชื้อที่เป็นบวก 2-3 แห่ง

5. Borderline lepromatous leprosy (BL) เป็นโรคเรื้อรังมีภูมิคุ้มกันต่ำไม่สามารถควบคุมการแพร่กระจายเชื้อทั่วร่างกาย จนทำให้เกิดการทำลายที่ปลายประสาท มีรอยโรคที่ผิวหนังขนาดใหญ่ จำนวนมาก ผื่นมักแดงเป็นมัน ไม่ชา ตรวจพบเส้นประสาทโตและมีการสูญเสียหน้าที่หลายเส้น ตรวจพบเชื้อที่เป็นบวก 3-4 แห่ง

6. Lepromatous (LL) เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีภูมิคุ้มกันของเชื้อ มีรอยโรคที่ชัดเจน พบผื่นนูนเป็นมัน ไม่มีขอบโรคที่ชัดเจนทำให้เห็นหูที่หนา หน้าสิงโต ขนคิ้วร่วง ขนดาร์ร่วง นิ้วมือบวม มีเส้นประสาทโต มีการทำลายปลายประสาท มีมือชาเท้าชาลามขึ้นไปที่ศอกและเข่า ตรวจพบเชื้อที่เป็นบวก 5-6 แห่ง

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง

ในระหว่างการรักษาหรือการที่ได้รับการรักษาครบตามกำหนดแล้ว การที่มีเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลายอาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อน (โกวิท คัมภีรภาพ. 2553) ดังนี้

1. ภาวะเหื่อ (Reaction) เป็นการอักเสบอย่างเฉียบพลัน เกิดขึ้นเนื่องจากปฏิกิริยาของระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยต่อเชื้อโรคเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดภาวะเหื่อ ร้อยละ 65 อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะกำเริบทั้งในระยะก่อนรักษา หรือขณะกำลังได้รับการรักษา ภาวะเหื่อจำแนกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1.1 ภาวะโรคเหื่อชนิดผื่นแดง (Reversal Reaction: RR) พบมากในผู้ป่วยชนิด Borderline (BB) อาการจะมีผื่นผิวหนังเดิมอักเสบ บวมแดง คอเจ็บ มักมีเส้นประสาทอักเสบถ้าเป็นมาก อาจทำให้เกิดความพิการ

1.2 ภาวะโรคเหื่อชนิดตุ่มอักเสบ (Erythema Nodosum Leprosum: ENL) พบมากในผู้ป่วยชนิด Lepromatous (LL) อาการจะมีตุ่มใหญ่ ลักษณะแดงอักเสบ กดเจ็บที่ใบหน้า แขน ขา ลำตัว ถ้าเป็นมาก ตุ่มอาจจะแตกเป็นแผล เส้นประสาทอักเสบ อาจมีไข้ ปวดข้อ ตาอักเสบ อัมพาตอักเสบ การรักษาภาวะโรคเหื่อ ทั้ง 2 ชนิด จะคล้ายกัน คือ ไม่ต้องหยุดยารักษาโรคเรื้อรัง ถ้าเป็นน้อยให้ยาแก้ปวด เช่น พักการ

ใช้งานของแขนหรือขาที่มีอาการเส้นประสาทอักเสบ ถ้ามีอาการรุนแรงให้การรักษาด้วย Prednisolone จนกว่าอาการทางผิวหนัง และเส้นประสาทจะดีขึ้นจึงค่อยลดขนาดยาลงช้าๆ

2. ความพิการ เป็นอาการที่เกิดจากเชื้อโรคเรื้อนทำลายเส้นประสาทให้สูญเสียหน้าที่อวัยวะที่อาจเกิดความพิการ คือ ใบหน้า ตา มือ และเท้า โดยมีการแบ่งระดับความพิการสำหรับ ผู้ป่วยโรคเรื้อน ดังนี้

2.1 ความพิการระดับ 0 มีการตรวจพบ หนองตา/ตาปกติ สายตาคมัว รูปร่างปกติ ฝ่ามือไม่ขรุขระรูปร่างปกติ และฝ่าเท้าไม่ชา

2.2 ความพิการระดับ 1 มีการตรวจพบกระจกตาขุ่น สายตาคมัวไม่มาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรได้ถูกต้อง วัดสายตาได้ 6/60 หรือดีกว่า) มือและเท้ามีรูปร่างปกติ ฝ่ามือชา ผิวหนังแห้ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง

2.3 ความพิการระดับ 2 มีการตรวจพบ จมูกยุบ ขนคิ้วร่วง หูยาน และอัมพาตบริเวณใบหน้า ปากเบี้ยว การหลับตาไม่สนิท ม่านตาอักเสบ กระจกตาเป็นฝ้าขุ่นสายตาคมัวมาก (นับนิ้วที่ระยะ 6 เมตรไม่ได้ วัดสายตาได้น้อยกว่า 6/60) หลังจากนั้นมีการผิดรูปที่อวัยวะนั้นๆ เช่น ความพิการที่มือได้แก่ นิ้วงอ ข้อติดแข็ง กระดูกหลุดสัน มีแผล นิ้วงอเหยียดไม่ออก กล้ามเนื้อที่หลังมือลีบ ข้อมือตกร ความพิการที่เท้า ได้แก่ ฝ่าเท้าชา นิ้วเท้างอ หลังเท้าชา เท้าตก รูปร่างผิดปกติ นิ้วงอ ข้อติดแข็ง กระดูกหลุดสันมีแผล เดินเท้าตก

การรักษาโรคเรื้อน

ในปัจจุบันมาตรฐานการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นแนวทางการรักษาที่เป็นทางเลือกแรก เรียกว่า Multidrug regimens หมายถึง การใช้ยารับประทานหลายชนิดร่วมกันในการเร่งทำลายเชื้อ และป้องกันการดื้อยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด วิธีการรักษาโรคเรื้อนแบ่งตามชนิดของโรค เป็น 2 ประเภท ซึ่งคัดแปลงมาจากองค์การอนามัยโลก โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้ (กรมควบคุมโรค, 2553)

1. โรคเรื้อนชนิดเชืื่อน้อย รักษาโดยการรับประทานยาเดือนละครั้ง ได้แก่ ยา Rifampicin ขนาด 600 มิลลิกรัม และร่วมกับการรับประทานยา Dapsone ขนาด 100 มิลลิกรัม โดยรับประทานยาคิดต่อกันทุกวัน ใช้ระยะเวลาการรักษา 6 เดือน เมื่อหยุดยามีการติดตามหลังหยุดยาซึ่งเป็นการเฝ้าระวังโดยการตรวจร่างกายปี ละ 1-2 ครั้ง เป็นเวลา 3 ปี หากตรวจพบเชื้อต้องให้การรักษาต่อไปจนโรคไม่กำเริบ และตรวจไม่พบเชื้อจึงจำหน่ายจากการควบคุมโรค

2. โรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก รักษาโดยการรับประทานยาเดือนละครั้ง ได้แก่ ยา Rifampicin ขนาด 600 มิลลิกรัม และ Clofazimine ขนาด 300 มิลลิกรัม ร่วมกับการรับประทานยา Dapsone ขนาด 100 มิลลิกรัม และ Clofazimine ขนาด 50 มิลลิกรัมต่อวัน โดยรับประทานยาคิดต่อกันทุกวันหรือยา Clofazimine ขนาด

100 มิลลิกรัม รับประทานวันเว้นวัน ใช้ระยะเวลารักษาน้อย 2 ปี เมื่อหยุดยา มีการติดตามหลังหยุดยา โดยการตรวจร่างกายปีละ 1-2 ครั้ง เป็นเวลา 5-9 ปี หากตรวจพบเชื้อ ต้องให้การรักษาต่อไปจนโรคไม่กำเริบ และตรวจไม่พบเชื้อจึงจำหน่ายผู้ป่วยจากการรักษา

ผลกระทบของโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข เป็นโรคติดต่อที่มีการเกิดโรคอย่างช้าๆ ทำให้เกิดการระบาดของโรคในกลุ่มผู้ที่สัมผัสเชื้อ การค้นหาผู้ป่วยใหม่ให้ได้รับการรักษาเพื่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจึงเป็นสิ่งจำเป็น การได้รับการรักษาที่รวดเร็ว การป้องกันความพิการ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเมื่อเป็นโรคเรื้อนแล้วจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในส่วนต่างๆ ที่ได้รับเชื้อทำให้เกิดการอักเสบเฉียบพลัน ตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดรอยโรคจนในที่สุดเกิดความพิการที่พบบ่อยได้แก่ ตา มือ เท้า จึงเป็นปัญหาหลายด้านอย่างไม่มีที่สิ้นสุดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงเกิดผลกระทบต่อประเทศชาติด้วย มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านร่างกาย โรคเรื้อนเกิดขึ้นเนื่องจากมีพยาธิสภาพของเส้นประสาทส่วนปลายอักเสบจึงพบรอยโรคทางระบบประสาท มีอาการชาบริเวณใบหน้า มือ เท้า อ่อนกำลัง ลิบ เส้นประสาทอัตโนมัติถูกทำลาย ทำให้เหงื่อไม่ออก ผิวหนังแห้ง ขนร่วง เส้นเลือดดำตีบ ทำให้มือ เท้า บวม แผลหายช้า หลอดเลือดแดงตีบเลือดไปเลี้ยงที่ปลายมือปลายเท้าไม่พอ ผิวหนังแห้ง ดำน แฉก และเป็นแผลเนื้องตาย ทำให้เกิดอาการที่เห็นชัดเจน ลักษณะที่พบบ่อยคือ นิ้วมืองอ ข้อมือตก ข้อเท้าตก ดังงูมกยุบ ตาหลับไม่สนิท (WHO, 1997) กล่องเสียงอักเสบ และเสียงแหบ ส่งผลให้มีความพิการที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พบว่า เมื่อเกิดความพิการที่มือมาก เช่น นิ้วมืองอ ทำให้ความสามารถในการหยิบสิ่งต่างๆ ทำได้ยากลำบาก จากความพิการที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามปกติ ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนพบจากการเปลี่ยนแปลงบริเวณใบหน้าทีกล้ายสิงโต ดังงูมกยุบ ตาหลับไม่สนิท มีความหนาแน่นของกระดูกข้อเท้าลดลง และเกิดภาวะกระดูกสันหลังยุบ มีแผลเรื้อรังได้ฝ่าเท้า คิดเป็นร้อยละ 35 ผู้ป่วยโรคเรื้อนบางรายต้องเข้ารับการผ่าตัดชนิดตัดขาได้เข้า คิดเป็นร้อยละ 63

2. ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม จากภาวะของร่างกายที่มีการติดเชื้อที่เรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีความพิการทำให้เสียภาพลักษณ์ สูญเสียโอกาสในชีวิต ต้องแยกตัวจากสังคม และสูญเสียสัมพันธภาพที่ดีทางสังคม จากความพิการทำให้การเดินทางไปติดต่อกับญาติหรือเพื่อนบ้านเป็นไปได้ยากลำบาก ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นหัวหน้าครอบครัวเมื่อต้องเข้ารับการรักษารักษาการผ่าตัดแก้ไขความพิการจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานหลายเดือน ทำให้ต้องสูญเสียบทบาททางสังคม ตลอดจนการใช้ชีวิตประจำวันและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปได้แก่ การมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระหว่างการรักษา ทำให้ผู้ป่วย

โรคเรื้อนขาดความมั่นใจในตนเอง มีผลทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น การที่ต้องแยกจากครอบครัวเป็นเวลาหลายเดือนมีความรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย (กรมควบคุมโรค, 2553)

3. ผลกระทบด้านสังคม และเศรษฐกิจ รัฐบาลต้องสูญเสียรายจ่ายในการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การตรวจและป้องกันความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนในด้านต่างๆ เช่น จัดหาอุปกรณ์เสริม/เทียม และเครื่องช่วยที่เหมาะสมกับความพิการ การช่วยเหลือค่าพาหนะกลับบ้านแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน การกายภาพบำบัด การบริการปัญหาที่เท่าแบบครบวงจร การจัดหาทุนการศึกษาแก่นักเรียนผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์หรือนิคมในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อน และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม (กรมควบคุมโรค, 2553)

ความหมายและองค์ประกอบของความรู้สึกถูกตีตรา

Erving Goffman (1963) นักวิจัยที่บุกเบิกแนวคิดนี้อธิบายไว้ว่า การตีตราคือ “ลักษณะที่บุคคลเสื่อมเสียชื่อเสียงอย่างยิ่งและลดทอนคนปกติให้กลายเป็นคนที่มีมลทิน หมดคุณค่า” การตีตราเป็นความสัมพันธ์ระหว่าง การอ้างเหตุผล (attribute) กับภาพตายตัว (stereotype) กล่าวคือ การตีตราทางสังคมเป็นการประทับตราให้กับบุคคลด้วยลักษณะต่างๆ ซึ่งทำให้บุคคลมีลักษณะไม่เป็นที่ต้องการหรือมีภาพตายตัวที่สังคมรังเกียจ

การตีตราสัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับการรังเกียจเฉียดฉ้นท์ ธรรมชาติของการรังเกียจเฉียดฉ้นท์มาจากการคิดของคนในการมองเรื่องความปกติ/ไม่ปกติ ความบริสุทธิ์/มลทิน ในทางสังคมวัฒนธรรมเวลาที่เรเห็นสิ่งที่ไม่ดีหรือความไม่ปกติหรือมลทิน มักจะเกิดการรังเกียจเฉียดฉ้นท์ตามมา ซึ่งลักษณะใหญ่ๆของการรังเกียจเฉียดฉ้นท์จะเกี่ยวข้องกับ (Mitchell G.Welss, 2006)

1. การผิรูปร่างของอวัยวะและร่างกายเช่น ผู้พิการ เป็นต้น
2. ลักษณะเฉพาะตัวด้านลบหรือความต่างพร้อยที่เป็นมลทินของบุคคล เช่น การติดแอลกอฮอล์ ดินยา การว่างงาน เป็นต้น
3. ลักษณะของเผ่าพันธุ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ เชื้อชาติ ศาสนา เพศ เป็นต้น

Van Brakel WH (2006) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเรื่องการวัดทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการตีตราหรือการรังเกียจ โดยให้คำนิยามเรื่องการตีตรา/การรังเกียจ (Stigma) ว่าหมายถึง

1. กระบวนการทางสังคมที่ประกอบด้วยเรื่องของ การตีตรา การมีลักษณะตายตัวเฉพาะกลุ่ม (Stereotyping) การแบ่งแยก การสูญเสียสถานภาพและการถูกเลือกปฏิบัติ

2. กระบวนการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การแยกหรือถูกกันออกมาของบุคคล การปฏิเสธ การตำหนิหรือการไม่เห็นคุณค่า ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลที่มาจากประสบการณ์หรือการตัดสินใจทางสังคมไปในทางตรงกันข้ามของกลุ่มหรือบุคคล การรังเกียจที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพนี้ การถูกตัดสินขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานของปัญหาสุขภาพ หรือเงื่อนไขทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (Weiss and Ramkrishna, 2001)

การตีตราหรือการรังเกียจนี้เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง เช่น HIV/AIDS โรคเรื้อน วัณโรค โรคจิตเวช และโรคลมชัก ซึ่งสิ่งนี้เป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ทั่วโลกและ ส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อบุคคลและครอบครัวของผู้ที่เป็นโรค จึงต้องการที่จะเปรียบเทียบการวัดการรังเกียจในสาขาวิชาต่างๆ โดยการทบทวนวรรณกรรมจากผลงาน 63 เรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการรังเกียจและการสร้างเครื่องมือและอีก 5 เรื่องจากผลงานที่ไม่ได้ตีพิมพ์ ลักษณะทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรังเกียจที่เคยใช้สำหรับการประเมิน สามารถแบ่งกลุ่มได้ 5 ลักษณะ คือ (1) ประสบการณ์ของการถูกเลือกปฏิบัติโดยตรงหรือข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม (2) ทศนคติที่มีต่อผู้ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรค (3) การรับรู้หรือการรู้สึกถึงความรังเกียจ (perceived or felt stigma) (4) การตีตรา/รังเกียจที่เกิดขึ้นภายในจิตใจตนเอง (internalized stigma) (5) การแบ่งแยก/เลือกปฏิบัติและการแสดงออกของความรังเกียจในบริการทางสุขภาพ การออกกฎหมาย สื่อและตำราหรืออุปกรณ์ทางการศึกษา เรียนรู้ ในการทบทวนวรรณกรรมนี้ได้รวบรวมงานต่างๆ ที่แบบสอบถามหรือเครื่องมือในการเก็บข้อมูล มีวิธีการวิจัยที่แตกต่างกันและนำมาแสดงเปรียบเทียบจุดมุ่งหมายของการประเมินเรื่องการรังเกียจนี้ เพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับการรังเกียจ ปัจจัยต่างๆ และกระบวนการให้มากขึ้น ข้อสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ ได้แก่ (1) ผลที่ตามมาของการรังเกียจเป็นที่น่าสนใจกว่ามีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกันในเงื่อนไขสภาวะของโรค วัฒนธรรมและโครงการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน (2) เครื่องมือหรือแบบสอบถามทั้งหลายพัฒนามาเพื่อประเมินความเข้มข้นและคุณภาพของการรังเกียจแต่บ่อยครั้งที่เป็นการเงื่อนไขที่เฉพาะเจาะจง (3) การพัฒนาเครื่องมือเพื่อที่จะประเมินภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรังเกียจนี้นั้นอาจเป็นไปได้ มีเพียงเครื่องมือเดียวที่เป็น Stigma scale ได้มาจาก EMOC : Explanatory Model Interview Catalogue ซึ่งเป็นแบบวัดที่เคยใช้ในการวัดทัศนคติและการรับรู้ของสภาวะสุขภาพ ส่วน The ENIC stigma scale ครอบคลุมเพียงบางส่วนของชีวิตที่อาจจะได้รับผลกระทบเรื่องการรังเกียจ เช่น การปกปิด การหลีกเลี่ยง การอาย การยอมรับนับถือและการแต่งงาน เป็นต้น ซึ่งจุดแข็งของเครื่องมือนี้คือเข้าใจง่าย สำหรับเครื่องมือหรือแบบสอบถามในโรคเรื้อนที่ผ่านมา มีหลายการศึกษาที่ทำการประเมินเรื่องทัศนคติที่มีต่อผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนซึ่งมีเพียง 2 แบบสอบถามที่พัฒนามา แต่ทั้งสองก็ไม่ใช่วัดเรื่องการรังเกียจโดยเฉพาะ จากนั้นก็มี Anandaraj's Dehabilitation Scale ซึ่งมี 52 ข้อคำถาม

ครอบคลุมเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว การประกอบอาชีพ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการนับถือตนเอง มีการศึกษาหนึ่งที่ไม่ได้ตีพิมพ์นำเครื่องมือนี้ไปใช้ และเมื่อเร็ว ๆ นี้ แบบวัด Participation scale ก็ได้พัฒนาเพื่อวัดผลของการรังเกียจร่วมกับปัจจัยอื่นในเรื่องของการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างเห็นได้ชัดในระบบการบริการทางสุขภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของคน เพราะไม่ว่าใครก็ตามที่เกิดมาต่างมุ่งหวังที่จะให้ชีวิตของตนมีคุณค่ามากที่สุด ในแนวที่ตนปรารถนาทั้งสิ้น แม้กระทั่งผู้เจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความเครียดอันเนื่องมาจากโรคภัยไข้เจ็บ ผู้ป่วยจะพยายามปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งริดา นัมมา (2559) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรสอาชีพ การมีส่วนร่วมในชุมชนและการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิและผลประโยชน์ของผู้พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรในทีมสุขภาพเริ่มตระหนักและให้ความสนใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อที่ว่า คุณค่าของการพยาบาลผู้ป่วยมิใช่ตัดสินเฉพาะการรอดชีวิต หรือการมีชีวิตยืนยาวต่อไปของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังคงขึ้นอยู่กับคุณภาพของชีวิตที่เหลืออยู่รอดนั้นด้วย นอกจากนี้ยังมีการพิจารณาและกำหนดเอาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ทำให้บทบาทของการดูแลรักษาผู้ป่วยขยายวงกว้างออกไปอีกมากมาย นั่นก็คือ การประสบผลสำเร็จในการดูแลคนแบบองค์รวม (Holistic care) โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ดูบอส (Dubos, 1976) ที่ว่าในทางทฤษฎีบทบาทของทีมสุขภาพมีเพียงป้องกันหรือแก้ไขความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ แต่ในทางปฏิบัติบทบาทนี้ได้ขยายไปในหลายแง่หลายมุมของชีวิต โดยความจริงแล้ววิชาชีพทางการแพทย์ การพยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละบุคคล และชุมชนทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งไม่เพียงกระทำผ่านทาง การรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังผ่านทางการสร้างสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นนอกจากนั้น โฮมส์ (Holmes, 1985) กล่าวว่า การให้ความสนใจในคุณภาพชีวิตและการคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในบทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับชีวิตประจำวันที่ทำทนาย การให้การพยาบาลเกี่ยวข้องกับการดูแลทางด้านร่างกายและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง คุณภาพของการดูแลจึงต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง นั่นคือ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นเป้าหมายที่แท้จริงของการให้บริการทางสุขภาพในปัจจุบัน

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวความคิด และวัตถุประสงค์การศึกษาในแต่ละเรื่อง ซึ่งในปัจจุบันการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านวัตถุพิสัย (Objective) และด้านจิตพิสัย (Subjective) (Unesco, 1960) การประเมินด้านวัตถุพิสัยจะศึกษาบนพื้นฐานของข้อมูลทางด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้หรือวัดได้ ซึ่งส่วนมากจะเป็นสถิติของทางราชการ ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และข้อมูลทางด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนการประเมินทางด้านจิตพิสัยนั้นเป็นการศึกษาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานทางด้านจิตวิทยา โดยสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต โดยเชื่อว่าความรู้สึกนึกคิดของประชาชนนั้นมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้วย ซึ่งในระยะแรกๆการประเมินคุณภาพชีวิตได้ศึกษาเฉพาะด้านวัตถุพิสัยเพียงด้านเดียว แต่ระยะต่อมาการศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุพิสัยเพียงอย่างเดียวไม่สามารถครอบคลุมความรู้สึกอยู่ดีมีสุขของประชาชนได้อย่างแท้จริง นักวิชาการจึงหันมาสนใจการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านจิตพิสัย ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานการรับรู้สภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตรวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต โดยประชาชนเป็นผู้ประเมินด้วย อย่างไรก็ตามมีแนวความคิดหนึ่งที่สอดคล้องกัน คือ ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นมิติที่สำคัญที่สุดและถือว่าเป็นบารอมิเตอร์การประเมินคุณภาพชีวิต แคมป์เบลและคณะ (Campbell, et al. 1976) รายงานว่า ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไป แต่ละบุคคลจะตอบโดยใช้คำว่า ความพึงพอใจในชีวิต เมื่อถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเขา จึงได้มีการใช้ความพึงพอใจในชีวิตเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตกันอย่างกว้างขวางทั้งในภาวะสุขภาพดี และภาวะของ การเจ็บป่วย โดยมีแนวความคิดว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นการปรับตัวทางจิตสังคมที่สำคัญ บรูกฮาร์ดท์ (Bruckhardt, 1982) เพิ่มเติมว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นส่วนประกอบทางอารมณ์ของทัศนคติส่วนบุคคลที่มีต่อชีวิตของตน และอาจแสดงถึงผลสะท้อนของความรู้สึกของเขาเกี่ยวกับอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยสะท้อนถึงระดับของความสัมพันธ์ระหว่างความหวังแรกเริ่ม เป้าหมายและความสำเร็จของเขา ซึ่งในทัศนะของการประเมินคุณภาพชีวิตมีผู้กล่าวถึงในหลายลักษณะด้วยกัน เช่น

สตรอมเบอร์ก (Stromberg, 1984) ได้ให้ทัศนะการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้

3 ลักษณะ คือ

1.การประเมินเชิงวัตถุพิสัย วัดเป็นปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data)

เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือนุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตพิสัย วัดเป็นปริมาณ (Subjective quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ปวยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตพิสัย วัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ปวยเอง ผลการประเมินออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ปวยเป็นอยู่

จากแนวคิดของการประเมินคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาแล้ว พอจะสรุปโดยพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิตได้ ดังนี้

1. การประเมินโดยพิจารณาว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียวซึ่งนิยามกันมากในการศึกษาเดิม บุคคลจะประเมินคุณภาพของตนโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ถือเป็นการประเมินที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ สมจิต หนูเจริญกุล (2553) กล่าวว่าบุคคลสามารถสรุปคุณภาพชีวิตทั้งหมด โดยยึดการมองความปกติสุขของเขา ซึ่งเป็นการสะท้อนของจิตพิสัยของความจริงที่เขาเป็นหรือประสบอยู่

2. การประเมินโดยมีทฤษฎีว่า คุณภาพชีวิตมีโครงสร้างหลายมิติ การศึกษาวิจัยตามแนวทางประเมินนี้เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ.1957 โดยได้มีการศึกษาเพื่ออธิบายถึงการรับรู้ความสุข ความพึงพอใจ และความปกติสุขทางด้านจิตใจ ก็มุ่งเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนชาวอเมริกัน พบว่า การจัดอันดับความสุข (Happiness rating) ของตนเองเป็นการวัดทางจิตพิสัยของการปรับตัวที่เชื่อถือได้ และในปี ค.ศ. 1965 นักวิจัยได้มุ่งให้ความสนใจในการตอบสนองการรับรู้เกี่ยวกับความสุข ของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าการจัดอันดับ หรือการให้คะแนนโดยผู้อื่นที่มีความความชำนาญ แคมป์เบลและคณะ (Campbell, et al. 1976) ได้ให้ความเห็นว่า การวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้เรื่องต่างๆ (Domains) สามารถกำหนด หรือเตรียมข้อมูลสำหรับคุณภาพชีวิตได้มากกว่า ไม่เพียงแต่ช่วยให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต แต่ยังสามารถช่วยให้นักสังคมศาสตร์วางแผนคัดแปลงส่วนประกอบเหล่านั้นไปในรูปแบบนโยบายทางสังคม ซึ่งยังไม่มีผลกระทบที่แน่นอนเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ที่แท้จริงของชีวิตว่า ควรจะรวมอะไรบ้างให้อยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิต แต่ก็ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตไว้บ้างพอสมควร ดังนี้

เคนเนดี และคณะ (Kennedy, et al. 1978) ศึกษาพบว่า มี 6 มิติที่มีความสำคัญต่อสุขภาวะ (Well-being) ได้แก่ มิติด้านเศรษฐกิจ มาตรฐานการครองชีพ สภาพทางการเงิน ด้านสุขภาพ ด้านที่อยู่อาศัย รวมทั้งความปลอดภัย ชีวิตครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน การพักผ่อนหย่อนใจและการประเมินการศึกษาของบุตร

แคมป์เบล และคณะ (Campbel, et al. 1976) พบว่าคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกัน อธิบายได้จากโครงสร้าง 5 มิติ คือ ความปกติสุขทางด้านร่างกายและพฤติกรรมสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ กิจกรรมทางสังคมและชุมชน การพัฒนาตนเอง การบรรลุความปรารถนา และการสันติภาพ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนที่ได้จากการวัดความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องต่างๆ สามารถอธิบายความปกติสุขได้ร้อยละ 54 นอกจากนี้ พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant. 1985) ให้ความเห็นว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติอาจจะเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เนื่องจากช่วยทำให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาถึงผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้ สามารถแสดงให้เห็นว่า ทำไมผู้ป่วยจึงพอใจและไม่พึงพอใจกับบางสิ่งบางอย่าง เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมีผลจากองค์ประกอบต่างๆ มากมาย ได้แก่ สถานภาพส่วนบุคคล ตำแหน่งและระยะของมะเร็ง แบบแผนของการรักษา ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และการสนับสนุนทางสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2553) ส่วนการที่ผู้วิจัยจะเลือกใช้โครงสร้างใดมาเป็นองค์ประกอบขึ้นกับทักษะและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ถ้าศึกษาในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่องค์ประกอบที่เป็นผลจากโรคและการรักษา เพราะธรรมชาติของความเจ็บป่วยและการรักษา ย่อมส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในแต่ละด้านต่างไปจากคนปกติและคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาได้จากความรู้สึกพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจกับเรื่องต่างๆ ของชีวิต

ฟลานาแกน (Flanagan. 1978) ได้ทำการศึกษาเพื่อค้นหาความต้องการหรือตัวบ่งชี้ที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตของคนอเมริกัน โดยทำการสุ่มสำรวจจากชาวอเมริกันเกือบ 3,000 คน พบว่ามีมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต คือ ความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ (Domain life satisfaction) อันเป็นความต้องการของบุคคลซึ่งเป็นทักษะที่สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ (Maslow. 1970) กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย ที่มีความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) เป็นเครื่องชี้วัด และเมื่อบุรคฮาร์ดท์ (Bruckhardt. 1985) นำมาดัดแปลงใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในข้ออักเสบ พบว่า แบบวัดชุดนี้มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยรวม (Overall life satisfaction) ซึ่งผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองในระดับสูง ซึ่งการประเมินความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ นี้ประกอบด้วย

1. ความสุขสบายด้านร่างกาย และองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต แบ่งเป็น

1.1 อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในทรัพย์สิน

1.2 สุขภาพและความปลอดภัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การมีความสุขปลอดภัยจากความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ

2. ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แบ่งเป็น

2.1 สัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือคู่รัก ได้แก่ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือสนับสนุน มีสัมพันธภาพในความรักที่ดี มีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์

2.2 การเลี้ยงดูบุตรหลาน ได้แก่ การช่วยเหลือ ตั้งสอน และดูแลบุตรหลาน

2.3 สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว มีการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความเห็น มีความเข้าใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.4 สัมพันธภาพกับเพื่อนสนิท มีการช่วยเหลือสนับสนุน สนใจ มีความรักและให้คำแนะนำปรึกษาซึ่งกันและกัน

3. ด้านกิจกรรมในสังคม

3.1 มีกิจกรรมในการช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ ในสังคม ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ การร่วมเป็นสมาชิกองค์กร กลุ่มอาสาสมัคร และการทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

3.2 มีกิจกรรมในท้องถิ่นและหน่วยงานของรัฐ

4. ด้านการพัฒนาตนเองและมีความรู้สึกรักภูมิใจ

4.1 การพัฒนาสติปัญญา มีการเรียนรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหาและความเข้าใจในเรื่องต่างๆของชีวิต รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง

4.2 ความเข้าใจส่วนบุคคลและการวางแผนของตนเอง ได้แก่ การมีเป้าหมายในชีวิต มีหลักเกณฑ์ในการดำเนินชีวิต การตัดสินใจ และวางแผนในกิจกรรมและบทบาทของตนเอง

4.3 การประกอบอาชีพการงาน มีความสนใจในงาน ได้รับการยอมรับประสบความสำเร็จในการงาน ได้รับการตอบแทนที่ดี

4.4 มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และมีความตื่นตัวอยู่เสมอ โดยการแสดงออกถึงความคิดริเริ่มใหม่ๆ

5. การพักผ่อนหย่อนใจ

5.1 การพบปะสังสรรค์กับบุคคลใหม่ ทั้งในและนอกบ้าน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

5.2 การได้รับสิ่งบันเทิง เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ

5.3 การหาสิ่งหย่อนใจโดยตนเองเป็นผู้ปฏิบัติ เช่น การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และการท่องเที่ยว

นอกจากนี้ บรุคฮาร์ต (Bruckhardt, 1985) ได้ดัดแปลงดัชนีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Life Satisfaction Index) จากแบบวัดของ นิวการ์เทน และคณะ (Neugarten, et al. 1961) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางมานานกว่า 20 ปี ประกอบด้วยการวัด 5 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกสนุกสนานในการดำเนินชีวิต (Zest of life) คือ การมีความสุข ความพึงพอใจในสิ่งต่างๆ ที่เป็นกิจกรรมของชีวิตประจำวัน
2. ความตั้งใจและความอดทนในการดำเนินชีวิต (Resolution and fortitude) คือ การคิดว่าชีวิตมีความหมาย และยอมรับอย่างเด็ดเดี่ยวในสิ่งที่ชีวิตเป็นอยู่
3. ความสมดุลระหว่างความปรารถนา และการได้รับความสำเร็จตามเป้าหมาย (Congruence between desired and achieved goals) คือ ความรู้สึกประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่ตั้งใจว่าจะทำ
4. อัตมโนทัศน์ (Self – concept) คือ การยึดถือความนึกคิดทางด้านบวกของตนเอง
5. อารมณ์ที่เป็นสุข (Mood tone) คือ การมีความสุข อารมณ์แจ่มใสเบิกบาน หรือมองโลกในแง่ดี

ดังนั้นในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต้องคำนึงถึงมิติหลายๆด้านที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสไปเซอร์และคณะ (Spizer, et al. 1981) ได้สรุปว่าเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ควรประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการ ดังนี้

1. ข้อความสั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก
2. กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้าน
3. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มชนนั้น
4. เน้นปริมาณ
5. สามารถใช้ได้หลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดน้อยที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยทางด้าน อายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรคเรื้อรัง
6. ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
7. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก
8. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
9. แสดงความแตกต่างอย่างเด่นชัดในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
10. มีเหตุผลดี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละคนอาจมาน้อยต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้คัดสรรปัจจัยพื้นฐานบางตัวได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค มาทำการศึกษา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้มีทั้งที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. เพศ

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจ เพราะความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งทัศนคติต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน โอเรม (Orem, 1985) ได้กล่าวถึงเพศ ว่าเป็นปัจจัยที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์ และนักวิชาการหลายท่านกล่าวว่า บทบาททางเพศ ถูกกำหนดโดยบทบาททางสังคม เพศชายเป็นผู้นำของครอบครัวและสังคมทั่วไป จึงต้องรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองมาก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทที่รับผิดชอบ ความสามารถที่ลดลง ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีค่า เกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเองและไม่พอใจในสิ่งที่สูญเสียไป ส่วนในเพศหญิงการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน แต่น้อยกว่าชาย เนื่องจากบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบด้านต่างๆ และความคาดหวังจากสังคมน้อยกว่า แต่ก็มีผลการศึกษาวิจัยที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต คัทเลอร์ (Cutler, 1979) ที่กล่าวว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยทุกคนจะต้องมีการปรับตัว เพื่อที่คงไว้ซึ่งความสมดุลของตนเอง เช่น เพศชายที่ไม่สามารถทำงานอาจหาหนทางที่จะทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกที่ดีและดำรงคุณค่าในครอบครัว หรือผู้ป่วยเพศหญิงที่ไม่สามารถทำงานบ้านได้ จะค้นหาวิธีอื่นที่จะแสดงถึงความสามารถในการดูแลบ้านและดำรงคุณค่าต่อสามีและลูกๆ ไว้ ฉะนั้น ผู้ป่วยเพศหญิงและชายจึงมีโอกาสที่จะดำรงบทบาทตามเพศที่ตนเองและสังคมกำหนดได้เท่าเทียมกัน

2. อายุ

พาดิลลาและแกรนด์ (Padilla & Grant, 1985) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ทำโคลอสโตมีย์ (Colostomy) ทั้งนี้เนื่องจาก อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และพบว่าบุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ส่วนแคนทริล (Cantril, 1965) รายงานว่าบุคคลที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าบุคคลที่มีอายุระหว่าง 30 - 40 ปี เพียงร้อยละ 7 เนื่องจากบุคคลใน

วัยสูงอายุก็มีแนวโน้มในการปรับตัวต่อการสูญเสียความสามารถในหน้าที่การงานได้ดีกว่า ฉะนั้นอายุและความพึงพอใจในชีวิตจึงมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

3. ศาสนา

เนื่องจากมนุษย์มีความปรารถนาที่จะได้ติดต่อกับเพื่อนมนุษย์ด้วยกันและทางที่ดีทางหนึ่งที่จะติดต่อกับผู้อื่นได้สำเร็จก็คือ การติดต่อโดยทางศาสนา เพราะศาสนาเป็นพันธะสำคัญ ที่จะผูกพันมนุษย์ให้มารวมกัน นอกจากนี้ศาสนายังเป็นตัวกำหนดคุณค่าทางจริยธรรมของบุคคล กำหนดแนวทางความประพฤติและการปฏิบัติ เพื่อบรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่าและพึงประสงค์ (สมบุญ ชาติยาชีวิน. มปป) หรืออาจกล่าวได้ว่า เพื่อบรรลุถึงคุณภาพชีวิตนั่นเอง เพราะการที่คนในสังคม มีคุณธรรม กระทำแต่ความดี ประพฤติปฏิบัติตามหลักศาสนา มีโอกาสไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาตามสมควรย่อมเกิดความรู้สึกสบายใจ สุขใจ เช่น การไปโบสถ์ศาสนาคริสต์ การไปวัดเพื่อฟังเทศน์ ฟังธรรม ได้สนทนากับพระ การทำบุญด้วยวิธีต่างๆ ในศาสนาพุทธ และการทำพิธีละหมาด การถือศีลอดหรือการเดินทางไปแสวงบุญที่เมกกะของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม ดังนั้น ปัจจัยด้านศาสนาจึงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอีกปัจจัยหนึ่ง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นในศาสนากับคุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจ ซึ่งการวิจัยของฮาดาเวย์ (Hadaway. 1978) พบว่า ผู้ที่ยึดมั่นในศาสนาจะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ยึดมั่น

4. สถานภาพสมรส

ฮับบาร์ดและคณะ (Hubbard, et al. 1984) ได้รายงานว่ากลุ่มคนที่มีคู่ชีวิตจะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสด เหตุผลเพราะการมีคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลเป็นปวงนั้นคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อที่ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ มักขาดคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส หรือมีคู่จะมีการช่วยเหลือคำจุนกันมาก และช่วยลดความเครียดต่างๆ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Eaton. 1978)

5. ระดับการศึกษา

จอห์นสันและคณะ (Johnson, et al. 1982) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของประชากรชาวอเมริกันผิวดำที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจำนวน 45 คนพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับสิรามาศ รอดจันทร์ (2554) ที่พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตและข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยทำนายข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม ได้แก่ การไม่ได้เรียนหนังสือ

6. อาชีพ

นักสังคมวิทยามีความเชื่อว่า บทบาทของคนทำงาน (Worker role) เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากช่วยทำให้บทบาทอื่นๆ ยังคงอยู่และประสานกัน การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนที่มีคุณค่า ส่วนการออกจากงานเป็นการสูญเสียบทบาทของคน ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำ ผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนงานหรือไม่ได้กลับไปทำงานจะมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ สูญเสียความสำเร็จในการทำงานคล้ายกับเป็นผู้ไร้ความสามารถ ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ท้อแท้และไม่มีความสุขในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของแลมเบิร์ตและคณะ (Lambert & Lambert, 1979) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ต้องออกจากงานหลังจากร่างกายฟื้นสภาพโดยสมบูรณ์แล้ว ยืงนานเท่าไร ก็จะพบความยุ่งยากในการฟื้นฟูสมรรถภาพมากยิ่งขึ้นและกลับเป็นโรคซ้ำได้มากกว่าผู้ป่วยที่กลับเข้าทำงาน และการศึกษาของอีแวนส์และคณะ (Evans, et al. 1985) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม หรือการปลูกถ่ายไตจำนวน 859 คน พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถกลับไปทำงาน มีคุณภาพชีวิตทางจิตพิสัยสูงกว่าผู้ซึ่งไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพ

7. รายได้ของครอบครัว

มีการศึกษาวิจัยที่แสดงว่ารายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อาทิการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 18 คน พบว่า รายได้เป็นตัวแปร 1 ใน 3 ที่เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วย 9 คน มีรายได้ลดลงจากเดิมร้อยละ 31-38 (Levy & Wymbrandt, 1975) การศึกษาของพาลมอร์และลูการ์ท (Palmore & Luikart, 1972) เกี่ยวกับตัวแปรที่มีตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพชีวิตในบุคคลอายุระหว่าง 46-59 ปี ส่วนบุคคลที่มีอายุต่ำกว่าพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรลดลงเล็กน้อย คาเมอร์นและคณะ (Cameran, et al. 1974) ได้ประเมินการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตทั้งหมดของคนพิการ และรายงานว่ รายได้เป็นผลสำคัญที่สุดที่จะกำหนดให้ความ พึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน

8. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ในเรื่องระยะเวลานี้มีทั้งการศึกษาที่สนับสนุนและคัดค้านเช่นกัน ได้แก่ การศึกษาของซมิดท์ และคณะ (Samidt, et al. 1988) ที่ศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าหลังอาการอัมพาตครึ่งซีกได้ 3 สัปดาห์ 1 ปี 3 ปี และ 7 ปี ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง หรือมีความเป็นอิสระ ไม่พึ่งพาใคร ร้อยละ 17.0 83.3 89.6 และ 89.0 ตามลำดับ และระยะเวลาที่ยาวนานหลังเกิดอาการอัมพาตครึ่งซีก ยังมีส่วนช่วยในการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจผู้ป่วยให้ดีขึ้น ผู้ป่วยเริ่มปรับตัวได้ดีและยอมรับความพิการ จากการได้รับการรักษาทางด้านจิตใจ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่

ยาวนาน หลังเกิดอาการอัมพาตครึ่งซีก มีส่วนช่วยให้ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัว มาริโน และคูเซอร์ (Marino & Kooser, 1981) ให้ความเห็นว่า ปฏิบัติการตอบสนองความเครียดของบุคคลจะแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย

9. ความรุนแรงของโรค

เทย์เลอร์ (Taylor, 1987) ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเสียไป เนื่องจากการไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดังปกติ และความวิตกกังวลกับอาการซึ่งรบกวนความสุขในชีวิตประจำวัน อันจะนำไปสู่ความยุ่งยากในการปรับตัวสอดคล้องกับเคทซ์ (Katz, 1987) อภิปรายว่า ความสำคัญของความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นพื้นฐานการดำรงไว้ซึ่งบทบาทของตนทำให้สิ่งมีชีวิตปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ในผู้ป่วยโรคเรื้อนระดับขั้นของความพิการก็เป็นข้อบ่งชี้ถึงความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายจากการศึกษาวิจัยของ บรุคฮาร์ดท์ (Burckhardt, 1985) เกี่ยวกับผลกระทบของโรคข้ออักเสบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 94 คน พบว่า ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย คือ ความรุนแรงของความเจ็บปวด และความรุนแรงของความเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะว่ามีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้อีแวนส์ และคณะ (Evans, et al. 1985) ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมหรือการปลูกถ่ายไต จำนวน 859 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อย มีคุณภาพทาง จิตพิสัยดีกว่าผู้ป่วยที่มีการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมาก

นอกจากนี้ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนแล้ว การสนับสนุนทางสังคม ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่นักการศึกษาหลายท่านกล่าวว่า มีความเกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาในระหว่างเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคนรอบข้างก็จะช่วยให้ความทุกข์ทรมานที่มีอยู่เบาบาง และสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพ

การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่เพียงแต่มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย หรือมีความพิการเท่านั้น แต่จะมีอารมณ์ และสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่น มีความวิตกกังวลว่าคนอื่นจะรู้ว่าตนเป็นโรคเรื้อรัง จะถูกออกจากราชการ รวมทั้งจะไม่มีใครยอมคบหาสมาคมด้วย (ธีระ รามสูต. 2535) เกิดความวิตกกังวลในเรื่อง ความสวยงาม และการรักษาบางครั้งอาจทำให้ประกอบอาชีพไม่ได้ และยังได้รับการรังเกียจทำให้รู้สึกเป็น ปมด้อย มีผลทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า และบางรายอาจฆ่าตัวตายได้ (อรุณ ภาคสุวรรณ. 2524) ผู้ป่วยบางคนหมด กำลังใจที่จะรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง การรักษาจึงต้องใช้เวลา ติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอานพอสมควร ทำให้เกิดความท้อแท้และเบื่อหน่ายจนขาดการรักษา เป็นผลให้โรค กำเริบรุนแรง หรืออาจเกิดความกลัวการตีจาก กลัวเสียความรัก ความเอาใจใส่ของบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะ บุคคลซึ่งเป็นที่รัก นอกจากนี้การที่ถูกรังเกียจและถูกแยกจากสังคม จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการ ซึมเศร้า หงุดหงิด วิตกกังวล แยกตัวจากสังคมหรือใช้กลไกการป้องกันตนเองอื่นๆ สูญเสียบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคม เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบนและไม่มีความสุข ไม่มีชีวิต พึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตไม่ดี ดังนั้นในระหว่างการรักษา ผู้ป่วยต้องการความเห็นอกเห็นใจจาก ครอบครัว ญาติพี่น้อง เจ้าหน้าที่และสังคมรอบข้างด้วย ดังนั้นถ้าผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดย มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จะช่วยบรรเทาภาวะความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยลง ทำให้สามารถกำหนดหน้าที่ ตนเองและเกิดความพึงพอใจในชีวิต ได้มีการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า การมีคู่ชีวิตที่ สัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด มีความเห็นอกเห็นใจกันและช่วยเหลือกัน มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพกำลังใจ และเป็นตัวป้องกันผลของความหดหู่จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยลง (Palmore & Luikert. 1972) นอกจากนี้ บอร์ทเนอร์ และฮุลทซ์ (Bortner & Hultsch. 1970) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรต่างๆ ที่มี ความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุพบว่าตัวแปรทางด้านจิตสังคม เช่น การสนับสนุน ทางสังคม สามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้ดีกว่าตัวแปรที่เป็นข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ของผู้ป่วย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมสามารถทดแทนความรู้สึกสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ป่วยได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี เป็นพลังกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งเป็นเรื่องสำคัญสำหรับ ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวอย่างปกติสุข นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ ด้านต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น การได้รับความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ การเงิน ได้ รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยอมรับ ความเคารพยกย่องจากผู้อื่นและมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถควบคุมตนเอง แก้ปัญหาได้ตรงจุด และมีพลังใจเมื่อเผชิญกับปัญหา หรือ อุปสรรค

ต่างๆ เกิดการปรับตัวที่ดี และลดความเครียดที่เป็นผลกระทบจากโรคให้น้อยลง จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ พบว่า เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีโอกาสปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง (Berkman & Syme, 1979) ซึ่งโอเรม (Orem, 1985) ได้สนับสนุนว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการพึ่งพา ให้บรรลุความต้องการในการดูแลตนเองตามความคาดหวัง อันจะช่วยดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกในชีวิต และกล่าวอีกว่า ในภาวะที่เจ็บป่วยการช่วยเหลือที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา จะส่งผลให้มีความผาสุกในครอบครัวได้ (Orem, 1985) แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองความเครียดของบุคคล ทำให้บุคคลควบคุมตนเองได้และแก้ปัญหาได้ตรงจุด การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยหรือไม่ได้รับเลย จะทำให้บุคคลเกิดความเครียดหรือส่งผลทางลบต่อภาวะสุขภาพ แต่ความเครียดจะลดลงเมื่อการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญหรือต่อสู้กับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต อันเนื่องมาจากความเสื่อมทางด้านร่างกายและจิตใจได้ ทั้งนี้จากการศึกษาทฤษฎีการปรับตัวต่อภาวะเครียด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งบรรเทาหรือขวางกั้น (Buffer) ภาวะเครียด และยังลดปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย (Brandt & Weinert, 1981)

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัย และการศึกษาหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตไว้ เช่น บรุคฮาร์ต (Burkhardt, 1985) ได้ศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุ โรคข้ออักเสบพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า อายุและความพอเพียงด้านการเงิน สมจิต หนูเจริญกุล (2553) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ ซึ่งได้รับรังสีรักษา จำนวน 112 คน ในโรงพยาบาล 3 แห่งในกรุงเทพ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ทอมสันและเอนซ์มิงเกอร์ (Thompson & Ensminger, 1987) ศึกษาสุขภาวะ (Well-being) ของมารดาที่มีบุตรในวัยเรียน จากกลุ่มตัวอย่างหญิงผิวดำฐานะยากจน อาศัยอยู่ในเขตเมืองชิคาโกเพียงลำพัง โดยไม่มีสามีอยู่ร่วมกัน จำนวนทั้งสิ้น 1,241 คน จากการนิยามแรงสนับสนุน 2 ประการ คือ แรงสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง ความสัมพันธ์และการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนเมื่อตกทุกข์ได้ยาก แรงสนับสนุนอีกประการหนึ่งได้มาจากการเข้าร่วมศาสนาพิธีในโบสถ์ (Church attendance) จากการศึกษาพบว่า การเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาเป็นการลดหย่อนความกดดันที่เกิดขึ้นในชีวิต และก่อให้เกิดเครือข่าย (Network) ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนบ้าน นำมาซึ่งความอบอุ่นทางใจ ซึ่งแรงสนับสนุนดังกล่าวมีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาวะของ

หญิงผิวดำกลุ่มนี้ นอกจากการสนับสนุนทางสังคม จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขแล้ว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเช่นกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เบสเชและคณะ (Arole S., Premkumar, R. et al. 2002) ได้ทำการสำรวจการรับรู้ของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อรังในเรื่องของผลกระทบของการฟื้นฟูสภาพทางเศรษฐกิจ-สังคมในการลดความรังเกียจทางตอนเหนือของไนจีเรีย การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามเชิงปริมาณ ได้แก่ P-scale คู่กับการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในกลุ่มตัวอย่าง 20 คน การสนทนากลุ่ม 5 คน และสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องหลักๆในเรื่องนั้น 10 คน ผลการใช้แบบวัดอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม (p-scale) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาย 4 คน มีข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลการศึกษาผลกระทบของการฟื้นฟูสภาพพบว่า การฟื้นฟูสภาพช่วยปรับปรุงเรื่องความนับถือตนเอง (self-esteem) การพึ่งตนเองด้านการเงิน (financial independence) acquisition of new skills และการเข้าถึง public institutions ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเสนอแนะว่า การปรับปรุงหรือพัฒนา เรื่องความนับถือตนเอง และการสนับสนุนของชุมชนเพื่อการฟื้นฟูสภาพทางเศรษฐกิจ สังคมและเพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนจะเป็นตัวบ่งชี้ของการลดลงของ การรังเกียจได้

นิโคลและคณะ (Nicholls P.S., et al. 2006) ได้ทำการสำรวจปัจจัยเสี่ยงของการมีอุปสรรคในการมีส่วนร่วมเพื่อนำข้อมูลเหล่านี้มาพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองบุคคลที่มีความเสี่ยง เริ่มทำการศึกษาจากเชิงคุณภาพ โดยทำการศึกษาภาคสนามในศูนย์ 8 แห่ง ที่เนปาล อินเดียและบราซิล ทำการจำแนกแยกแยะปัจจัยเสี่ยงต่ออุปสรรคการมีส่วนร่วม 35 ปัจจัย จากนั้นจึงได้ทำการศึกษาเชิงปริมาณเพิ่มเติมในศูนย์ 6 แห่ง ที่อินเดียและบราซิลกับผู้ป่วย 264 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เครื่องมือที่ใช้ศึกษาคือ แบบวัด p-scale ผลการศึกษาพบว่า มี 12 ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมที่สำคัญคือ อายุระหว่าง 41 – 50 ปี มีการสูญเสียประสาทรับความรู้สึก เป็นผู้ที่มีความต้องการรองเท่าที่ป้องกันความพิการ ต้องการการสอนปฏิบัติในการดูแลตนเองที่บ้าน การเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ความเครียดเมื่อถูกวินิจฉัย การกลัวการถูกทอดทิ้ง ความทุกข์ทรมานจากโรคอื่นๆ และการมีสมาชิกครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งเป็นปัจจัยในการเพิ่มอุปสรรคในการมีส่วนร่วม โดยมีข้อเสนอแนะว่า ในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงการเกิดอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมของบุคคลนั้น ควรคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน 4 อย่างคือ 1) ผลกระทบทางร่างกายที่ได้รับจากการเป็นโรคเรื้อรัง 2) การตอบสนองทางอารมณ์จากการวินิจฉัย 3) เพศ (หญิง) 4) การไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อย

ซูลเลอร์และคณะ (SM Nardi, et al. 2011) ศึกษาประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อนหญิงที่พิการในชนบทของสุลาเวสีใต้ ประเทศอินโดนีเซีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการนำข้อมูลมาดำเนินการฟื้นฟูสภาพ จึงใช้เครื่องมือ ชุดประเมินความพิการแบบเร็วในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า ผู้หญิงเกือบทั้งหมด ไม่สามารถช่วยเหลือครอบครัวในเรื่องรายได้ได้ แต่สามารถดูแลงานต่างๆภายในบ้านได้ โดยทั่วไปผู้หญิงสามารถดูแลตนเองได้ ชุมชนให้การปฏิบัติต่อผู้เผชิญและพบกับปัญหามากมายในชีวิต โดยเฉพาะเรื่องการรังเกียจ ซึ่งไม่เพียงแต่จะหลีกเลี่ยงผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนเท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงครอบครัวด้วย และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนเองก็หลีกเลี่ยงตัวเองจากคนอื่นๆด้วย ผู้หญิงเกือบทั้งหมดที่พิการต่างก็มีประสบการณ์เรื่องความรังเกียจและได้รับผลของอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนได้รับความรังเกียจจากญาติพี่น้อง เครือญาติและสมาชิกชุมชน ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนยังคงทนทุกข์จากความรู้สึกที่มีต่อตนเองเรื่องการรังเกียจ (self- stigma) โดยมีข้อเสนอแนะจากการศึกษาว่า มีความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อโรคเรื้อนและ ความพิการและปรับปรุงการเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม

ศิรามาศ รอดจันทร์และคณะ (2554) สำรวจความต้องการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและประชาชนจังหวัดกาญจนบุรี จำนวนทั้งสิ้น 247 คน เครื่องมือที่ใช้คือ ชุดประเมิน ความพิการแบบเร็ว ใช้สถิติพรรณนา การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการศึกษาผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและประชาชนในชุมชน พบว่ามีลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกันแต่ต่างกัน ในการมีงานทำและหนี้สิน เกินครึ่งมีความพิการของมือและเท้าในระดับ 2 แต่ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมประจำวันและมีส่วนร่วมทางสังคมได้ ผู้ประสบปัญหา มีความรู้สึกถูกตีตราแต่ไม่ได้ถูกเลือกปฏิบัติ ปัจจัยทำนายขีดจำกัดในการทำกิจกรรมของผู้ประสบปัญหา ได้แก่ ความพิการระดับ 2 ไม่ได้ประกอบอาชีพมีบ้านที่มีความคงทนน้อย รายได้เพียง 2,000 - 5,000 บาท ในประชาชนคือ การมีอายุตั้งแต่ 61ปี และการใช้เครื่องช่วยความพิการตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ประสบปัญหาคือ การไม่ได้ ประกอบอาชีพและมีความพิการระดับ 2 ในประชาชนทั่วไปพบว่าเป็น การไม่ได้เรียนหนังสือและการไม่ได้ ประกอบอาชีพ ผลการศึกษาทัศนคติและการรับรู้ของชุมชนเรื่องโรคเรื้อน พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติและการรับรู้ว่าโรคเรื้อนจะส่งผลกระทบด้านลบต่อชีวิตในระดับปานกลาง โดยการไม่ได้เรียนหนังสือหรือมีการศึกษาน้อยและ มีสมาชิกครอบครัวตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป จะส่งผลลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนั้นการให้การดูแลเพื่อป้องกัน ความพิการและจัดการฟื้นฟูสภาพใน

ด้านต่างๆยังคงมีความจำเป็นต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเพื่อลดปัญหาที่ หลงเหลืออยู่เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

พจนา ัญญุกิตติกุล (2557) ศึกษาการสำรวจ ความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย เศรษฐกิจ สังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ณ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า โดยภาพรวมผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีความต้องการจำเป็น (needs) ในการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายมากที่สุด เช่น การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการ/ การต้องการได้รับการผ่าตัดแก้ไขความพิการ ตา มือ และเท้า /การต้องการกายอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือ รองลงมา คือ ความต้องการจำเป็นด้านจิตใจ ซึ่งต้องการการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตรวมทั้งลดความเครียด ความกังวลกับการรู้สึกถูกตีตรา ถูกรังเกียจ หรือถูกเลือกปฏิบัติ และท้ายสุดความต้องการจำเป็นในเรื่องการประกอบอาชีพ เพื่อสร้างรายได้เลี้ยงครอบครัว แต่จากการสัมภาษณ์ พบว่า ในมุมมองของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนนั้น ความต้องการจำเป็น (needs) ของพวกเขา คือ การประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้มากกว่าการฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อน และความพิการในโรคเรื้อนว่าเมื่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนละเลยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการที่เพิ่มขึ้นนั้น จะส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของตนเองในแง่ลบ กล่าวคือเมื่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีความพิการเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ผู้ที่ได้พบเห็นเกิดความรู้สึกรังเกียจ กลัว การดำรงชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในสังคมจะอยู่ยากขึ้น ทำให้โอกาสในการหางานทำน้อยลงหรือแทบไม่มีเลย

ธิดา นิ่มมา (2559) การสำรวจความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและการฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็นและเหมาะสมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สรุปดังนี้

1. ทราบจำนวนและความต้องการที่จำเป็นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจสังคมและคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่

1.1 ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีความพิการที่ตา มือ และเท้า ให้คำแนะนำและให้ความรู้แก่หน่วยงานเครือข่าย ผู้พิการ และครอบครัว ในการดูแลเพื่อป้องกันความพิการที่เพิ่มขึ้น ด้วยวิธี on the job training โดยเจ้าหน้าที่จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์

1.2 ในรายที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ดำเนินการให้ความช่วยเหลือเรื่องการสงเคราะห์ในชุมชนของกรมควบคุมโรค ผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์

1.3 รายที่มีความต้องการกายอุปกรณ์ รองเท้าเฉพาะ หรือรถนั่งแบบมีคันโยก มีการวางแผนให้ความช่วยเหลือโดยกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจังหวัดพิจิตร และสถานบริการสาธารณสุข

1.4 การปรับสภาพบ้านและห้องน้ำให้เหมาะสมกับผู้พิการ ดำเนินการโดยกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจังหวัดพิจิตร

1.5 รายที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น ต้อกระจก มีการส่งต่อไปเพื่อการรักษา

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการสำรวจเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในจังหวัดชัยนาท เพื่อศึกษาสภาพความพิการและปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน รายละเอียดการสำรวจประกอบด้วย (1) การคัดกรองความพิการ (2) สำรวจข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติของตา มือ และเท้า (3) ข้อมูลส่วนบุคคล (4) ประเมินข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในสังคม (5) ประเมินความรู้สึกรู้สึกต่อการถูกตีตรา และ (6) แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นตอนและวิธีการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนจากแหล่งข้อมูล ดังนี้

- ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาจากฐานข้อมูลโปรแกรม UCHA

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

- ข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาจากรายงานของสถานบริการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 3

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมคณะทำงานเพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาจากแหล่งต่างๆ และอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานรวมทั้งรายละเอียดเครื่องมือสำรวจชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Assessment: RDA tool kit) (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2554)

ขั้นตอนที่ 3 สำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบคัดกรองความพิการ 8 ข้อ (Disability Screening Tool) ก่อนจะสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 4 สำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม โดยเครื่องมือสำรวจชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Assessment : RDA tool kit)

ขั้นตอนที่ 5 ประชุมคณะทำงานเพื่อตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้จากการสำรวจข้อมูล

ขั้นตอนที่ 6 จัดทำแผนฟื้นฟูสภาพและประสานหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นที่เหมาะสม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาจากฐานข้อมูลโปรแกรม UCHA สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ในพื้นที่จังหวัดชัยนาท จำนวน 82 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเลือกในครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในจังหวัดชัยนาท ซึ่งผ่านการคัดกรองด้วยแบบบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ด้านสายตา การเดิน การชำระล้างร่างกาย การทำกิจกรรมประจำวัน การหา การอ่อนแรง บาดแผลตามมือและเท้า ความสัมพันธ์หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับบุคคลอื่น หากตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าบุคคลนั้นมีความพิการ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นเครื่องมือสำรวจชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Assessment: RDA tool kit) ที่พัฒนาโดย สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค มีข้อมูลทั้งหมด 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองความพิการ 8 ข้อ (Disability Screening Tool) เป็นการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีปัญหาในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ปัญหาด้านสายตา การเดิน การชำระล้างร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวัน อาการหา อาการอ่อนแรง บาดแผลที่มือและเท้า ความสัมพันธ์หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับบุคคลอื่น โดยหากตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าบุคคลนั้นมีความพิการที่ต้องดำเนินการสัมภาษณ์ในส่วนต่อไป

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ (Impairment Data) ข้อมูลบางส่วนสามารถคัดลอกจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยได้ รายละเอียดของข้อมูลประกอบด้วย การระบุระดับความพิการตามองค์การอนามัยโรค การรักษาด้วยยา MDT และประเภทการรักษา นอกจากนี้ยังมีข้อมูลการตรวจตา มือ และเท้า ทั้ง 2 ข้าง โดยดูความผิดปกติที่เกิดขึ้น มีการระบุตำแหน่งและจำนวนบาดแผลที่สำรวจพบ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว (Personal Information Form) จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ที่อยู่ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกครอบครัวที่อยู่ร่วมชายคา อาชีพ ประเภทที่อยู่อาศัย รายได้ ทรัพย์สินและหนี้สิน

ส่วนที่ 4 แบบวัดขีดจำกัดการมีส่วนร่วมทางสังคม จำนวน 13 ข้อ ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมจากแบบวัดการมีส่วนร่วม P – Scale (The Participle Scale) แบบวัดนี้เป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ไม่ระบุ/ไม่ตอบ ใช่บางครั้ง ไม่ใช่ และไม่เกี่ยวข้อง/ไม่อยากทำ/ไม่จำเป็นต้องทำ หากตอบว่า บางครั้ง ไม่ใช่ หรือไม่เกี่ยวข้อง/ไม่อยากทำ/ไม่จำเป็นต้องทำ จะประเมินคำถามอีกครั้งตามตัวเลือกดังนี้ คือ ไม่เป็นปัญหา เป็นปัญหาเล็กน้อย เป็นปัญหปานกลาง หรือเป็นปัญหาใหญ่สำหรับตนเอง ตัวเลือกดังกล่าวมีการให้คะแนนเป็น 1 2 3 และ 5 ตามลำดับ (ไม่มีคะแนน 4 คะแนน เนื่องจากต้องการแยกกลุ่มที่มีปัญหาอุปสรรคใน

การมีส่วนร่วมมากที่สุดออกจากกลุ่มอื่นอย่างชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟูสภาพทางสังคม) คะแนนรวมทั้งหมด คือ คะแนนข้อจำกัดการมีส่วนร่วมของผู้ถูกสัมภาษณ์ มีค่าคะแนนรวมทั้งหมดได้ตั้งแต่ 0 – 65 คะแนน และดูจากค่าคะแนนรวม แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

0 – 17 คะแนน	หมายถึง ไม่มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วม
18 – 29 คะแนน	หมายถึง มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย
30 – 41 คะแนน	หมายถึง มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วมปานกลาง
42 – 53 คะแนน	หมายถึง มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วมมาก
54 – 65 คะแนน	หมายถึง มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วมมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้สึกถูกตีตรา (Jacoby Stigma Scale) มีจำนวน 3 ข้อ เป็นการสอบถามความรู้สึกของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนว่าผู้อื่นมีความรู้สึกและปฏิบัติต่อเขาอย่างไร คำตอบมีให้เลือก ใช่ หรือ ไม่ใช่ ถ้าตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน หากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน ถือว่ามีความรู้สึกถูกตีตรา

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ (Need Assessment) จากการประเมินโดยแบบวัด/แบบบันทึก ในส่วนที่ 2 - 5 หากพบว่ามีปัญหาแบบใดแบบหนึ่งตามเกณฑ์ให้นำมาสัมภาษณ์โดยประเมินความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ (Need Assessment) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลตนเอง อุปกรณ์เครื่องช่วย การส่งรักษาต่อ และสุขภาพ

ด้านที่ 2 ด้านสังคม ประกอบด้วย สุขภาพจิต ครอบครัว

ด้านที่ 3 ด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วย การประกอบอาชีพและรายได้

เมื่อทำการประเมินครบทั้ง 3 ด้านแล้ว จากนั้นจะเป็นการสรุปแผนในการฟื้นฟู (Conclusion and Rehabilitation Plan) เพื่อนำไปวางแผนในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนต่อไป

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

เมื่อสำรวจข้อมูลครบทั้ง 6 ส่วน จึงนำข้อมูลแต่ละส่วนมาวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติจำนวน ร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตาราง และเสนอผลการศึกษาแต่ละส่วนตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการศึกษา รวมถึงนำผลที่ได้จากการศึกษามาจัดทำแผนในการฟื้นฟูสภาพให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นที่เหมาะสมสำหรับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากการสำรวจสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ด้วยชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Assessment: RDA tool kit) การสำรวจใช้แบบประเมินทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองความพิการ 8 ข้อ (Disability Screening Tool) ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ (Impairment Data) ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว (Personal Information Form) ส่วนที่ 4 แบบวัดขีดจำกัดการมีส่วนร่วมทางสังคม (The Participle Scale) ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้สึกลูกศร (Jacoby Stigma Scale) และ ส่วนที่ 6 แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ (Need Assessment) สรุปผลการศึกษาในแต่ละส่วน ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการคัดกรองความพิการในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ตารางที่ 1 ปัญหาเบื้องต้นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ปัญหาเบื้องต้น	จำนวน (n= 12)	ร้อยละ
1. มีความลำบากในการมองเห็น แม้สวมแว่นสายตา	4	33.33
2. มีความลำบากในการเดินหรือขึ้นบันได	7	58.33
3. มีความลำบากในการชำระล้างร่างกายหรือสวมใส่เสื้อผ้า	1	8.33
4. มีกิจกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติได้	4	33.33
5. มีอาการชาที่มือ และ/หรือเท้า	11	91.67
6. มีอาการอ่อนแรงที่มือ และ/หรือเท้า เช่น ถือแก้วน้ำ หรือจับสิ่งของ	4	33.33
7. มีบาดแผลตามมือ และ/หรือเท้า	4	33.33
8. มีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์หรือการมีส่วนร่วม ในการเฉลิมฉลอง การทำงาน การประชุม และอื่นๆ	3	25.00

จากตารางที่ 1 การสำรวจข้อมูลโดยแบบคัดกรองความพิการ 8 ข้อ (Disability Screening Tool) พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีอาการชาที่มือ และ/หรือเท้า คิดเป็นร้อยละ 91.67 รองลงมา คือ มีความลำบากในการเดินหรือขึ้นบันได คิดเป็นร้อยละ 58.33 โดยมีความลำบากในการมองเห็น แม้สวมแว่นสายตา มีกิจกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ มีอาการอ่อนแรงที่มือ และ/หรือเท้า เช่น ถือแก้วน้ำ หรือจับสิ่งของ มีบาดแผลตามมือ และ/หรือเท้า ร้อยละ 33.33 เท่ากัน

ส่วนที่ 2 ผลการสำรวจข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน
ตารางที่ 2 ข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ	จำนวน (n= 12)	ร้อยละ
ปัจจุบันอยู่ระหว่างการรักษา		
ใช่	0	0.00
ไม่ใช่	12	100.00
ความพิการสูงสุด ณ วันวินิจฉัย		
ระดับ 0	0	0.00
ระดับ 1	0	0.00
ระดับ 2	12	100.00
ความพิการสูงสุด ณ วันจำหน่ายการรักษา		
ระดับ 0	0	0.00
ระดับ 1	0	0.00
ระดับ 2	12	100.00
ความพิการตา ณ ปัจจุบัน		
ระดับ 0	3	25.00
ระดับ 1	2	16.67
ระดับ 2	7	58.33
ความพิการมือ ณ ปัจจุบัน		
ระดับ 0	2	16.67
ระดับ 1	1	8.33
ระดับ 2	9	75.00
ความพิการเท้า ณ ปัจจุบัน		
ระดับ 0	0	0.00
ระดับ 1	3	25.00
ระดับ 2	9	75.00
ความพิการซ้ำซ้อน		
ใช่	10	83.33
ไม่ใช่	2	16.67

ตารางที่ 2 ข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน (ต่อ)

ข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ	จำนวน (n= 12)	ร้อยละ
บาดแผลตามร่างกาย		
มี	9	75.00
ไม่มี	3	25.00

จากตารางที่ 2 ข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่า ปัจจุบันไม่ได้
อยู่ในระหว่างการรักษา คิดเป็นร้อยละ 100.00

โดยข้อมูลที่สำรวจจากแบบบันทึกข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ (Impairment Data) พบว่า
ความพิการสูงสุด ณ วินิจฉัย และวันจำหน่ายการรักษาของผู้ที่ประสบปัญหาโรคเรื้อน มีความพิการอยู่ใน
ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 100.00 ซึ่งผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีความพิการทางตาอยู่ในระดับ 2
คิดเป็นร้อยละ 58.33 มีความพิการทางมือ และทางเท้าอยู่ในระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 75.00 เท่ากัน โดยเป็น
ผู้มีความพิการซ้ำซ้อน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ พบว่า มีบาดแผล
ตามร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 75.00

ส่วนที่ 3 ผลการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n= 12)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	7	58.33
ชาย	5	41.67
อายุ		
น้อยกว่า 60	1	8.33
มากกว่า 60	11	91.67
สถานภาพสมรส		
โสด	1	8.33
คู่	9	75.00
หม้าย	2	16.67

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n= 12)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3	25.00
ประถมศึกษา	8	66.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	8.33
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	91.67
รับจ้าง	1	8.33
สมาชิกในครอบครัว		
1 คน (ผู้ถูกสัมภาษณ์)	3	25.00
2 คน (รวมผู้ถูกสัมภาษณ์)	8	66.67
4 คน (รวมผู้ถูกสัมภาษณ์)	1	8.33
ประเภทที่อยู่อาศัย		
มีความคงทนน้อย	5	41.67
มีความคงทนมาก	7	58.33
ความเป็นเจ้าของบ้านของครอบครัว		
ใช่	11	91.67
ไม่ใช่	1	8.33
ครอบครัวมีมอเตอร์ไซด์		
มี	5	41.67
ไม่มี	7	58.33
ครอบครัวมีรถยนต์		
มี	1	8.33
ไม่มี	11	91.67
ครอบครัวมีสวน/นาข้าว/บ่อเลี้ยงปลา/เลี้ยงสัตว์		
มี	3	25.00
ไม่มี	9	75.00

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n= 12)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	2	16.67
ระหว่าง 2,000 - 5,000 บาท	6	50.00
ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท	3	25.00
มากกว่า 10,000 บาท	1	8.33
หนี้สินของครอบครัว		
มี	2	16.67
ไม่มี	10	83.33
การใช้เครื่องช่วยความพิการ		
ใช้	6	50.00
ไม่ใช้	6	50.00
เครื่องช่วยความพิการที่ใช้		
แว่นตา	6	50.00
รถเข็นนั่ง	2	16.67
ไม้เท้า	6	50.00
ไม้ค้ำยัน	3	25.00
รองเท้าเฉพาะ	3	25.00
กายอุปกรณ์	2	16.67

จากตารางที่ 3 ผู้ที่ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในจังหวัดชัยนาท จำนวน 12 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.33 และ เพศชาย ร้อยละ 41.67 แบ่งอายุเป็น 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.67 และกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.33 สถานภาพการสมรสพบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75.00 รองลงมาเป็นหม้ายร้อยละ 16.67 และโสด ต่ำสุดร้อยละ 8.33 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาก็คือ ต่ำกว่าประถมศึกษา หรือไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 25.00 และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 8.33

ด้านการประกอบอาชีพ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 91.67 และประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 8.33 ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และอาศัยอยู่เพียงลำพัง คิดเป็นร้อยละ 25.00 และส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้าน คิดเป็นร้อยละ 91.67 และประเภทที่อยู่อาศัยมีความคงทนมาก คิดเป็นร้อยละ 58.33 มีบางส่วนที่ประเภทที่อยู่อาศัยมีความคงทนน้อย คิดเป็นร้อยละ 41.67 ครอบครัวผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ ไม่มีรถยนต์ ไม่มีรถมอเตอร์ไซด์

คิดเป็นร้อยละ 91.67 และ 58.33 ตามลำดับ มีรถมอเตอร์ไซด์ ร้อยละ 41.67 ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีสวน/นาข้าว/บ่อเลี้ยงปลา/เลี้ยงสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 75.00 ซึ่งรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,000 - 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 และส่วนใหญ่ไม่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 83.33

ด้านการใช้เครื่องช่วยความพิการ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีทั้งผู้ที่ใช้เครื่องช่วยความพิการ และไม่ใช้ โดยคิดเป็นร้อยละ 50.00 เท่ากัน ซึ่งสาเหตุที่ไม่ใช้เครื่องช่วยความพิการมาจากการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ และการชำรุดหรือไม่เหมาะสมของอุปกรณ์ ทั้งนี้จากการสำรวจ พบว่า แวนตาและไม้เท้าเป็นอุปกรณ์ที่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ตารางที่ 4 ระดับข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ระดับข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม	จำนวน (n= 12)	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาในการมีส่วนร่วม	8	66.67
มีปัญหาในการมีส่วนร่วมเล็กน้อย	1	8.33
มีปัญหาในการมีส่วนร่วมปานกลาง	2	16.67
มีปัญหาในการมีส่วนร่วมมาก	0	0.00
มีปัญหาในการมีส่วนร่วมมากที่สุด	1	8.33

จากตารางที่ 4 การประเมินระดับข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาหรือข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในสังคม คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ มีปัญหาในการมีส่วนร่วมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.67

ส่วนที่ 5 ผลการประเมินความรู้สึกถูกตีตราของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ตารางที่ 5 ความรู้สึกถูกตีตราของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ความรู้สึกถูกตีตรา	จำนวน (n= 12)	ร้อยละ
รู้สึกถูกตีตรา	5	41.67
ไม่รู้สึกถูกตีตรา	7	58.33

จากตารางที่ 5 การประเมินความรู้สึกถูกตีตราของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน โดยแบบวัดความรู้สึกถูกตีตรา (Jacoby Stigma Scale) พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ไม่รู้สึกถูกตีตรา คิดเป็นร้อยละ 58.33 และ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่รู้สึกถูกตีตรา คิดเป็นร้อยละ 41.67

ตารางที่ 6 สาเหตุที่ทำให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีความรู้สึกถูกตีตรา

ความรู้สึกถูกตีตรา	จำนวน (n= 5)	ร้อยละ
การเป็นโรคเรื้อนทำให้คนอื่นรู้สึกอึดอัดเกี่ยวกับตัวคุณ	5	100.00
การเป็นโรคเรื้อน ทำให้คนอื่นปฏิบัติต่อคุณด้อยกว่าคนอื่น	2	40.00
การเป็นโรคเรื้อน ทำให้คนอื่นหลีกเลี่ยงการพบปะพูดคุยกับคุณ	1	20.00

จากตารางที่ 6 สาเหตุที่ทำให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีความรู้สึกถูกตีตรา จำนวน 5 ราย ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าการเป็นโรคเรื้อนทำให้คนอื่นรู้สึกอึดอัดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ การเป็นโรคเรื้อนทำให้คนอื่นปฏิบัติต่อคุณด้อยกว่าคนอื่น คิดเป็นร้อยละ 40.00 และการเป็นโรคเรื้อนทำให้คนอื่นหลีกเลี่ยงการพบปะพูดคุยด้วย คิดเป็นร้อยละ 20.00

จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อการสะท้อนความรู้สึกของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนในประเด็นความรู้สึกถูกตีตรา ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนบางรายสะท้อนความรู้สึก เช่น ไม่กล้าออกจากบ้าน เนื่องจากอายุผู้คนและสังคมไม่ยอมรับ รู้สึกอึดอัดตัวเองที่ป่วยเป็นโรคเรื้อน กลัวทำให้ลูกและภรรยาอาย กลัวญาติพี่น้องไม่อยากใกล้ชิด และผู้ได้รับผลกระทบบางรายมีทัศนคติที่ดีในการดำรงชีวิต สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ มีชาวบ้านนำอาหาร ของใช้มาให้ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นคนอหังการดี แต่ชาวบ้านในละแวกบ้านไม่ทราบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อน ส่วนใหญ่คิดว่าพิการตั้งแต่กำเนิด มีแค่คนสนิทที่ทราบ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอึดอัดหรือว่าถูกรังเกียจจากสังคมภายนอก

สรุปได้ว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนพิการ 12 ราย มีความพิการสูญเสียทางการมองเห็นระดับ 2 และมีความพิการซ้ำซ้อนทางตา มือ เท้า และมีบาดแผลทางร่างกาย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,000-5,000 บาท และมีสมาชิกในครัวเรือน 2 คน การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ มีทั้งใช้เครื่องช่วยความพิการและไม่ใช้ สาเหตุที่ไม่ใช้เครื่องช่วยความพิการมาจากการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการต่างๆ และการชำรุดหรือไม่เหมาะสมของอุปกรณ์ อุปกรณ์ประเภทแว่นตา ไม่เท่า เป็นอุปกรณ์ที่ผู้ประสบปัญหา จากโรคเรื้อน ใช้มากที่สุด ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมในสังคม ไม่รู้สึกถูกตีตรา ส่วนผู้ที่มีความรู้สึกถูกตีตราไม่กล้าออกจากบ้าน เนื่องจากอายุผู้คนและสังคมไม่ยอมรับ กลัวทำให้ลูกและภรรยาอาย กลัวญาติพี่น้องไม่อยากใกล้ชิด

ส่วนที่ 6 ผลการประเมินความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ (Need Assessment) ผู้ประสบปัญหา
จากโรคเรื้อน

ตารางที่ 7 ความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ	จำนวน (n = 12)	ร้อยละ
1. ด้านการดูแลตนเอง		
ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ	5	41.67
สามารถดูแลตนเอง (Self Care)	7	58.33
2. ด้านอุปกรณ์เครื่องช่วย		
2.1 มีความจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ทางตา	7	58.33
มีอยู่และเหมาะสม	4	33.33
มีอยู่แต่ไม่เหมาะสม	0	0.00
ไม่มี	3	25.00
2.2 มีความจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ทางมือ	9	75.00
มีอยู่และเหมาะสม	3	25.00
มีอยู่แต่ไม่เหมาะสม	0	0.00
ไม่มี	6	50.00
2.3 มีความจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ทางเท้า	11	91.67
มีอยู่และเหมาะสม	5	41.67
มีอยู่แต่ไม่เหมาะสม	1	8.33
ไม่มี	5	41.67
2.4 มีความจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ทางกายอุปกรณ์	7	58.33
มีอยู่และเหมาะสม	5	41.67
มีอยู่แต่ไม่เหมาะสม	2	16.67
ไม่มี	0	0.00
2.5 มีความจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ทางไม้ค้ำยัน	7	58.33
มีอยู่และเหมาะสม	7	58.33
มีอยู่แต่ไม่เหมาะสม	0	0.00
ไม่มี	0	0.00

ตารางที่ 7 ความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน (ต่อ)

ความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ	จำนวน (n = 12)	ร้อยละ
3. ด้านการส่งรักษาต่อ		
มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อผ่าตัดแก้ไขความพิการที่ตา (Eye surgery)	2	16.67
มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อผ่าตัดแก้ไขความพิการที่มือ (Reconstructive hand surgery)	0	0.00
มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อผ่าตัดแก้ไขความพิการเท้าตก (Drop foot surgery)	0	0.00
มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อผ่าตัดแผลติดเชื้อ (Septic surgery)	1	8.33
มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาอาการแพ้ (Reactions)	1	8.33
มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาปัญหาสุขภาพอื่นๆ	1	8.33
4. ด้านการศึกษา		
ผู้ให้สัมภาษณ์และครอบครัวมีความจำเป็นในการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน	4	33.33
5. ด้านสังคม (สุขภาพจิต)		
มีปัญหาทางจิต เช่น ความเครียด	2	16.67
ความคิดทางลบ เกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพ ในอนาคต	1	8.33
มีความพร้อมในการดูแลตนเองและการเข้าสังคม ระดับน้อย	2	16.67

จากตารางที่ 7 การประเมินความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน ด้วยแบบประเมินทั้ง 5 ด้าน พบว่า ผู้ได้รับผลกระทบ มีความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพในด้านต่างๆ ที่แตกต่างกัน โดยมีผลการประเมินดังนี้ ด้านที่ 1 การดูแลตนเอง พบว่า ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ คิดเป็นร้อยละ 41.67 และผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนที่สามารถดูแลตนเอง (Self Care) คิดเป็นร้อยละ 58.33 ด้านที่ 2 อุปกรณ์เครื่องช่วย พบว่า มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ทางตา คิดเป็นร้อยละ 58.33 และพบว่าที่ยังไม่มีอุปกรณ์เครื่องช่วย ทางตา คิดเป็นร้อยละ 25.00 มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ทางมือ คิดเป็นร้อยละ 75.00 และพบว่าที่ยังไม่มีอุปกรณ์เครื่องช่วย ทางมือ คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ทางเท้า คิดเป็นร้อยละ 91.67 พบว่า มีอุปกรณ์แต่ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 8.33 และพบว่าที่ยังไม่มีอุปกรณ์เครื่องช่วย ทางเท้า คิดเป็นร้อยละ 41.67 มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ทางกายอุปกรณ์ คิดเป็น

ร้อยละ 58.33 และพบว่ามืออยู่แต่ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 16.67 มีความจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยทางไม้ค้ำยัน ซึ่งมีอยู่และเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 58.33 ด้านที่ 3 การส่งรักษาต่อ พบว่า มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อผ่าตัดแก้ไขความพิการที่ตา คิดเป็นร้อยละ 16.67 มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อผ่าตัดแผลติดเชื้อ (Septic surgery) รักษาอาการเห่อ (Reactions) และรักษาปัญหาสุขภาพอื่นๆ อัตราเท่ากัน ร้อยละ 8.33 ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพจิต พบว่า มีความจำเป็นในการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ด้านที่ 5 ด้านสังคม (สุขภาพจิต) พบว่า มีปัญหาทางจิต เช่น ความเครียด คิดเป็นร้อยละ 16.67 ความคิดทางลบเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพในอนาคต คิดเป็นร้อยละ 8.33 และมีความพร้อมในการดูแลตนเองและการเข้าสังคม ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 16.67

สรุปผลการประเมินตามแบบบันทึกทั้ง 4 ส่วนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ตารางที่ 8 สรุปผลการประเมินตามแบบบันทึกทั้ง 4 ส่วนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

สรุปผลแบบบันทึกบางส่วน	จำนวน (n=12)	ร้อยละ
ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ (Impairment Data Form)	12	100.00
เกณฑ์ : มีระดับความพิการที่ ตา/มือ/เท้า ตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป หรือมีแผล		
ข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ		
ความพิการสูงสุด ณ วันจำหน่ายการรักษา		
ระดับ 0	0	0.00
ระดับ 1	0	0.00
ระดับ 2	12	100.00
ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Information Form)	11	91.67
เกณฑ์ : เป็นผู้ไม่มีรายได้/ไม่ได้ประกอบอาชีพ/มีหนี้สิน หรือ		
มีสภาพความเป็นอยู่ที่ยากลำบากต่อการดำรงชีวิต		
ข้อมูลส่วนบุคคล		
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	91.67
รับจ้าง	1	8.33

ตารางที่ 8 สรุปผลการประเมินตามแบบบันทึกทั้ง 4 ส่วนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน (ต่อ)

สรุปผลแบบบันทึกบางส่วน	จำนวน (n=12)	ร้อยละ
ส่วนที่ 4 แบบวัดข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation Scale)	4	33.33
เกณฑ์ : มีคะแนนรวมตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป		
ระดับข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม		
ไม่มีปัญหาในการมีส่วนร่วม	8	66.67
มีปัญหาในการมีส่วนร่วมเล็กน้อย	1	8.33
มีปัญหาในการมีส่วนร่วมปานกลาง	2	16.67
มีปัญหาในการมีส่วนร่วมมาก	0	0.00
มีปัญหาในการมีส่วนร่วมมากที่สุด	1	8.33
ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้สึกถูกตีตรา (Jacoby Stigma Scale)	5	41.67
เกณฑ์ : มีคะแนนรวมตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป		
ความรู้สึกถูกตีตรา		
รู้สึกถูกตีตรา	5	41.67
ไม่รู้สึกถูกตีตรา	7	58.33

จากตารางที่ 8 สรุปการประเมินภาพรวมใน 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 2 การประเมินข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ (Impairment Data Form) ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Information Form) ส่วนที่ 4 ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation Scale) และส่วนที่ 5 ความรู้สึกถูกตีตรา (Jacoby Stigma Scale) ของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน โดยจะพิจารณาคัดเลือกผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนที่พบว่า มีปัญหาด้านใดด้านหนึ่งตามเกณฑ์แล้วนำมาสัมภาษณ์เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ (Need Assessment) ได้ข้อสรุปดังนี้ คือ พบผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนตามส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ (Impairment Data Form) เกณฑ์ คือ มีระดับความพิการที่ ตา/มือ/เท้า ตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป หรือมีแผล คิดเป็นร้อยละ 100.00 ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนตามส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Information Form) เกณฑ์ คือ เป็นผู้ไม่มีรายได้/ไม่ได้ประกอบอาชีพ/มีหนี้สิน หรือมีสภาพความเป็นอยู่ที่ยากลำบากต่อการดำรงชีวิต คิดเป็นร้อยละ 91.67 ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนตามส่วนที่ 4 แบบวัดข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation Scale) เกณฑ์ คือ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.33 และผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนตามส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้สึกถูกตีตรา (Jacoby Stigma Scale) เกณฑ์ คือ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 41.67

การวางแผนฟื้นฟูสภาพและให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็น

จากผลการประเมินของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนตามแบบประเมิน 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 2 การประเมินข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 4 ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม ส่วนที่ 5 ความรู้สึกถูกตีตรา และส่วนที่ 6 การประเมินความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการดูแลตนเอง ด้านอุปกรณ์เครื่องช่วย ด้านการส่งรักษาต่อ ด้านสุขศึกษาและด้านสังคม (สุขภาพจิต) พบว่า ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนมีความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพทั้ง 5 ด้าน ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแผนการฟื้นฟูสภาพและให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นที่เหมาะสมดังรายละเอียดตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แผนฟื้นฟูสภาพและให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นที่เหมาะสมผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ	สิ่งที่ควรให้ความช่วยเหลือ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการ	ลงพื้นที่ เยี่ยมบ้าน ให้สุขศึกษา และคำแนะนำ รวมถึง	- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
การดูแลความสะอาดของบาดแผล	สื่ออุปกรณ์ในการดูแลตนเอง เช่น ชุดทำความสะอาด บาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและจังหวัด - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยทางตา ทางมือ ทางเท้า ทางกายอุปกรณ์ และไม้ค้ำยัน	อุปกรณ์ช่วยเหลือตาม ความจำเป็น ในส่วนที่มีแล้ว แต่ยังไม่เหมาะสม ในการใช้งาน ควรได้รับการ ซ่อมแซมปรับปรุง	- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและจังหวัด - โรงพยาบาลชัชนาท - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
การส่งรักษาต่อเพื่อผ่าตัดแก้ไข ความพิการที่ตา แผลติดเชื้อ อาการเห่อ และปัญหาสุขภาพอื่นๆ	ประสานการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษา	- โรงพยาบาลชัชนาท - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 3
การให้คำปรึกษาแนะนำและบำบัดปัญหาทางจิต เช่น ความเครียดความวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพในอนาคต	ลงพื้นที่ เยี่ยมบ้าน ให้สุขศึกษา คำแนะนำ ให้กำลังใจ รวมถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริม ศักยภาพในการประกอบอาชีพ	- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 - องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น - สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์จังหวัด

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพความพิการและปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่จังหวัดชัยนาท ซึ่งได้ดำเนินการค้นหาข้อมูลการขึ้นทะเบียนรักษาในโปรแกรม UCHA ของสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาของสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 3 พบข้อมูล ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อยู่ในจังหวัดชัยนาท 82 ราย โดยนำแบบประเมินส่วนที่ 1 แบบคัดกรองความพิการ 8 ข้อ มาคัดกรองความพิการผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน หากตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าบุคคลนั้นมีความพิการที่ต้องดำเนินการสัมภาษณ์ในแบบสำรวจส่วนอื่นๆต่อไป จากการใช้แบบประเมินคัดกรองความพิการแล้ว พบว่า มีผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความพิการ จำนวน 12 ราย จึงดำเนินการใช้ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ (Impairment Data) ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว (Personal Information Form) ส่วนที่ 4 แบบวัดขีดจำกัดการมีส่วนร่วมทางสังคม (The Participle Scale) ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้สึกถูกตีตรา (Jacoby Stigma Scale) และส่วนที่ 6 แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ (Need Assessment) สรุปและอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

จากการนำแบบประเมินส่วนที่ 1 แบบคัดกรองความพิการ 8 ข้อมาใช้คัดกรองความพิการผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในจังหวัดชัยนาท จำนวน 82 ราย พบผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความพิการจำนวน 12 ราย จึงดำเนินการใช้แบบประเมินส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติของตา มือ เท้า ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว ส่วนที่ 4 แบบวัดขีดจำกัดการมีส่วนร่วมทางสังคม ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้สึกถูกตีตรา และส่วนที่ 6 แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนพิการ 12 ราย มีความพิการสูญเสียทางการมองเห็นระดับ 2 และมีความพิการซ้ำซ้อนทางตา มือ เท้า และมีบาดแผลทางร่างกาย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 2,000-5,000 บาท และมีสมาชิกในครัวเรือน 2 คน การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ มีทั้งใช้เครื่องช่วยความพิการและไม่ใช้ สาเหตุที่ไม่ใช้เครื่องช่วยความพิการมาจากการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการต่างๆ และการชำรุดหรือไม่เหมาะสมของอุปกรณ์ อุปกรณ์ประเภทแว่นตา ไม้เท้า เป็นอุปกรณ์ที่ผู้ประสบปัญหา จากโรคเรื้อน ใช้มากที่สุด ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมในสังคม มีความรู้สึกถูกตีตราไม่กล้าออกจากบ้าน เนื่องจากอายุผู้คนและสังคมไม่ยอมรับ กลัวทำให้ลูกและภรรยาอายกลัวญาติพี่น้องไม่อยาก

ใกล้ชิด ส่วนใหญ่ต้องการฟื้นฟูสภาพ และความช่วยเหลือทางด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยทางตา มือ เท้า ภายอุปกรณ์ และไม้ค้ำยัน ซึ่งพบว่า บางรายมีอุปกรณ์เครื่องช่วยที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้อุปกรณ์ขาเทียมที่ไม่พอดีกับสรีระ การชำรุดของไม้ค้ำยันหรือแม้แต่ความไม่พอดีกับรองเท้าเฉพาะและแว่นตาที่สวมใส่นอกจากความต้องการเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือ ยังต้องการความรู้ คำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันความพิการที่เพิ่มขึ้น การดูแลความสะอาดของบาดแผล การเยียวยา ความกีดทางลบเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพในอนาคต

การจัดทำแผนฟื้นฟูสภาพและการช่วยเหลือตามความจำเป็นที่เหมาะสมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความพิการ

1. วางแผนการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามผลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย สํารวจที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมบริเวณบ้าน เพื่อการพัฒนาปรับปรุงให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความพิการสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันได้
2. การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เหมาะสมตามสภาพร่างกายของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความพิการ และจัดส่งหรือนำไปให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความพิการ
3. การส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายในพื้นที่ในการดูแลผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความพิการ ให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. การส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาฟื้นฟูสภาพ ในหน่วยงานสถานพยาบาลภาครัฐ
5. การวางแผนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อน เพื่อให้ประชาชนรับรู้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อน ให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ผู้มีเชื้อโรคเรื้อนได้รับการรักษาก่อนที่จะมีความพิการ และป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ลดการตีตราทั้งตนเอง และผู้อื่น ชุมชน และสังคม
6. วางแผนการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่

อภิปรายผล

จากการศึกษาสภาพความพิการและปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษา พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้เฉลี่ย 2,000 - 5,000 บาท ต่อเดือนต่อครัวเรือน ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายซึ่งมีความจำเป็นเพื่อดำรงชีพ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการสำรวจความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย เศรษฐกิจ สังคมของผู้ประสบปัญหาโรคเรื้อน จังหวัดกาญจนบุรีของพจนา ธิญญกิตติกุลและคณะ (2557) ที่พบว่า ผู้ประสบปัญหาโรคเรื้อนมีความต้องการจำเป็นในการประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้เลี้ยงครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่ใช่

เครื่องช่วยความพิการ เนื่องจากการเข้าถึง การชำรุดและความไม่เหมาะสมของอุปกรณ์เครื่องช่วย อุปกรณ์ประเภท แวนตา และไม้เท้าเป็นอุปกรณ์ที่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนใช้มากที่สุด และต้องการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับงานวิจัยของธิดา นั้มมาและคณะ (2559) ที่ศึกษาการสำรวจความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและการฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็นที่เหมาะสมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจังหวัดพิจิตร พบว่า รายที่มีความต้องการอุปกรณ์รองเท้าเฉพาะ หรือรถนั่งแบบมีคันโยก มีการวางแผนให้การช่วยเหลือโดยกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจังหวัดพิจิตรและสถานบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีอาการชาที่มือ/เท้า และมีความลำบากในการเดินหรือขึ้นบันได ซึ่งส่วนใหญ่พบความพิการหรือมีความสูญเสียที่มองเห็นได้ ระดับ 2 ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก โดยพบความพิการทางตา ทางมือ ทางเท้า เป็นผู้มีความพิการซ้ำซ้อน และมีบาดแผลตามร่างกาย รวมถึงมีความรู้สึกลดคุณค่า เช่น ไม่กล้าออกจากบ้าน เนื่องจากอายุผู้คนและสังคมไม่ยอมรับ และศิริมาศ รอดจันทร์และคณะ (2554) พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตและข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยทำนายข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม ได้แก่ การไม่ได้เรียนหนังสือ การไม่ได้ประกอบอาชีพ การมีเท้าพิการหรือมีแผลที่นิ้ว สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชูลเลอร์และคณะ (2011) ที่ศึกษาเรื่องประสบการณ์ ในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อนหญิงที่พิการในชนบทของสุลาเวสีใต้ ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ผู้หญิงเกือบทั้งหมดที่พิการต่างก็มีประสบการณ์เรื่องความรังเกียจและได้รับผลของอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยเฉพาะผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนได้รับความรังเกียจจากญาติพี่น้อง เครือญาติและสมาชิกชุมชน ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนยังคงทนทุกข์จากความรู้สึกที่มีต่อตนเองเรื่องการรังเกียจ (self-stigma) และนิโคลและคณะ (2004) การสูญเสียประสาทรับความรู้สึก เป็นผู้ที่มีความต้องการรองเท้าที่ป้องกันความพิการ ต้องการการสอนปฏิบัติในการดูแลตนเองที่บ้าน การเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ความเครียดเมื่อถูกวินิจฉัย การกลัวการถูกทอดทิ้ง ความทุกข์ทรมานจากโรคอื่นๆ และการมีสมาชิกครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งเป็นปัจจัยในการเพิ่มอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม จากสภาพปัญหาที่สำรวจพบ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลไปจัดทำแผนฟื้นฟูสภาพและให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นที่เหมาะสม และร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือ สอดคล้องกับงานวิจัยของเบสเชและคณะ (2002) ที่พบว่า การฟื้นฟูสภาพช่วยปรับปรุงเรื่องการนับถือตนเอง (self-esteem) การพึ่งตนเองด้านการเงิน (financial independence) acquisition of new skills และการเข้าถึง public institutions ซึ่งจะทำให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือเป็นการบำบัดทางจิตใจ ระหว่างกลุ่มผู้ที่สามารถดูแลตนเอง เข้าสังคมได้ โดยไม่รู้สึกลูกติดรากับกลุ่มที่มีความอ่อนไหวกับเรื่องดังกล่าว
2. ควรมีระบบในการติดตามประเมินผล เพื่อเน้นย้ำความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันไม่ให้เกิดความพิการที่เพิ่มขึ้น
3. ควรมีการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและการเยี่ยมบ้านที่ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมที่หลากหลายหน่วยงาน รวมถึงการดำเนินงานโดยคนในพื้นที่ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

บรรณานุกรม

กรมควบคุมโรค. การให้คำปรึกษา โรคเรื้อนและวัณโรค สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพ.

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: การศาสนาบ้านบาตร. 2548.

กรมควบคุมโรค. คู่มือการวินิจฉัยและการรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: การศาสนาบ้านบาตร. 2553.

กรมควบคุมโรค. ผลสรุปสภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว. กรุงเทพฯ:

โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2540.

กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปีและผลดำเนินงานในรอบปี 2551. สมุทรปราการ:

สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2552.

กิตติ กิตติอำพน. ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งชุมชน

สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2538.

โกวิท คัมภีรภาพ. โรคเรื้อน (Leprosy update). วารสารสมาคมศิษย์เก่าสถาบันโรคผิวหนัง. 2553.

โกวิท คัมภีรภาพ. โรคเรื้อน (Leprosy update) ตอน 2. วารสารสมาคมศิษย์เก่าสถาบันโรคผิวหนัง. 2554.

ธีระ รามสูต. ดำรงโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิเวศธรรมดาการพิมพ์. 2535.

ธิดา นิ่มมา. รายงานผลสำรวจความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและการฟื้นฟูสภาพตาม

ความจำเป็นที่เหมาะสมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจังหวัดพิจิตร. 2559.

ปริญญญา ไตมานะ และระวีวรรณ ศรีสุชาติ. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกี่ยวพันอื่นๆ.

วารสารสุขภาพจิตในประเทศไทย. 2548.

พจนา ธัญญกิตติกุลและคณะ. การสำรวจความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย เศรษฐกิจ

สังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 เดือนเมษายน – มิถุนายน 2557. 2557.

ศิริมาศ รอดจันทร์และคณะ. การสำรวจความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหา

จากโรคเรื้อนจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารควบคุมโรคปีที่ 37 ฉบับที่ 3 ก.ค. – ก.ย. 2554. 2554.

สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์

โครงการบัณฑิตศึกษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาพยาบาลศาสตร์. 2553.

สมบุญ ศาลยาชีวิน. พัฒนาการทางจริยธรรมวัดได้หรือไม่. ศึกษาสาร. มปป: ม.ป.ท. (อัคราณา).

สถาบันราชประชาสมาสัย. ระบบฐานข้อมูลออนไลน์ UCHA. [เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2559].

เข้าถึงได้จาก: <http://103.40.150.227>.

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. เครื่องมือสำรวจสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน. 2554.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. แผนยุทธศาสตร์โรคและภัยสุขภาพและระบบควบคุมโรค 5 ปี (2560 – 2564). เอกสารอัดสำเนา. 2559.

อรุณ ภาคสุวรรณ. การเจ็บป่วยเรื้อรัง. เอกสารประกอบคำบรรยายวิชาจิตวิทยาทางการแพทย์. ม.ป.ท. (2524). (เอกสารอัดสำเนา)

Arole S., Premkumar R, Arole R, et al. (2002). Social Stigma: a comparative qualitative study of Integrated and vertical care approaches to leprosy. *Lev Rev* 2002 (73), 186 – 196.

Berkman, L.F. & Syme, S.L. Social Networks, Host Resistance, and Mortality: a Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*. 109 (February 1979): 186-203.

Brandt, P.A. & Weinert, C. The PRQ a Social Support Measure. *Nursing Research*. 30 (September/ October 1981) : 277-280.

Bortner, R.W. & Hultsch, O. F. (1981). A Multivariate Analysis of Correlates of Life Satisfaction in Adulthood. *Journal of Gerontology*. 25 (April 1970): 41-47.

Burckhardt, C.S. The impact of arthritis on quality of life. Doctoral Dissertation University of Colorado; 1982.

_____. The Impact of Arthritis on quality of life.” *Nursing Research*. 34 (January/February 1985): 11-16.

Cameron, P. Social Stereotypes 3 Faces of Happiness. *Psychology Today*. 8 (August 1974): 53-64.

Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, W.L. The quality of American life: Perceptions, evaluation and satisfaction. New York: Russell Sage Foundation, 1976.

Cantril, H. Pattern of Human Concerns. New Jersey: Rutgers University press, 1965.

Cutler, S.J. Voluntary Association Participation and life Satisfaction: A custionary Research Note. *Journal of Gerontology*. 28 (January 1979): 96-99.

Dubos, R. The sate of Health and the quality. *The Western Journal of Medicine*. 125 (July 1976): 8-9.

Eaton, W. Life events, social supports and psychiatry symptom: A reanalysis of the New Haven data. *Journal of Health and Social behavior*. 19 (1978): 230-234.

- Evans, R.W., et al. "The Quality of Patient with End-Stage Renal Disease". *The New England Journal of Medicine*. 132 (February 1985): 553-559.
- Flanagan, J.C. A Research Approach to Improving our Quality of Life." *American Psychologist*. 31 (February 1978) : 138-147.
- Goffman E. *Stigma*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall, 1963.
- Hadaway, C.K. Life Satisfaction and Religion : A Reanalysis. *Social Force*. 57 (1978): 636-643.
- Holmes, S. Pursuit of Happiness. *Nursing Mirror*. 161 (September 1985): 43-45.
- Holmes, S. & Dickerson, J. The Quality of Life : Designs and Evaluation of a Self-Assessment Instrument for Use with Cancer Patients. *Internal Journal Nursing Studies*. 24 (1987): 15-24.
- Hubbard, P., Muhlenkamp, A.F. & Brown, N. "The Relationship between Social Support and Self-Care Practice," *Nursing Research*. 33 (September/October 1984) : 266-269.
- Johnson, F., Cloyed, C. & Wer, J.A. Life Satisfaction of Poor Urban Black Aged. *Advance in Nursing Science*. 4 (April 1982): 27-34.
- Katz, S. The Science of Quality of Life. *Journal of Chronic Disease*. 40 (June 1987): 459-463.
- Kennedy, L.W., et al. "Subjective Evaluation of well-being: Problem and Prospects. *Social Indicators Research*. 5 (1978): 457-473.
- Lambert, V.A. & Lambert, C.E.Jr. The Patients with an Alteration in Cardiovascular Function. In *The Impact of Physical Illness and Related Mental Health Concepts*. pp.170-204 Englewood Clift : Prentice-Hall Inc. 1979.
- Levy, N.B. & Wynbrandt, G.D. The Quality of Life on Maintenance Hemodialysis. *Lancet*. 1 (June 1975): 1328-1330.
- Marino, L.B. & Kooser, J.A. The Psychosocial care of cancer clients and their families: periods of high risk. In *cancer Nursing*. pp. 53-86. Edited by L.B. Marino. St.Louis: The C.V. Mosby Company, 1981.
- Maslow, A.H. *Motivation and Personality*. 2nd ed. New York : Harper & Row, 1970.
- Mitchell G.Welss, Jayashree Ramakrishna, & Daryl Sommma. Health – related stigma : Rethinking Concepts and interventions. *Psychol Health Med*. 2006 Aug; 11(3) : 277 – 87.
- Neugarten, B.L., Havighurst, R.J. & Tobin, S.S. The Measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology*. 16 (April 1961): 134-143.

Nicholls P.G., Bakirtzief Z, Van Brakel WH, et al. The Participation Scale: measuring a key concept in public health. *Disabil Rehabil.* 2006; 28(4): 193-203.

Orem, D.E. *Nursing: Concepts of practice.* 3 rd. ed. New York: McGraw-Hill book company, 1985.

Padilla, G.V. & Grant, M.M. Quality of life as a cancer nursing outcome variable.

Advance in Nursing Science. 8 (October 1985): 45-60.

Palmore, E. & Luikart, C. Health and Social Factors Related to Life Satisfaction. *Journal of Health & Social Behavior.* 13 (March 1972): 68-80.

Samidt, E. V., Smirnov, V.E. & Ryahbovs, V.S. "Results of the Seven-Year Prospective Study of Stroke Patients" *Stroke.* 19 (August 1988) : 942-949.

SM Nardi, VD Paschoal. DM Zanetta. (2011). Social participation of people affected by leprosy after Discontinuation of multidrug therapy. *Lev Rev* (82), 55 – 64.

Spitzer, W., Dobson, A. & Hall, J. Measuring the Quality of Life of Cancer Patients.

A Concise QL-Index for Use by Physicians *Journal of Chronic Disease.* 34 (June 1981): 585-597.

Stromberg, M.F. Selecting and Instrument to Measure Quality of Life *Oncology Nursing Forum.* 11 (September/October 1984): 88-91.

Taylor, S.H. Drug Therapy an Quality of Life in Angina Pectoris. *American Heart Journal.* 114 (July 1987): 234-240.

Thompson, M.S. & Ensminger, M. E. " Psychological Will- being among Mother with School Age Children: Evolving Family Structures. *Social Forces.* 67 (1987): 715-730.

Unesco. "Evaluating the Quality of Life in Belgium." *Social Indicators Research.* 8 (September 1980): 312.

Van Brakel WH. Measuring helth-related stigma – A literature review. *Psychol Health Med.* 2006 Aug; 11(3) : 307 – 34.

Weiss and Ramkrishna. Conference examines need for more study of AIDS stigma .
Article in *AIDS policy & law* 16(18):4 · October 2001.

World Health Organization. *A Guide to Eliminating Leprosy as a Public Health Problem.* Geneva : WHO, 1997.

ภาคผนวก

**เครื่องมือสำรวจสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม
และความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน
(ชุดประเมินความพิการแบบเร็ว Rapid Disability Assessment: RDA toolkit)**

.....

1. ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองความพิการ 8 ข้อ (Disability Screening Tool)
2. ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ (Impairment Data Form)
3. ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Information Form)
4. ส่วนที่ 4 แบบวัดข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation Scale)
5. ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้สึกต่อการตีตรา (Jacoby Stigma Scale)
6. ส่วนที่ 6 แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ (Need Assessment)

ส่วนที่ 1 : แบบคัดกรองความพิการ 8 ข้อ (Disability Screening Tool)

คำแนะนำ : ให้ผู้สำรวจทำการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามด้านล่างนี้ หากพบว่าผู้ตอบตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 1 ข้อ ให้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยแบบสำรวจอื่นๆต่อไปตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มือนี้

รายการคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1.คุณมีความลำบากในการมองเห็น แม้คุณสวมแว่นสายตา ใช่หรือไม่		
2.คุณมีความลำบากในการขึ้นลงบันได ใช่หรือไม่		
3.คุณมีความลำบากในการชำระล้างร่างกายหรือสวมใส่เสื้อผ้า ใช่หรือไม่		
4.มีกิจวัตรประจำวันบางอย่างที่คุณไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่นการหยิบจับสิ่งของ ใช่หรือไม่		
5.คุณมีอาการชาที่มือและ/หรือเท้า ใช่หรือไม่		
6.คุณมีอาการอ่อนแรงที่มือและ/หรือเท้า ใช่หรือไม่		
7.คุณมีบาดแผลตามมือและ/หรือเท้า ใช่หรือไม่		
8.คุณมีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์หรือการมีส่วนร่วมในงานบุญประเพณี การทำงาน การประชุม และอื่นๆ ใช่หรือไม่		

หมายเหตุ: หากตอบว่า “ใช่” ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆข้างต้นเป็นผลอันเนื่องมาจากโรคเรื้อน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

เลขบัตรประชาชนผู้ให้ข้อมูล ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ชื่อ-สกุลผู้ให้ข้อมูล :

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

เจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2558

(ควรระมัดระวังการเก็บข้อมูลเพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ให้สัมภาษณ์)

ส่วนที่ 2 : แบบบันทึกข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ (Impairment Data Form)

ให้คัดลอกข้อมูลเหล่านี้จากทะเบียนผู้ป่วย (ถ้ามี)

1.วัน เดือน ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย _/_/_/____ (เช่น 01/01/2510)

2.ระดับความพิการตามองค์การอนามัยโลก ณ วันวินิจฉัยโรค

☐ ระดับ 0

☐ ระดับ 1

☐ ระดับ 2

3.ปัจจุบันยังอยู่ระหว่างรักษาด้วยยา MDT ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4.ประเภทการรักษาโรคเรื้อรัง ณ ปัจจุบัน ☐ PB ☐ MB ☐ อื่นๆ

5.ระดับความพิการตามองค์การอนามัยโลก ณ วันจำหน่ายจากการรักษา

☐ ระดับ 0

☐ ระดับ 1

☐ ระดับ 2 ระบุลักษณะความพิการ.....

โปรดตรวจร่างกาย (ตา มือ และเท้า) ในวันที่ทำการสัมภาษณ์ และทำเครื่องหมาย / ลงในตารางดังต่อไปนี้

ระดับ	ตา			มือ			เท้า		
ความพิการ	อาการ	ซ้าย	ขวา	อาการ	ซ้าย	ขวา	อาการ	ซ้าย	ขวา
0	หนังตา/ตาดูปกติ และ สายตาคมชัด สามารถนับนิ้วได้ใน ระยะ 6 เมตร			รูปร่างปกติฝ่า มือฝ่าไม่ชา			รูปร่างปกติฝ่า เท้าฝ่าไม่ชา		
1	ตาดำชา แต่สายตาคมชัด สามารถนับ นิ้วได้ในระยะ 6 เมตร			รูปร่างปกติฝ่า มือฝ่าชาแต่ ไม่มีแผล			รูปร่างปกติฝ่า เท้าฝ่าชาแต่ ไม่มีแผล		
2	ตาลับไม่สนิทหรือ ม่านตาอักเสบหรือ กระจกตาเป็นฝ้าขุ่น สายตาคมชัดมาก(นับ นิ้วมือไม่ถูกในระยะ 6 เมตรหรือวัด สายตาได้น้อยกว่า 6/60)			☐ รูปร่าง ผิดปกติ ☐ มีแผล ☐ นิ้วงอข้อ ติดแข็ง ☐ ข้อมือตกร			☐ รูปร่าง ผิดปกติ ☐ มีแผล ☐ นิ้วงอข้อติด แข็ง ☐ เดินเท้าตก		

หากมีบาดแผลโปรดระบุจำนวนบาดแผลลงในตารางข้างล่างนี้

ที่	ตำแหน่ง	จำนวนบาดแผลด้านขวา	จำนวนบาดแผลด้านซ้าย
1	ฝ่ามือและหลังมือ		
2	แขน		
3	ฝ่าเท้าและหลังเท้า		
4	ขา		
5	อื่นๆ ระบุ.....		

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Information Form)

โปรดกรอกตัวเลขหรือทำเครื่องหมายวงกลม ○ ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1	วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์	_/_/_/_/_	
2	เพศ	หญิง	1
		ชาย	2
3	วัน เดือน ปีเกิด	_/_/_/_/_	
4	อายุปัจจุบัน	ปี	
5	ระดับการศึกษา	อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้	1
		อ่านออกเขียนไม่ได้	2
		อ่านออกเขียนได้(ไม่เคยเรียนในโรงเรียน)	3
		ประถมศึกษา	4
		มัธยมศึกษาตอนต้น	5
		มัธยมศึกษาตอนปลาย	6
		อนุปริญญา/อาชีวศึกษา	7
		มหาวิทยาลัย	8
6	สถานภาพสมรส	โสด	1
		คู่	2
		แยกกันอยู่	3
		ม่าย	4
7	มีสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ร่วมบ้านด้วยกันเป็นประจำเกือบทุกวันมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปกี่คน (เพื่อ ดูภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว)	 (รวมผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วย)	

8	ข้อใดเป็นอาชีพของคุณ(เลือกเพียงข้อเดียวที่ดีที่สุด)	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1
		รับจ้างทั่วไป	2
		เกษตรกรรม	3
		อื่นๆ ระบุ.....	4
9	ประเภทของที่อยู่อาศัย	มีความคงทนน้อย(กระท่อม/เพิงชั่วคราว/ บ้านหลังเล็กมุงจากหรือฟื่นอื่นๆ มุง กระเบื้องหรือสังกะสี)	1
		มีความคงทนมาก	2
10	ครอบครัวคุณเป็นเจ้าของบ้านหรือไม่	ใช่	1
		ไม่ใช่	2
11	ครอบครัวคุณมีมอเตอร์ไซด์หรือไม่	มี	1
		ไม่มี	2
12	ครอบครัวคุณมีรถยนต์หรือไม่	มี	1
		ไม่มี	2
13	ครอบครัวคุณมีส่วน/ไร่/นาข้าว/บ่อเลี้ยงปลาหรือไม่	มี	1
		ไม่มี	2
14	ครอบครัวคุณมีการเลี้ยงสัตว์เพื่อสร้างรายได้หรือ ลดรายจ่ายหรือไม่	ใช่ เป็นสัตว์ประเภทใด.....ก็ตัว....	1
		ไม่ใช่	2
15	ครอบครัวของคุณมีกิจการอื่นของตนเองที่ นอกเหนือ อาชีพในข้อ8หรือไม่	ไม่ใช่	1
		ใช่ ระบุ.....	2
16	รายได้เฉลี่ยของครอบครัวคุณต่อเดือน	ไม่มีรายได้	1
		ต่ำกว่า 2,000 บาท	2
		ระหว่าง 2,000-5,000 บาท	3
		ระหว่าง 5,001-10,000 บาท	4
		มากกว่า 10,000 บาท ระบุ.....	5

17	คุณมีหนี้สินหรือไม่	ไม่มี	1
		มีต่ำกว่า 2,000 บาท	2
		ระหว่าง 2,000-5,000 บาท	3
		ระหว่าง 5,001-10,000 บาท	4
		มากกว่า 10,000 บาท ระบุ.....	5
18	รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)	แวนตา	1
		รถเข็นนั่ง(Wheel chair)	2
		ไม้เท้า	3
		ไม้ค้ำยัน	4
		ที่ยึด/เฟือก	5
		ภาชนะที่ดัดแปลงสำหรับใช้ทานอาหาร/ เครื่องมือที่ดัดแปลงสำหรับใช้ในการทำงาน/ ถุงมือ	6
		รองเท้าพิเศษหรือรองเท้าป้องกันความพิการ ซื้อจากตลาด/ร้านค้าเฉพาะทาง	7
		กายอุปกรณ์	8
		อื่นๆ ระบุ.....	9
		ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ช่วยความพิการ	0

ส่วนที่ 4 แบบวัดข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation Scale)

ที่	เปรียบเทียบกับคนรู้จัก	ไม่ระบุ / ไม่ตอบ	ใช่	บางครั้ง	ไม่	ไม่เกี่ยวข้อง ไม่อยากทำ ไม่จำเป็นต้องทำ	ไม่เป็นปัญหา	เป็นปัญหาเล็กน้อย	เป็นปัญหามาก	เป็นปัญหาใหญ่	คะแนนที่ได้
1	เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่รู้จักคุณมีโอกาสเท่ากันในการทำงานหรือไม่		0								
	(ถ้าตอบว่า เป็นบางครั้งหรือตอบว่าไม่) มันเป็นปัญหาสำหรับคุณอย่างไร						1	2	3	5	
2	เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่รู้จักคุณทำงานหนักพอๆกับเขาหรือไม่(จำนวนชั่วโมงประเภทงานเหมือนกัน)		0								
	(ถ้าตอบว่า เป็นบางครั้งหรือตอบว่าไม่) มันเป็นปัญหาสำหรับคุณอย่างไร						1	2	3	5	
3	เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่รู้จักคุณมีส่วนในการหาเงินหรือสร้างรายได้แก่ครอบครัวเหมือนเขาหรือไม่		0								
	(ถ้าตอบว่า เป็นบางครั้งหรือตอบว่าไม่) มันเป็นปัญหาสำหรับคุณอย่างไร						1	2	3	5	
4	เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่รู้จัก นอกจากการไปหาหมอแล้วคุณเดินทางไปนอกบ้านบ่อยพอๆกับเขาหรือไม่ เช่นไปซื้อหรือขายของ ไปเยี่ยมญาติหรือเพื่อน		0								
	(ถ้าตอบว่า เป็นบางครั้งหรือตอบว่าไม่) มันเป็นปัญหาสำหรับคุณอย่างไร						1	2	3	5	
5	เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่รู้จัก คุณไปร่วมงานเทศกาลหรือพิธีกรรมเช่นเดียวกับเขาหรือไม่ เช่น งานบวช งานบุญ		0								
	(ถ้าตอบว่า เป็นบางครั้งหรือตอบว่าไม่) มันเป็นปัญหาสำหรับคุณอย่างไร						1	2	3	5	

6	เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่รู้จัก คุณไปคนที่มักจะเข้าร่วมกิจกรรมสังคมเช่นเดียวกับเขาใช่หรือไม่ (เช่น ในกิจกรรมทางศาสนา/กิจกรรมของชุมชน)		0								
	(ถ้าตอบว่า เป็นบางครั้งหรือตอบว่าไม่) มันเป็นปัญหาสำหรับคุณอย่างไร						1	2	3	5	
7	เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่รู้จักคุณได้รับการยอมรับนับถือจากชุมชนเหมือนเขาหรือไม่		0								
	(ถ้าตอบว่า เป็นบางครั้งหรือตอบว่าไม่) มันเป็นปัญหาสำหรับคุณอย่างไร						1	2	3	5	
8	เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่รู้จักคุณมักจะไปเยี่ยมพบปะคนในชุมชนบ่อยพอกับเขาหรือไม่		0								
	(ถ้าตอบว่า เป็นบางครั้งหรือตอบว่าไม่) มันเป็นปัญหาสำหรับคุณอย่างไร						1	2	3	5	
9	เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่รู้จักคุณไปไหนมาไหนภายในภายนอกบ้านหรือแถวๆ หมู่บ้านเหมือนเขาหรือไม่		0								
	(ถ้าตอบว่า เป็นบางครั้งหรือตอบว่าไม่) มันเป็นปัญหาสำหรับคุณอย่างไร						1	2	3	5	
10	คุณได้ไปยังที่สาธารณะหรือที่ผู้คนมักไปกัน เช่น โรงเรียน ร้านค้า สำนักงาน ตลาด ในหมู่บ้านหรือไม่		0								
	(ถ้าตอบว่า เป็นบางครั้งหรือตอบว่าไม่) มันเป็นปัญหาสำหรับคุณอย่างไร						1	2	3	5	
11	คุณทำงานบ้านหรือไม่		0								
	(ถ้าตอบว่า เป็นบางครั้งหรือตอบว่าไม่) มันเป็นปัญหาสำหรับคุณอย่างไร						1	2	3	5	

12	ถ้ามีการพูดคุยถึงในครอบครัว ความเห็นของคุณได้รับการยอมรับหรือไม่ (ถ้าตอบว่า เป็นบางครั้งหรือตอบว่าไม่) มันเป็นปัญหาสำหรับคุณอย่างไร		0								
13	คุณรู้สึกปกติเมื่อต้องพบคนแปลกหน้า (ถ้าตอบว่า เป็นบางครั้งหรือตอบว่าไม่) มันเป็นปัญหาสำหรับคุณอย่างไร		0								
							1	2	3	5	
							1	2	3	5	

ไม่มีปัญหา ในการมีส่วนร่วม	มีปัญหาในการมี ส่วนร่วมเล็กน้อย	มีปัญหาในการมี ส่วนร่วมปานกลาง	มีปัญหาในการมี ส่วนร่วมมาก	มีปัญหาในการมี ส่วนร่วมมากที่สุด	คะแนนรวม
0-17 คะแนน	18-29 คะแนน	30-41 คะแนน	42-53 คะแนน	54-65 คะแนน	

ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้สึกต่อการตีตรา (Jacoby Stigma Scale)

โปรดทำเครื่องหมายถูก / ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่าน

คำถาม	คะแนน	
	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)
1.การที่คุณเป็นโรคเรื้อน ทำให้คนอื่นรู้สึกอึดอัดเกี่ยวกับตัวคุณ		
2.การที่เป็นโรคเรื้อน ทำให้คนอื่นปฏิบัติต่อคุณด้อยกว่าคนอื่น		
3.การที่คุณเป็นโรคเรื้อน ทำให้คนอื่นหลีกเลี่ยงการพบปะพูดคุยกับคุณ		
คะแนนรวม		
ตอบใช่อย่างน้อย 1 ข้อ ให้ถือว่าผู้ร้นมีความรู้สึกถูกตีตรา		

ความเห็นของผู้สัมภาษณ์ :.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ (Need Assessment)

1. ด้านร่างกาย/การแพทย์

การดูแลตนเอง (Self Care)	
ผู้ให้สัมภาษณ์มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการหรือไม่	
ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ดูแลตนเอง (Self Care) หรือไม่ ถ้าตอบว่าได้ดูแลตนเองให้สังเกตด้วย*	

อุปกรณ์เครื่องช่วย (Assistive devices)	
เพื่อทราบว่าผู้ให้สัมภาษณ์มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยหรือไม่ หากมีใช้แล้วอุปกรณ์นั้นเหมาะสมหรือไม่ หากไม่เหมาะสมอุปกรณ์เครื่องช่วยแบบใดจึงจะเหมาะสม	
คำถาม	คำตอบ
1. ตาของท่านหลับสนิทหรือไม่	☐ ตาหลับสนิท ☐ ตาหลับไม่สนิท
1.1 ถ้าตาหลับไม่สนิท : มีแว่นตาป้องกันความพิการหรือไม่	☐ มีแว่นตาเพื่อป้องกันความพิการ ☐ ไม่มีแว่นตาเพื่อป้องกันความพิการ
1.2 ถ้ามีใช้อยู่แล้วเหมาะสมหรือไม่	☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม
1.3 หากไม่เหมาะสมสมควรเป็นแว่นตาแบบใด	ระบุ.....
1.4 มีความจำเป็นต้องใช้แว่นสายตาหรือไม่	☐ มี ☐ ไม่มีความจำเป็น
1.5 ถ้ามีใช้อยู่แล้วเหมาะสมหรือไม่	☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม
1.6 หากไม่เหมาะสมความเป็นแว่นตาแบบใด	ระบุ.....
2. ท่านมีอาการชาที่มือหรือไม่	☐ มือชา ☐ มือไม่ชา
2.1 ถ้ามือชา : มีถุงมือหรือผ้ารองมือเพื่อป้องกันความพิการหรือไม่	☐ มีถุงมือหรือผ้ารองมือเพื่อป้องกันความพิการ ☐ ไม่มีถุงมือและผ้ารองมือเพื่อป้องกันความพิการ
2.2 ถ้ามีใช้อยู่แล้วเหมาะสมหรือไม่	☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม
2.3 หากไม่เหมาะสมควรเป็นถุงมือแบบใด	ระบุ.....
3. เท้าของท่านมีอาการชาหรือไม่	☐ เท้าชา ☐ เท้าไม่ชา
3.1 ถ้าเท้าชา : มีรองเท้าเพื่อป้องกันความพิการหรือไม่	☐ มี ☐ ไม่มี
3.2 ถ้ามีใช้อยู่แล้วเหมาะสมหรือไม่	☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม
3.3 หากไม่เหมาะสมควรเป็นรองเท้าแบบใด	ระบุ.....

อุปกรณ์เครื่องช่วย (Assistive devices)	
เพื่อทราบว่าผู้ให้สัมภาษณ์มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยหรือไม่ หากมีใช้แล้วอุปกรณ์นั้นเหมาะสมหรือไม่ หากไม่เหมาะสมอุปกรณ์เครื่องช่วยแบบใดจึงจะเหมาะสม	
คำถาม	คำตอบ
4. มีความจำเป็นต้องใช้กายอุปกรณ์ (Prosthesis) หรือไม่	☐ มี ☐ ไม่มีความจำเป็น
4.1 ถ้ามีใช้อยู่แล้วเหมาะสมหรือไม่	☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม
4.2 หากไม่เหมาะสมสมควรเป็นแขนขาแบบใด	ระบุ.....
5. มีความจำเป็นต้องใช้ไม้ค้ำยัน (crutches) หรือไม่	☐ มี ☐ ไม่มีความจำเป็น
5. 1 ถ้ามีใช้อยู่แล้วเหมาะสมหรือไม่	☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม
5.2 หากไม่เหมาะสมความเป็นแขนขาแบบใด	ระบุ.....
6. มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยอื่นๆหรือไม่	☐ มี ☐ ไม่มีความจำเป็น
6.1 ถ้ามีใช้อยู่แล้วเหมาะสมหรือไม่	☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม
6.2 หากไม่เหมาะสมควรใช้อุปกรณ์แบบใด	ระบุ.....

การส่งรักษาต่อ (Referral needed)	
7. มีความจำเป็นต้องรับการส่งต่อเพื่อผ่าตัดแก้ไขความพิการที่ตา (Eye surgery) หรือไม่	☐ มี ☐ ไม่มีความจำเป็น
8. มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อผ่าตัดแก้ไขความพิการที่มือ (Reconstructive hand surgery) หรือไม่	☐ มี ☐ ไม่มีความจำเป็น
9. มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อผ่าตัดแก้ไขเท้าตก (Drop foot surgery) หรือไม่	☐ มี ☐ ไม่มีความจำเป็น
10. มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อผ่าตัดแผลติดเชื้อ (Septic surgery) หรือไม่	☐ มี ☐ ไม่มีความจำเป็น
11. มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาอาหารแทรกซ้อน (Reactions) หรือไม่	☐ มี ☐ ไม่มีความจำเป็น
12. มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาปัญหาสุขภาพอื่นๆหรือไม่ หากมี เป็นปัญหาสุขภาพด้านใด	☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มีความจำเป็น

สุขศึกษา Health Education	
คำถาม	คำตอบ
13. มีความจำเป็นในการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนสำหรับผู้ให้สัมภาษณ์และครอบครัวหรือไม่หากมีความรู้ด้านใดบ้าง	

2. ด้านสังคม

การอบรม/ฝึกอบรม	
คำถาม	คำตอบ
14. เคยได้รับการอบรมด้านการประกอบอาชีพหรือไม่	☐ เคยอบรม ระบุ..... ☐ ไม่เคยอบรม
15. มีทักษะในการประกอบอาชีพด้านใดบ้าง	☐ มี ☐ ไม่มี

การมีส่วนร่วมทางสังคม/สุขภาพจิต	
คำถาม	คำตอบ
16. ผู้ให้สัมภาษณ์มีปัญหาทางจิตเช่น มีความเครียดหรือไม่	☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี
17. จากการสังเกตของท่าน ผู้ให้สัมภาษณ์คิดถึงอนาคตของตนเองอย่างไร	☐ ทางบวก ☐ ทางลบ
18. จากการสังเกตของท่าน ผู้ให้สัมภาษณ์ดูแลตนเองได้ดีแค่ไหนในการเข้าสังคม (เช่น ความสะอาด การแต่งกาย)	☐ ดี ☐ น้อย

ครอบครัว	
คำถาม	คำตอบ
19. ผู้ให้สัมภาษณ์อาศัยอยู่กับใคร	☐ คนเดียว ☐ ครอบครัว ☐ อื่นๆ ระบุ.....
20. ถ้าอยู่คนเดียว :	☐ ตั้งแต่เมื่อไหร่ (ระบุระยะเวลา)..... เนื่องจาก.....
21. ใครให้ความช่วยเหลือผู้ให้สัมภาษณ์	ระบุ.....

3. ด้านเศรษฐกิจ (Economy)

การประกอบอาชีพและรายได้	
คำถาม	คำตอบ
24. อาชีพปัจจุบัน	
25. ทำมานานแค่ไหน	
26. ทำงานเดือนละกี่ครั้ง/วัน	
27. อาชีพที่ผ่านมา	
28. หยุดทำไปนานเท่าใด	
29. เหตุผลที่หยุดทำ	
30. รายได้ต่อเดือน	
31. บ้านที่ผู้ให้สัมภาษณ์อยู่	☐ ไม่ใช่บ้านของตนเอง ☐ บ้านของตนเอง
32. สภาพบ้าน	☐ ดี ☐ ใช้ได้ ☐ ทรุดโทรม
33. สภาพบ้านของผู้ให้สัมภาษณ์เทียบกับเพื่อนบ้าน	☐ ด้อยกว่า ☐ เหมือนกัน ☐ ดีกว่า
34. มีสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ให้สัมภาษณ์ในการเลี้ยงดู	☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี
35. การที่ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นโรคเรื้อรังมีผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของเขาหรือไม่	☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี

** หากผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ให้สัมภาษณ์ด้านการประกอบอาชีพ ให้ทำการประเมินตามแบบฟอร์ม “ประเมินการประกอบอาชีพ” ต่อไป

ประเมินการประกอบอาชีพ (Vocational Assessment)

*** ไม่ต้องใช้แบบประเมินนี้ หากไม่มีความจำเป็นในการช่วยเหลือผู้ให้สัมภาษณ์ด้านการประกอบอาชีพ

1. ประวัติการประกอบอาชีพ

.....

.....

.....

..... 2.

ทักษะอาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน

.....

.....

3. อาชีพ

3.1 อาชีพที่สนใจอยากทำในปัจจุบัน (ไม่มีทักษะ)

.....

.....

3.2 อาชีพที่สนใจอยากทำในปัจจุบัน (ที่สอดคล้องกับทักษะและความสามารถที่มีอยู่)*

.....

.....

4. ทักษะและความรู้ของผู้ให้สัมภาษณ์ต่องานที่เขาสนใจ

.....

.....

5. รายชื่องานที่ผู้ให้สัมภาษณ์สนใจและสามารถทำได้ในชุมชนที่เขาอาศัยอยู่

.....

.....

6. สิ่งจำเป็นต้องมีในการประกอบอาชีพที่อยากจะทำ

.....

.....

7. มีความจำเป็นในการปรับ สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ ให้เข้ากับสภาพของผู้ให้สัมภาษณ์หรือไม่

.....

.....

8. ครอบครัวสนับสนุนผู้ให้สัมภาษณ์ในการทำงานหรือปรับสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ ให้เข้ากับสภาพของผู้ให้สัมภาษณ์หรือไม่

.....

.....

9. ทักษะและการสนับสนุนของชุมชนต่ออาชีพในปัจจุบันและอาชีพที่สนใจอยากทำ

.....

.....

10. เหตุผลของผู้ให้สัมภาษณ์ในความจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนหรือผู้ให้สัมภาษณ์รายนี้

.....