



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

ผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนหลังการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไปในประเทศไทย

The impact on persons affected by leprosy after the integration of leprosy colony into general communities in Thailand

แสงระวี รัตมีแจ่ม*, จันจนกร พรหมแก้ว, โกเมศ อุนรัตน์

Saengrawee Ratsamecham*, Janjanakorn Promkaew, Gomes Unarat

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Rajpracha Samasai Institute, Department of Disease Control

*Corresponding Author: saeng.rassame@gmail.com

Received: July 8, 2024 Revised: April 22, 2025 Accepted: April 23, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตและการติตรา ตลอดจนผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ภายหลังจากการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนให้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนทั่วไปในประเทศไทย โดยใช้วิธีวิจัย ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในหมู่บ้านที่เคยเป็นนิคม จำนวน 283 คน และชุมชนรอบนอก จำนวน 270 คน ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตและแบบวัดการติตรา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีในทุกด้าน โดยด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 2.83 รองลงมาคือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม 2.80 ด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดที่ 2.75 และคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 2.77 ด้านการติตรา พบว่า ร้อยละ 60.4 หากสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน จะไม่รู้สึกละอายหรืออับอาย แต่ยังมีร้อยละ 47.8 ที่เห็นว่าคนในชุมชนอาจปฏิเสธ การเยี่ยมเยียนครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคเรื้อน และร้อยละ 47.0 เห็นว่าคนในชุมชนอาจหลีกเลี่ยงการพบปะพูดคุยกับผู้ที่เป็นโรค เชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จำนวน 34 คน และผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จำนวน 54 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนได้รับสิทธิ ด้านที่อยู่อาศัยจากกรมธนารักษ์ มีการปรับปรุงที่พักเพื่ออยู่อาศัยและทำมาหากิน การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นไปตามสิทธิที่ได้รับ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าการขยายตัวของเมืองทำให้เกิดอาชีพหลากหลาย และผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนสามารถกลมกลืน เข้ากับชุมชนรอบข้างได้ ที่สำคัญ หน่วยงานภาครัฐมีบทบาทหลักในการบูรณาการและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยการให้บริการและสวัสดิการต่าง ๆ เช่นเดียวกับประชาชนในพื้นที่อย่างเท่าเทียมและเสมอภาค ทำให้เกิดความเข้าใจในการอยู่ร่วมกัน ส่งผลให้ลดการติตราระหว่างชุมชน ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและหน่วยงานภาครัฐ นำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย Zero Leprosy ตามยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลต้องการ การสนับสนุนความรู้ในการดูแลแผลและการป้องกันความพิการในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ดังนั้น จึงเสนอให้กรมควบคุมโรคกำหนดเป็นจุดเน้นให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนิเทศติดตามอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ผลกระทบ, ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน, บูรณาการ, นิคมโรคเรื้อน, ชุมชนทั่วไป

Abstract

This study aims to examine the situation regarding the quality of life and stigma, as well as the impacts on persons affected by leprosy, following the integration of leprosy colony into the general community in Thailand. The research employs both quantitative and qualitative methods. Quantitative research involved a sample of 283 persons affected by leprosy living in former leprosy colony and 270 people from surrounding communities. The study used a quality-of-life assessment and a stigma measurement tool. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations. Findings revealed that persons affected by leprosy had a good quality of life in all dimensions. The highest average score was in the physical domain (2.83), followed by social relationships and environment (2.80), and the lowest was in the psychological domain (2.75), with an overall average quality of life score of 2.77. Regarding stigma, 60.4% of respondents said they would not feel inferior or ashamed if a family member had leprosy. However, 47.8% believed that people in the community might refuse to visit families of those affected, and 47.0% thought that community members might avoid interacting with leprosy-affected persons. Qualitative research was conducted through in-depth interviews and focus group discussions with 34 representatives from relevant local agencies and 54 persons affected by leprosy. Findings from the qualitative data revealed that those affected received housing rights from the Treasury Department, with improvements made to their residences to support living and livelihood. Access to healthcare services was consistent with their entitled benefits. In terms of social and economic aspects, urban expansion has created diverse job opportunities, and persons affected by leprosy have been able to integrate into surrounding communities. Importantly, government agencies play a key role in continuous integration and support by providing services and welfare equally and fairly, similar to the general population. This has fostered mutual understanding and reduced stigma between communities, persons affected by leprosy, and government agencies, contributing to the achievement of the World Health Organization's Zero Leprosy strategy. However, sub district health promoting hospitals still require support in knowledge related to wound care and prevention of disabilities among those affected by leprosy. Therefore, it is recommended that the Department of Disease Control designate this as a focus area for responsible agencies to monitor and supervise systematically.

Keywords: Impact, Persons affected by leprosy, Integrated, Leprosy colony, General Community

บทนำ

นิคมโรคเรื้อนได้จัดตั้งขึ้นเมื่อ ปีพ.ศ. 2451 - 2496 ในยุคสมัยที่โรคเรื้อนยังเป็นปัญหาทั้งทางสาธารณสุขและสังคม การควบคุมโรคเรื้อนยังใช้วิธีแยกกักผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลและนิคมโรคเรื้อน โดยจัดตั้งสถานพยาบาลโรคเรื้อน 6 แห่ง และนิคมโรคเรื้อน 14 แห่ง ทั่วประเทศ เพื่อดูแลรักษา สงเคราะห์และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและครอบครัว ความก้าวหน้าทางด้านโรคเรื้อนที่มีมากขึ้น การควบคุมโรคจึงเปลี่ยนไปใช้วิธีมุ่งค้นหาและรักษาควบคุมผู้ป่วยที่บ้านแทน โดยเริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2499 ซึ่งสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2537 ถึงแม้

การควบคุมป้องกันการแพร่เชื้อจะเป็นได้ด้วยดี แต่ความพิการยังคงเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งที่กำลังรักษาและจำหน่ายจากการรักษาแล้ว ร่องรอยความพิการทางร่างกายที่ยังปรากฏอยู่อาจก่อให้เกิดผลสืบเนื่องทั้งปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจและการดำรงชีวิตในสังคม อันเกิดจากการตีตราซึ่งไม่ได้เกิดเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อนแต่บุคคลในครอบครัวที่เข้ามาอาศัยในนิคมหรือลูกหลานที่เกิดและอยู่อาศัยภายในนิคมจะได้รับผลกระทบด้วยจากการตีตราด้วยเช่นกัน⁽¹⁾ กรมควบคุมโรค จึงเห็นความจำเป็นในการส่งเสริมให้ผู้พิการและผู้สูงอายุสามารถอาศัยร่วมกับครอบครัวในชุมชนปกติ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ขอรับ

การสงเคราะห์รายใหม่สามารถรับการสงเคราะห์อยู่ในชุมชนได้ โดยการปรับเปลี่ยนแนวทางการสงเคราะห์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว ด้วยการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไป เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว

จากการที่พระราชบัญญัติกำหนด แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี พ.ศ. 2542 หมวด 4⁽²⁾ กรมควบคุมโรคเสนอภารกิจที่จะถ่ายโอนคือ การถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนพร้อมทั้งกำหนดเป็นนโยบายของกรมควบคุมโรคและมอบหมายให้สถาบันราชประชาสมาสัย เตรียมการและวางแผนการถ่ายโอนภารกิจนิคมโรคเรื้อนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่นิคมโรคเรื้อนตั้งอยู่ โดยเริ่มดำเนินการที่นิคมปราสาท สุรินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และสามารถประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 และเมื่อ พ.ศ. 2560 สามารถดำเนินการถ่ายโอนเป็นชุมชนทั่วไป รวม 12 แห่ง ปัจจุบันยังคงเหลือ “สถานสงเคราะห์สถาบันราชประชาสมาสัย” เป็นสถานสงเคราะห์ภายใต้กรมควบคุมโรค อีก 1 แห่ง

ในปี พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลก (World health organization : WHO)⁽³⁾ ได้กำหนดนโยบายการดำเนินงานโรคเรื้อน Towards zero leprosy : Global leprosy (Hansen's disease) Strategy 2021 - 2030 โดยวิสัยทัศน์ระยะยาว “สู่การปลอดโรคเรื้อน (Zero Leprosy)” อันหมายถึง 1) ไม่มีการติดเชื้อและโรค (Zero infection and disease) 2) ไม่มีความพิการอันเนื่องมาจากโรคเรื้อน (Zero disability due to leprosy) และ 3) ไม่มีการตีตราและการเลือกปฏิบัติ (Zero stigma and discrimination) กรมควบคุมโรค โดยสถาบันราชประชาสมาสัย⁽⁴⁾ กำหนดเป้าหมายลดการตีตราในผู้ป่วยโรคเรื้อนและชุมชน อยู่ในแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคเรื้อน ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) โดยมีโครงการกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนสามารถอยู่ในชุมชนเป็นปกติเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป เช่น การไม่รู้สึกลำบากหรืออายในการมีส่วนร่วมในสังคม เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นคุณภาพชีวิต พบว่า ในประเทศไทยเคยมีการศึกษาคุณภาพชีวิตสมาชิก ในนิคมที่ได้ถ่ายโอนและบูรณาการเป็นชุมชนปกติทั่วไป มีเพียงการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ เพาะโกษณ์ ทำการศึกษานิคม โรคเรื้อนใน 3 นิคม ได้แก่ นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย และนิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า มีความพึงพอใจต่อการเป็นชุมชนปกติทั่วไป และคิดว่าสภาพปัจจุบันนี้ทำให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽⁵⁾ และเมื่อเปรียบเทียบกับอดีตที่ผ่านมา พบว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ส่วนประเด็นการตีตรา พบว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนบางราย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มีรอยโรค ไม่สามารถปรับตัวได้ ยังยึดติดกับความเป็นอยู่ในนิคมเดิมและตนเองมีชีวิตที่แตกต่างจากคนทั่วไปรอบนอกนิคม⁽⁶⁾ นอกจากนี้คนทั่วไปรวมทั้งบุคลากรด้านสาธารณสุขมีการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนสูงกว่าการรับรู้การตีตราต่อวัณโรค⁽⁷⁾ ในขณะที่คนทั่วไปเกิดความคุ้นเคย ความรังเกียจจากความไม่รู้และความไม่เข้าใจที่คนทั่วไปเคยมีต่อผู้พิการจากโรคเรื้อนในอดีตก็สลายตัวลง⁽⁸⁾ จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว พบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและการตีตราของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนในภาพรวมทั้งประเทศ คณะผู้ศึกษาจึงให้ความสำคัญทำการศึกษารายเรื่อง ผลกระทบของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนหลังการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไปในประเทศไทย ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำไปกำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางลดการตีตราผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในประเทศไทย ที่สามารถผลักดันให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายของกรมควบคุมโรคและสนับสนุนยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก ในประเด็นการตีตราและการเลือกปฏิบัติ (Zero stigma and discrimination) ต่อไปได้

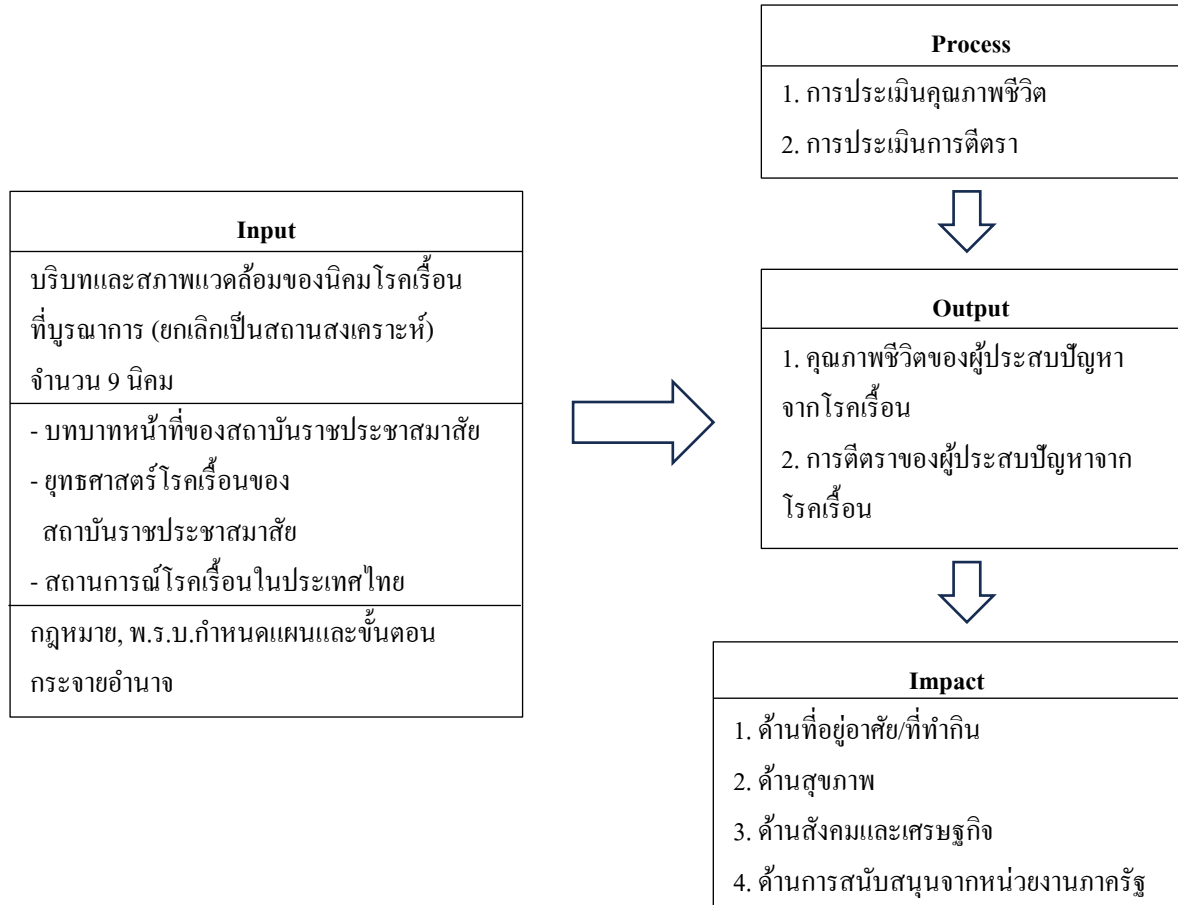
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน หลังการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไป ในประเทศไทย

2. เพื่อศึกษาการติดตามของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน หลังการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไป ในประเทศไทย

3. เพื่อศึกษาผลกระทบของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน หลังการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนให้เป็น ชุมชนทั่วไปในประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาเพียงระยะเดียว (One-phase Design) ภายใต้อาณัติวิจัยเดียวกัน ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 - กันยายน พ.ศ. 2566 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

การคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลกระทบของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน หลังการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไปในประเทศไทย จำนวน 13 แห่ง โดยคัดเลือกพื้นที่ที่มีกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยทำการศึกษาหมู่บ้านที่บูรณาการมาจากนิคมโรคเรื้อน จำนวน 9 แห่ง ได้แก่

1. บ้านโนนสมบูรณ์ หมู่ 10 จ.ขอนแก่น (เดิมชื่อ นิคมโนนสมบูรณ์)
2. บ้านมั่นคงราชประชา จ.ร้อยเอ็ด (เดิมชื่อ นิคมเสถภูมิ)
3. บ้านไทรทอง จ.มหาสารคาม (เดิมชื่อ นิคมบ้านหัน)
4. บ้านคำเขื่อนขาว จ.อำนาจเจริญ (เดิมชื่อ นิคมอำนาจเจริญ)
5. บ้านใหม่ราชประชา จ.พิษณุโลก (เดิมชื่อ นิคมบ้านกร่าง)
6. บ้านนิคมแม่ลาว จ.เชียงราย (เดิมชื่อ นิคมแม่ลาว)
7. ชุมชนราชประชาร่วมใจ จ.จันทบุรี (เดิมชื่อ นิคมแพร่งาหยัง)
8. ชุมชนร่วมใจพัฒนา จ.จันทบุรี (เดิมชื่อ นิคมคงทับ)
9. บ้านราชประชานุสรณ์ จ.นครศรีธรรมราช (เดิมชื่อ นิคมพุดหง)

พื้นที่ที่ไม่เข้าเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 3 แห่ง ได้แก่

1. บ้านราชประชาสมาธิ จ. น่าน (เดิมชื่อ นิคมฝายแก้ว)
2. บ้านแม่ทะ หมู่ 9 จ.ลำปาง (เดิมชื่อ นิคมแม่ทะ)
3. ชุมชนราชประชาร่วมใจ จ.สุรินทร์ (เดิมชื่อ นิคมปราสาท)

วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร ได้แก่ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน (ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน) ที่อาศัยอยู่จริงและชุมชนโดยรอบพื้นที่

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ

ประชากรในพื้นที่ศึกษา	ขนาดตัวอย่าง ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	ขนาดตัวอย่าง ชุมชนรอบนอก
1. บ้านโนนสมบูรณ์ หมู่ 10 จ.ขอนแก่น (เดิมชื่อ นิคมโนนสมบูรณ์)	98	30
2. บ้านมั่นคงราชประชา จ.ร้อยเอ็ด (เดิมชื่อ นิคมเสถภูมิ)	20	30
3. บ้านไทรทอง จ.มหาสารคาม (เดิมชื่อ นิคมบ้านหัน)	15	30
4. บ้านคำเขื่อนขัว จ.อำนาจเจริญ (เดิมชื่อ นิคมอำนาจเจริญ)	23	30
5. บ้านใหม่ราชประชา จ.พิษณุโลก (เดิมชื่อ นิคมบ้านกร่าง)	4	30
6. บ้านนิคมแม่ลาว จ.เชียงราย (เดิมชื่อ นิคมแม่ลาว)	13	30
7. ชุมชนราชประชาร่วมใจ จ.จันทบุรี (เดิมชื่อ นิคมแพร่ขางช้าง)	76	30
8. ชุมชนร่วมใจพัฒนา จ.จันทบุรี (เดิมชื่อ นิคมคงทับ)	5	30
9. บ้านราชประชานุสรณ์ จ.นครศรีธรรมราช (เดิมชื่อ นิคมพุดหง)	29	30
รวม	283	270

การสุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน โดยใช้ฐานข้อมูลผู้พิการจากโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ ของสถาบันราชประชาสมาธิ กรมควบคุมโรค (จำนวนข้อมูลผู้พิการจากโรคเรื้อน ณ ช่วงที่ศึกษาวิจัย) และใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และ 2) ชุมชนโดยรอบพื้นที่ศึกษา โดยใช้วิธีสืบค้นข้อมูล จำนวนสมาชิกในชุมชนในฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย และใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI⁽¹⁰⁾ ฉบับย่อ ภาษาไทย ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาอังกฤษ มีจำนวน 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 2 ข้อ ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ และคุณภาพชีวิต

ศึกษา (สมาชิกในชุมชนที่อาศัยอยู่ในตำบลเดียวกันกับ นิคมโรคเรื้อนตั้งอยู่) ที่สมัครใจให้ข้อมูลในหมู่บ้านที่บูรณาการมาจากนิคมโรคเรื้อน จำนวน 9 แห่ง

ขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยวิธีการของ Robert V.Krejcie และ Daryle W.Morgan⁽⁹⁾ จะได้ขนาดตัวอย่าง ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จำนวน 283 คน และชุมชนรอบนอก จำนวน 270 คน ดังตารางที่ 1

โดยรวม จำนวน 2 ข้อ โดยมีข้อคำถามทางบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ การให้คะแนน ตอบ ไม่เลย เท่ากับ 0 คะแนน ตอบ เล็กน้อย เท่ากับ 1 คะแนน ตอบ ปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน ตอบ มาก เท่ากับ 3 คะแนน มีการกลับคะแนนในข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ การจัดระดับคุณภาพชีวิต โดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละข้อหามาหาผลรวมและคิดค่าเฉลี่ย และจัดแบ่งตามเกณฑ์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.60 คะแนน ไม่เลย ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี ค่าเฉลี่ย 0.61 - 1.45 คะแนน เล็กน้อย ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี ค่าเฉลี่ย 1.46 - 2.30 คะแนน ปานกลาง ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และค่าเฉลี่ย 2.31-3.00 คะแนน มาก ระดับคุณภาพชีวิตดี ใช้เก็บกลุ่มตัวอย่างผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และแบบวัดการตีตราของชุมชน (EMIC: Explanatory Model Interview Catalogue) ของกรมคุมโรค⁽¹¹⁾ มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบ

ให้เลือกตอบ 3 คำตอบ ไม่ทราบ/ไม่ใช่ คะแนนเท่ากับ 0 เป็นไปได้ คะแนนเท่ากับ 1 และใช่ คะแนนเท่ากับ 2 ตัวแปรการติดตามโรคเรื้อรังมีค่าคะแนนได้ตั้งแต่ 0 - 30 คะแนน เป็นเครื่องมือที่ผ่านการแปลกลับ-ไปมา ระหว่างภาษาอังกฤษและภาษาไทยด้วยกันทั้งหมด 3 ครั้ง เพื่อทดสอบความตรงในเชิงภาษาและเนื้อหาของแบบวัดให้มีความถูกต้อง ใช้เก็บกลุ่มตัวอย่างชุมชนโดยรอบพื้นที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเข้าถึงตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่เฉพาะ คณะผู้ศึกษาจึงใช้วิธีเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำของผู้แทนที่ได้รับมอบหมายจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและผู้นำชุมชน

เกณฑ์การคัดเข้า กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจให้ข้อมูล และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการได้ยิน หูหนวก คนต่างด้าว ให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เกณฑ์การถอน หากมีความเสี่ยง (Risk) ระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาจะทำการยุติการเก็บข้อมูลและยกเลิกการเก็บข้อมูลเฉพาะราย ณ ขณะนั้นทันที

เกณฑ์การยุติการศึกษาทั้งโครงการ กรณีซึ่งคณะผู้ศึกษาจะยุติการศึกษาทันที หากประเมินแล้วว่าสามารถนำไปสู่ปัญหาทั้งในด้านสังคม อารมณ์และจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การทะเลาะกันของสมาชิกในครอบครัว หรือสมาชิกในชุมชน เป็นต้น

ตารางที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	จำนวน
1. ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง	54
2. เจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล	9
3. เจ้าหน้าที่หน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	9
4. เจ้าหน้าที่หน่วยงานธารักษ์พื้นที่	8
5. เจ้าหน้าที่หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด	8
รวม	88

ข้อตกลงเบื้องต้น 1) การศึกษารั้งนี้ คณะผู้ศึกษาใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในรูปแบบ google form โดยใช้แบบวัดการติดตามของชุมชน (The Explanatory Model Interview Catalogue : EMIC) ของกรมควบคุมโรค และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับย่อภาษาไทย ของ สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ และ 2) จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย พบว่า มีคำศัพท์ที่ใช้เรียกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาหลากหลาย คณะผู้ศึกษาจึงขอใช้ศัพท์เรียกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ โดยใช้คำภาษาไทยว่า “ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง” ใช้คำภาษาอังกฤษว่า “Persons affected by leprosy”

วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวมจำนวนทั้งสิ้น 88 คน โดยแบ่งเป็น 1) ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่จริง และสมัครใจให้ข้อมูลที่อยู่ในหมู่บ้านบูรณาการมาจากนิคมโรคเรื้อรัง จำนวน 9 แห่ง เป็นการสนทนากลุ่ม ๆ ละ 6 คน และ 2) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ จำนวน 4 หน่วยงานๆ ละ 1 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล เจ้าหน้าที่หน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่หน่วยงานธารักษ์พื้นที่ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังตารางที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1) เครื่องบันทึกเสียง และ 2) แบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม (Focus group) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยทั้ง 2 แบบ จะเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured or guided interview) ผู้ศึกษาจะกำหนดคำถามซึ่งเป็นคำสำคัญ (Keyword) เป็นคำถามปลายเปิด มีความยืดหยุ่นและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนถ้อยคำถามให้สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูล โดยมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อน

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) การสนทนากลุ่ม (Focus group) ก่อนการเริ่มกระบวนการ ผู้ศึกษามีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาและข้อตกลงกติกาในการสนทนา โดยหากผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการพูดคุยให้ยกมือข้างใดข้างหนึ่งขึ้น และหากต้องการยุติการให้ข้อมูลก็สามารถแจ้งผู้ศึกษาและขอออกจากกลุ่มสนทนาได้ โดยผู้ศึกษาจะขออนุญาตในการบันทึกเสียงและภาพถ่ายระหว่างการสนทนา 2) การสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จะใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที เก็บข้อมูล 1 ครั้งจนกว่าผู้ศึกษาจะได้ข้อมูลที่ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา และจะหยุดเมื่อข้อมูลมีความครบถ้วนหรือถึงจุดอิ่มตัว (Saturation of Data) โดยพบว่าข้อมูลที่ได้เริ่มซ้ำกับข้อมูลเดิมและเริ่มมีข้อมูลที่นอกประเด็นมากขึ้น ผู้ศึกษาจะทำการนัดหมายวันเวลาและสถานที่ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นตัวแทนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนผ่านทางหนังสือราชการ โดยประสานผ่านเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลของแต่ละนิคมเป็นศูนย์กลางให้สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่าง ๆ ผู้ศึกษาจะทำหนังสือผ่านหัวหน้าหน่วยงานเพื่อมอบหมายเจ้าหน้าที่โดยทำการสัมภาษณ์ ณ หน่วยงานนั้นๆ ตามวันและเวลาที่แจ้งในหนังสือ และ 3) ผู้ศึกษาใช้ทักษะการสังเกตและจดบันทึกระหว่างการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ ในการเก็บรายละเอียดทั้งลักษณะอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามประเด็นกรอบแนวคิดการศึกษา รวมทั้งแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เป็นการประเมินผลตามแผนโครงการพัฒนาเครือข่ายในรูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อการบูรณาการนิคมโรคเรื้อน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้เชี่ยวชาญ และที่ปรึกษางานวิจัยของหน่วยงาน โดยเป็นไปตามหลักกระบวนการวิจัยรวมทั้งหลักความเคารพและสิทธิความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เพศหญิง ร้อยละ 52.3 อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 30.4 มีสถานภาพแต่งงานอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.8 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 56.2 อาชีพว่างงาน ร้อยละ 44.9 รายได้ต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 54.1 จำนวนผู้อาศัยในบ้านเดียวกัน 2 คน ร้อยละ 40.6 มีการดูแลตนเอง ร้อยละ 42.4 อาศัยอยู่ในหมู่บ้านมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 88.3 มีโรคประจำตัว เบาหวาน ร้อยละ 51.9 ดูแลสุขภาพ/รักษาประจำที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 40.3 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการ (บัตรทองคนพิการ ท.74) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการคัดกรองเพื่อป้องกันความพิการ ร้อยละ 73.1 รองลงมา เคยได้รับการคัดกรองเพื่อป้องกันความพิการ ร้อยละ 26.9 และได้รับการคัดกรองเพื่อป้องกันความพิการจากทีมออกหน่วยสถาบันราชประชาสมาสัย ร้อยละ 23.6

1.2 ข้อมูลทั่วไปของชุมชนรอบนอก กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ เพศหญิง ร้อยละ 51.9 อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 31.1 มีสถานภาพแต่งงานอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 74.1 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา เป็นร้อยละ 49.3 อาชีพว่างงาน ร้อยละ 46.3 รายได้ต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 51.9 จำนวนผู้อาศัยในบ้านเดียวกัน 2 คน ร้อยละ 41.1 มีการดูแลตนเอง ร้อยละ 53.0 อาศัยอยู่ในหมู่บ้านมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 88.9 มีโรคประจำตัว เบาหวาน ร้อยละ 51.9 ดูแลสุขภาพ/รักษาประจำที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 40.7 และมีสิทธิการรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ร้อยละ 79.6

1.3 ผลการประเมินคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิต รายด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ทุกด้านอยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตดี โดยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อยู่ในระดับดี มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 2.83 รองลงมา คุณภาพชีวิตด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ย 2.80

ตารางที่ 3 การประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย (N=283)	S.D	ผล
ด้านร่างกาย	2.83	0.23	คุณภาพชีวิตดี
ด้านจิตใจ	2.75	0.31	คุณภาพชีวิตดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2.80	0.26	คุณภาพชีวิตดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	2.80	0.26	คุณภาพชีวิตดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.77	0.27	คุณภาพชีวิตดี

1.4 ผลการประเมินตีตรา โดยนำเสนอผลการศึกษา ที่มีคะแนนในลำดับ 1 - 3 ดังนี้ ถ้าคนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน จะไม่รู้สึกด้อยหรืออาย ร้อยละ 60.4 และหากเป็นไปได้ คนอื่น ๆ ในชุมชนปฏิเสธที่จะมาเยี่ยม

ครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคเรื้อน ร้อยละ 47.8 ในขณะเดียวกัน หากเป็นไปได้ คนอื่นๆ ในชุมชนหลีกเลี่ยงที่จะพบปะพูดคุยกับผู้ที่เป็นโรคเรื้อน ร้อยละ 47.0

ตารางที่ 4 การประเมินตีตรา

การตีตรา	ร้อยละ (N=270)		
	ใช่	เป็นไปได้	ไม่ใช่/ไม่ทราบ
1. หากเป็นไปได้ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อน จะไม่บอกให้ใครทราบว่าตนเป็นโรคเรื้อน	35.6	41.9	22.6
2. ถ้าคนในครอบครัวของคุณเป็นโรคเรื้อน คุณจะรู้สึกด้อยหรืออาย	8.1	31.5	60.4
3. โรคเรื้อนทำให้เกิดปัญหาสำหรับครอบครัวของเขา	30.0	41.9	28.1
4. ครอบครัวรู้สึกเป็นกังวลหากจะเปิดเผยว่าคนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน	33.3	44.4	22.2
5. โรคเรื้อนเป็นอุปสรรคในการหาคู่แต่งงาน	43.3	38.5	18.1
6. โรคเรื้อนก่อให้เกิดปัญหาในชีวิตคู่	41.5	38.9	19.6
7. การเป็นโรคเรื้อนทำให้ญาติมีความยากลำบากในการหาคู่แต่งงานด้วย	31.1	39.3	29.6
8. คุณคิดว่าการเป็นโรคเรื้อนก่อให้เกิดผลเสียต่อคนอื่น ๆ เช่น คนในชุมชน ไม่กล้าใช้ของส่วนรวมที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนใช้ เป็นต้น	32.6	45.6	21.9
9. คนอื่น ๆ ในชุมชน คิดว่าคนที่ เป็นโรคเรื้อนด้อยกว่าคนอื่น	21.5	44.8	33.7
10. คนอื่น ๆ ในชุมชนหลีกเลี่ยงที่จะพบปะพูดคุยกับผู้ที่เป็นโรคเรื้อน	29.6	47.0	23.3
11. คนอื่น ๆ ในชุมชนปฏิเสธที่จะมาเยี่ยมครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคเรื้อน	20.4	47.8	31.9
12. คนอื่น ๆ ในชุมชนรู้สึกว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความด้อยกว่าครอบครัวอื่น	17.4	44.1	38.5
13. ในชุมชนของคุณ โรคเรื้อนเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความอาย	21.9	37.8	40.4
14. การเป็นโรคเรื้อนทำให้หางานทำยาก	41.5	41.5	17.0
15. คนในหมู่บ้านของคุณไม่ซื้ออาหารจากคนที่ เป็นโรคเรื้อน	34.4	41.1	24.4

2. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ด้านที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน พบว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวในลักษณะของครอบครัวขยาย ส่วนใหญ่เป็นคนรุ่นปู่ตาอายุ ที่อยู่อาศัยจะเป็นการต่อเติม/สร้างขึ้นใหม่ บนที่ดินที่ได้รับการจัดสรรจากกรมธนารักษ์ แต่ก็พบว่าบางนิคมฯ ยังมีปัญหาเรื่องการจัดการสรรหาเช่าที่อยู่อาศัย/ที่ทำกินอยู่บ้าง โดยผู้ประสบปัญหาฯ ยังต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ของกรมควบคุมโรคเป็นผู้ประสานในการแก้ไขปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัยให้

ด้านสุขภาพ ผู้ประสบปัญหาฯ ได้รับการบริการจากหน่วยงานสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่และสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปให้บริการถึงในนิคมฯ อย่างไรก็ตามมีการส่งต่อการรักษาตามระบบ Service plan และพบว่าบุคลากรสาธารณสุขยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลแผลเรื้อรัง และการป้องกันความพิการในกลุ่มผู้ประสบปัญหาฯ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจึงมีความต้องการให้กรมควบคุมโรคให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวเพื่อดูแลกลุ่มผู้ประสบปัญหาฯ

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ในทุกนิคมฯ มีลักษณะความเป็นเมืองที่ขยายเข้ามาในพื้นที่นิคม ทำให้มีการปฏิสัมพันธ์กันในลักษณะของการประกอบอาชีพมากขึ้น เช่น การค้าขาย การเช่าซื้อที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีลูกหลานของผู้ประสบปัญหาฯ ได้ทำงานในหน่วยงานราชการและเอกชนในพื้นที่ บางรายแต่งงานแล้วมีการโยกย้ายครอบครัวเข้ามาตั้งรกรากอยู่ร่วมกับผู้ประสบปัญหาฯ ในนิคม ทำให้คนภายนอกรู้จักนิคมฯ ไม่หวาดระแวง หรือรังเกียจ ผู้ประสบปัญหาฯ อีกทั้งผู้ประสบปัญหาฯ ที่อยู่ในนิคมมีความพิการปรากฏให้เห็นเด่นชัด มีจำนวนไม่มากนักแล้ว

ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ พบว่าหน่วยงานในพื้นที่ร่วมทำข้อตกลงร่วมมือในการบูรณาการนิคม มีการสนับสนุนผู้ประสบปัญหาฯ ตามภารกิจของแต่ละหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง โดยด้านสาธารณสุข มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเข้าไปให้บริการถึงนิคม ไม่เสียเงินค่าบริการ มีเจ้าหน้าที่หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เข้ามาดูแลด้านความพิการ เรื่องสงเคราะห์

ครอบครัว มีเจ้าหน้าที่ธนารักษ์เข้ามาให้ข้อมูลรวมทั้งมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องการเช่าที่ดิน

ด้านนโยบายปลอดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ พบว่า ประเทศไทยได้ดำเนินงานโรคเรื้อนตามแนวทาง Zero stigma and discrimination ขององค์การอนามัยโลกในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านบ้านและครอบครัว พบว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนสามารถรับสงเคราะห์ในชุมชนและบูรณาการนิคมโรคเรื้อนเป็นชุมชนทั่วไปเรียบร้อยแล้ว จำนวน 12 นิคม จากทั้งหมด 13 นิคม รัฐควรสนับสนุนให้ครอบครัวที่ถูกพรากจากกันในอดีต อันเป็นผลจากโรคเรื้อนกลับมาอยู่ร่วมกัน

ด้านอาชีพ พบว่า มีลูกหลานของผู้ประสบปัญหาฯ ทำงานในหน่วยงานราชการและเอกชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นผลกระทบที่ดีในด้านเศรษฐกิจ การมีอาชีพ มีงานทำ ของครอบครัวผู้ประสบปัญหาฯ รัฐควรกระตุ้นและสนับสนุนโอกาสในการประกอบธุรกิจส่วนตัว การตั้งสหกรณ์ และการฝึกอบรมด้านอาชีพแก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัว รวมทั้งสนับสนุนให้ทำงานในตลาดแรงงานปกติ

ด้านการใช้ภาษาที่เลือกปฏิบัติ พบว่า ในการเรียกและให้ความหมายกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ภาษาไทยว่า “ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน” ใช้คำภาษาอังกฤษตามองค์การอนามัยโลกว่า “Person affected by leprosy” รัฐควรเลิกใช้ภาษาที่เลือกปฏิบัติ รวมทั้งการใช้คำว่า “คนไข้เรื้อน” หรือคำอื่นที่ใกล้เคียงในภาษาอื่นหรือภาษาถิ่นในสิ่งพิมพ์ของรัฐบาล ในกรณีที่เป็นไปได้ควรทบทวนสิ่งพิมพ์ของรัฐบาลที่ใช้ภาษาที่เลือกปฏิบัติ

ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ประสบปัญหาฯ เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป โดยไม่มีการแบ่งแยกตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐควรได้รับการบริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัวในระดับเดียวกัน มีคุณภาพได้มาตรฐานทั้งในกรณีที่ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือต้องเสียค่าใช้จ่ายเช่นเดียวกับผู้ป่วยจากโรคอื่น ๆ

ด้านมาตรฐานความเป็นอยู่ พบว่า มีการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในการให้สวัสดิการ เบี้ยความพิการ เบี้ยผู้สูงอายุ ตลอดจนสวัสดิการสังคมต่างๆ แก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป รัฐควรรับรองสิทธิผู้ประสบปัญหาและครอบครัวในความเป็นอยู่ที่มีมาตรฐานเหมาะสม และควรดำเนินการตามขั้นตอนในการปกป้องและส่งเสริมสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติในด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย รวมถึงสภาพความเป็นอยู่อื่นๆ

ด้านการสร้างความตระหนัก พบว่า หน่วยงานภาครัฐมีการให้บริการตามภารกิจตลอดจนการจัดทำโครงการต่างๆ จะครอบคลุมไปถึงผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนด้วย รวมทั้งได้รับความร่วมมือในการทำกิจกรรม/โครงการ จากสมาชิกในนิคมเป็นอย่างดี เช่น การร่วมกิจกรรมวันราชประชาสมาสัย เป็นต้น รัฐร่วมกับสถาบันด้านสิทธิมนุษยชน หน่วยงานเอกชน ประชาสังคม และสื่อมวลชน ควรวางแผนนโยบายและแผน เพื่อสร้างความตระหนักของสังคมในเรื่องสิทธิและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัว

ด้านการอาศัยอยู่ในชุมชนและการก่อสร้างบ้านเรือน พบว่า หน่วยงานภาครัฐมีการสนับสนุนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ในด้านสวัสดิการต่าง ๆ เช่น ที่อยู่อาศัย การซ่อมแซมบ้าน เป็นต้น

อภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านคุณภาพชีวิตและการตีตรา

1.1 ด้านคุณภาพชีวิต จากผลการศึกษา ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตดีในทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของโกเมศ อุนรัตน์⁽¹²⁾ ที่พบว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัยในที่บูรณาการจากนิคมโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัยที่อยู่ในชุมชนตั้งแต่เดิม แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรามาศ รอดจันทร์ และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ เพาะโกษณ์⁽⁶⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง

หากพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 2.83 รองลงมา คุณภาพชีวิตด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 2.80 อันเนื่องกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีความพิการ ภายหลังจากการบูรณาการนิคมมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังเช่น หน่วยงานด้านสุขภาพ เข้าไปให้บริการทำแผลให้กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่หมู่บ้าน รวมทั้งมีการบริหารจัดการเรื่องอุปกรณ์ทำแผล การดูแลความพิการที่ง่ายและสะดวกต่อกลุ่มตัวอย่าง จึงเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ดี รวมทั้งหน่วยงานอื่น ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อบต./เทศบาล พมจ.จังหวัด มีการประสานการทำงานในรูปแบบสหวิชาชีพลงไปดูแลกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ละเลยกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำโครงการหรืองบประมาณต่างๆ ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและได้รับผลประโยชน์ เช่นเดียวกับสมาชิกชุมชนทั่วไป เช่น โครงการสาธารณสุขปึกอกต่าง ๆ ถนน ไฟฟ้า น้ำประปา เป็นต้น

1.2 ด้านการตีตรา จากข้อคำถามที่ 4 ครอบครัวรู้สึกเป็นกังวลหากจะเปิดเผยว่าคนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน ข้อที่ 11 ชุมชนปฏิเสธที่จะมาเยี่ยมครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคเรื้อน และข้อที่ 15 คนในหมู่บ้านของคุณไม่ซื้ออาหารจากคนที่ เป็นโรคเรื้อน แสดงให้เห็นว่ายังมีการตีตราจากครอบครัวและชุมชนอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่ามีระยะทางสังคมของประชาชนในชุมชนต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในระดับปานกลางและมีการตีตราในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ เพาะโกษณ์⁽⁶⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตการเผชิญปัญหา และผลกระทบ จากประสบการณ์การเป็นโรคเรื้อนที่สำคัญ คือ การตีตรา (Stigma) มีการแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติอย่างชัดเจนจากคนภายนอกนิคมโรคเรื้อนและกลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวไม่ได้ อยู่ในรุ่นพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย เป็นวัยสูงอายุ เนื่องด้วยสภาพความพิการของร่างกายประกอบกับความรู้ความเข้าใจต่อโรคเรื้อนของคนในอดีตยังมีไม่มากนัก ภาพจำการถูกรังเกียจและการถูกเลือกปฏิบัติ จนกลายเป็นการประทับตราให้กับตนเอง (Self-stigma)

ทำให้ไม่มีความสุขในชีวิตได้ อย่างไรก็ตามสมาชิกในชุมชนรับรู้การติดเชื้อโรคเรื้อนมากกว่าวัณโรค ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาพลักษณ์ของโรคเรื้อนที่ถูกเชื่อมโยงกับอาชีพขอทาน อีกทั้งสภาพร่างกายที่มีความพิการจนทำให้เข้าใจว่าโรคเรื้อนสามารถเป็นไปจนตลอดชีวิตดังนั้นจึงควรให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิทธธรรม เสริมฤทธิ์รงค์⁽⁷⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของทุเรียน สุทธิฤกษ์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าควรเร่งรัดสร้างความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนที่ต้องเสริมสร้างศักยภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนแก่บุคลากรในพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลให้การรับบริการสาธารณสุขมีการเข้าถึงการวินิจฉัยรักษาโรคเรื้อนได้อย่างรวดเร็ว การดูแลป้องกันความพิการผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมร่วมกับประชาชนทั่วไปได้อย่างปกติ ส่งผลให้การติดเชื้อโรคเรื้อนในประชาชนทั่วไปลดลงด้วย

2. ผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนหลังการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไป

ด้านที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน พบว่ามีบางนิคมยังมีปัญหาเรื่องการจัดการพื้นที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน ปัญหาในการเดินทางไปสถานพยาบาล เนื่องจากอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมีบางนิคมมีความต้องการพัฒนาด้านสาธารณูปโภค เช่น ถนน ไฟฟ้า น้ำประปา สอดคล้องกับการศึกษาของนิพนธ์ แสนโคตร และไพรัช วัชรกุลธรไทย⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าการถ่ายโอนภารกิจโรคเรื้อนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของนิคมอำนาจเจริญ ตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจปี พ.ศ. 2542 ที่ผ่านการลงนามบันทึกข้อตกลงการถ่ายโอนในวันที่ 8 กันยายน พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้ครบถ้วนทุกประเด็น

ด้านสุขภาพ พบว่าบุคลากรสาธารณสุขยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผลและการป้องกันความพิการในกลุ่มผู้ประสบปัญหา เนื่องจากเป็นผลที่มีลักษณะเฉพาะ ดังนั้นควรมีส่งเสริมการให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Silatham S. et al⁽¹⁶⁾ พบว่าควรมีการบูรณาการงานบริการโรคเรื้อนเข้ากับการบริการ

สุขภาพทั่วไป จัดให้ความรู้และการสื่อสารข้อมูลรวมทั้งการฟื้นฟูด้านเศรษฐกิจสังคม รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Singh R. et al.⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าการจัดโครงการสร้างความตระหนักผู้ตามลักษณะทางสังคมและประชากร เพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การแพร่เชื้อ การป้องกันและการรักษา สามารถส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกของชุมชนต่อผู้ที่เป็โรคเรื้อนได้ การส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนสามารถลดการตีตราของชุมชนได้ ซึ่งอาจเพิ่มการมีส่วนร่วมในชุมชนได้ ที่ทัศนคติเชิงบวกอาจเพิ่มพฤติกรรมแสวงหาสุขภาพตั้งแต่นั้น ๆ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนอีกด้วย

ในขณะเดียวกัน พบว่ากรณีการส่งต่อการรักษาบุคลากรสาธารณสุขยังไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติ หากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ได้ถูกถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแล้ว

จากคำกล่าวของ นางดวงเดือน นามสมมุติ

“อยากให้มีการสอน online การพิจารณาความพิการจากโรคเรื้อนแก่ รพ.สต.”

และจากคำกล่าวของ นางนกเอี้ยง นามสมมุติ

“คิดว่าเจ้าหน้าที่ของกรมควบคุมโรค มีความชำนาญเรื่องการทำแผลของผู้ป่วยในนิคมมากกว่าหน่วยงานสุขภาพอื่น ๆ อยากให้เจ้าหน้าที่ทางกรมควบคุมโรคยังคงดูแลส่วนนี้อยู่”

ซึ่งจากเดิมที่ทางหน่วยงานได้ดูแลกลุ่มผู้ประสบปัญหาฯ ตามแนว Service plan ประกอบกับการกิจถ่ายโอนในปัจจุบันยังคงอยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่สิ้นสุดกระบวนการ จึงยังไม่มีงานวิจัยที่สะท้อนปัญหาการถ่ายโอน ดังนั้นต่อไปหากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลกลุ่มผู้ประสบปัญหาฯ ที่ได้รับการถ่ายโอนแล้ว อาจต้องดำเนินการตามแนวทางการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด⁽¹⁸⁾ ทั้งนี้ผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกันไปตามบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ หากมองในเชิงผลกระทบของการถ่ายโอนฯ

ต่อสุขภาพของประชาชน การเข้าถึงบริการ ความเป็นธรรม พบว่า พื้นที่ที่มีการถ่ายโอนเป็นไปอย่างราบรื่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำท้องถิ่น มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง มิใช่เป็นเพียงแค่การจัดทำบันทึกความเข้าใจ (Memorandum of understanding : MOU) ก่อให้เกิดบริการสุขภาพที่หลากหลาย เข้าถึงได้ง่าย ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วยเรื้อรังและงานสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มอื่น ๆ มีแพทย์ให้บริการ การให้บริการรักษาพยาบาลขั้นต้น ซึ่งมักเป็นบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย ถ่ายโอน หรือการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองประเภทต่าง ๆ การสาธารณสุขเชิงป้องกัน ควบคุมโรค การให้ความรู้ด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชน⁽¹⁹⁾

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ที่พบว่าคนภายนอกเข้ามาในนิคมฯ มีปฏิสัมพันธ์ไปมาหาสู่กัน ในลักษณะของการประกอบอาชีพมากขึ้น เช่น การค้าขาย การเช่าซื้อที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีลูกหลานของผู้ประสบปัญหาฯ ทำงานในหน่วยงานราชการและเอกชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นผลกระทบที่ดีในด้านเศรษฐกิจ การมีอาชีพมีงานทำของครอบครัวผู้ประสบปัญหา ทั้งยังมีการแต่งงานของคนภายนอกกับลูกหลานผู้ประสบปัญหาฯ มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ โกเมศ อุรรัตน์ และคณะ⁽⁵⁾ ที่พบว่าประชาชนรอบนอกนิคมฯ ปัจจุบันมีการไปมาหาสู่กันเช่นเดียวกับหมู่บ้านปกติ มีบางรายแต่งงานอยู่กินกับคนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในนิคมฯ ผู้ประสบปัญหาฯ อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีบุตรหลานออกไปทำงานรับจ้างและประกอบอาชีพข้างนอกนิคม

ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ที่พบว่าหน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการจัดทำ MOU ร่วมกับกรมควบคุมโรค มีการให้บริการตามภารกิจ ไม่พบว่ามีข้อร้องเรียนหรือข้อเรียกร้องจากกลุ่มผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน มีการบริการโดยเสมอภาคและเท่าเทียมกับประชาชนทั่วไป โดยไม่เลือกปฏิบัติและความรังเกียจตลอดจนการจัดทำโครงการต่าง ๆ จะครอบคลุมไปถึงผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนด้วย รวมทั้งได้รับความร่วมมือในการทำกิจกรรม/โครงการ จากสมาชิกในนิคมฯ เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของโกเมศ อุรรัตน์

และคณะ⁽⁵⁾ ที่พบว่านิคมโรคเรื้อนแห่งอื่น ๆ ทั่วประเทศ และนักวิชาการต่างประเทศได้ให้ความสนใจต่อรูปแบบการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนปราสาทให้เป็นชุมชนทั่วไป และทำให้ชุมชนราชประชาร่วมใจ เป็นต้นแบบและเป็นแหล่งศึกษาดูงานของผู้สนใจเพื่อนำรูปแบบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

1.1 จากผลการศึกษา ที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุขยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลแผล และการป้องกันความพิการในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ดังนั้น กรมควบคุมโรค ควรมีนโยบายในการส่งเสริมให้ความรู้ความเข้าใจด้านแผลและการป้องกันและฟื้นฟูความพิการในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน แก่บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

1.2 จากผลการศึกษา ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังต้องการให้มีผู้รับผิดชอบของกรมควบคุมโรคเป็นผู้ประสานระหว่างสมาชิกในนิคมและหน่วยงานข้างนอก กรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ดังนั้น กรมควบคุมโรค ควรมีนโยบายตรวจเยี่ยมเสริมพลังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ที่ให้การดูแล ร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม แทนกรมควบคุมโรค หลังจากที่พัฒนา นิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไปเพื่อรับรู้ปัญหาและร่วมแก้ไข เช่น ปัญหาความพิการซ้ำซ้อน ปัญหาสังคม ปัญหาการถูกเลือกปฏิบัติ ปัญหาสาธารณสุขโลก เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนแก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนต่อไป

1.3 จากผลการศึกษา ที่พบว่าหลังการบูรณาการนิคมฯ มีการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดการพื้นที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน โดยผู้ประสบปัญหาฯ ได้รับการจัดสรรพื้นที่และได้รับการบริการตามแนวทางของกรมธนารักษ์ ดังนั้น กรมควบคุมโรค ควรนำแนวทางในการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐมาพัฒนานิคมฯ ที่ยังหลงเหลืออยู่ให้เกิดการบูรณาการสู่ท้องถิ่นต่อไป

2. ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาล้างต่อไป

2.1 ในเชิงเทคนิคการวิจัยเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ศึกษามีลักษณะเฉพาะกลุ่มคณะผู้ศึกษามีความคุ้นเคยหรือความเป็นคนใน (Emic) จึงเป็นข้อดีในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลในพื้นที่ได้ไม่ยาก ดังนั้น ผู้ศึกษาท่านอื่นสามารถนำเทคนิคความเป็นคนใน (Emic) ไปใช้ในการศึกษาในประเด็นที่สนใจได้ แต่ทั้งนี้ ผู้ศึกษาต้องมีข้อระมัดระวังและข้อคำนึงหลักการวิจัยเชิงปริมาณ เช่น ผู้ศึกษาต้องแยกจากความจริง คำนี้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งนำไปสู่อคติในการศึกษาได้ เป็นต้น

2.2 การศึกษาล้างครั้งนี้ คณะผู้ศึกษากำหนดการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรนำสถิติอนุมานมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เห็นถึงมีความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลกันระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต่อไป

2.3 การศึกษาล้างครั้งนี้ เน้นศึกษาผลกระทบของตัวผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ดังนั้นการศึกษาล้างต่อไปควรมีการศึกษาผลกระทบของญาติของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนที่อาศัยภายในครัวเรือนเดียวกันว่าได้รับผลกระทบอย่างไรหรือไม่ โดยเฉพาะปัญหาด้านสังคมและการถูกเลือกปฏิบัติจากสังคมรอบข้าง อันจะนำไปสู่การกำจัดโรคเรื้อนให้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างแท้จริงและยั่งยืนต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การนำแบบวัดที่เป็นมาตรฐานมาใช้ในการศึกษาอาจเป็นข้อดีในด้านระยะเวลาแต่พบว่า มีประเด็นคำถามบางข้อที่ไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน อาจนำไปสู่ความคิดเห็นที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ได้ ทั้งนี้ คณะผู้ศึกษาจึงมีการปรับแนวคำถาม เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง แต่ยังคงแนวคำถามเดิมไว้

2. เนื่องจากการศึกษาล้างครั้งนี้เป็นการศึกษาภายในขอบเขตระยะเวลาและงบประมาณที่จำกัด ผู้ศึกษาจึงต้องเปลี่ยนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากเดิมเป็นการแบบเอกสาร ปรับเป็นเก็บแบบ google form

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ให้ความเห็นชอบในการจัดทำโครงการในครั้งนี้ ขอบขอบคุณ คุณโกเมศ อุรัตนัน คณะกรรมการบริหารมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ อดีตนักวิชาการเชี่ยวชาญและรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร สถาบันราชประชาสมาสัย ที่กรุณาให้ข้อมูล คำแนะนำ ตลอดจนร่วมลงพื้นที่ในการศึกษา ขอบขอบคุณทีมเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ทั้ง 8 จังหวัด ที่อำนวยความสะดวกและร่วมลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ รวมทั้งประสานหน่วยงานในพื้นที่และผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ขอขอบคุณตัวแทนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งสมาชิกในชุมชนที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อนที่บูรณาการเป็นชุมชนทั่วไป ที่กรุณาให้ข้อมูลซึ่งมีคุณค่าและประโยชน์อย่างมากต่อการศึกษาในครั้งนี้ ขอบขอบคุณทีมจากสถาบันราชประชาสมาสัยที่สนับสนุนการเก็บและบันทึกข้อมูล สุดท้ายขอขอบคุณ คุณสิทธิธรรม เสริมฤทธิ์ อภิศิตนักวิชาการเชี่ยวชาญ สถาบันราชประชาสมาสัย ที่กรุณาให้คำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของเอกสารด้วยความเอาใจใส่

เอกสารอ้างอิง

1. Ramasoota T. History of leprosy in Thailand. Nonthaburi: Masterkey; 2016. (in Thai)
2. Department of Disease Control (DDC), Raj Pracha Samasai Institute. The development of networks for transferring, key missions to normal systems in the community. Strategy and Planning Group Samut Prakran: Raj Pracha Samasai Institute; 2013. (in Thai)
3. World Health Organization. Towards zero leprosy global leprosy (Hansen's disease) strategy 2021-2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. Department of Disease Control (DDC), Raj Pracha Samasai Institute. 5 Years strategic plan for leprosy eliminate (2023-2027). Samut Prakran: Raj Pracha Samasai Institute; 2023. (in Thai)

5. Unarat G, Kraipui N, Thunaphan C, Kaendee A. Participatory model development of integration of Prasat leprosy colony, Surin province into general community. *Disease Control Journal* 2013;39(4):297-308. (in Thai)
6. Pohpoach K, Unarat G, Promkaew J. The Way of Life Coping Impact and Adaptation of leprosy in Northern Thailand in 2021 on Integration of Leprosy Colony into General Community. *Journal of The office of DPC 7 Khon Kaen* 2023;30(1):14-24. (in Thai)
7. Sermrittirong S, Rodchan S, Unarat G, Thanyakittikul P, Poladech S. The perceived stigma towards leprosy and tuberculosis of health personnel in Chaiyaphum Province. *Disease Control Journal* 2017;43(3):329-41. (in Thai)
8. Thaiwong D, Vaeteewootacharn K. Factors associated with quality of life of leprosy disabled people in a leprosarium, Northeastern region, Thailand. *Journal of The office of DPC 7 Khon Kaen* 2017;24(3):19-29. (in Thai)
9. Robert V K, Daryle W M. Determining sampling size for research activities. *Educational and psychological measurement* 1970;30(3):607-10.
10. Mahatnirunkul S. Comparison of the World Health Organization Quality of Life Scale, set of 100 indicators and 26 indicators. Chiang Mai: Suan Prung Hospital;1997. (in Thai)
11. Sermrittirong S, Rodchan S, Thanyakittikul P, Srikumbor N, Kolkang N, Suksomket R, et al. Stigma and Social Distance of People Towards People Affected by Leprosy in a Community. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute* 2019;13(2):66-77. (in Thai)
12. Unarat G. Comparison of quality of life between leprosy affected individuals in leprosy colony and general communities with the general population: 20 Years Post-Leprosy Elimination. 2017. (in Thai)
13. Rodchan S, Kampirapap K, Vorsayan J, Poopook S, Thanyakittikul P, Sonsopthong P, et al. Quality of Life and Social Participation of PAL. *Journal of Raj Pracha Samasai Institute* 2007;5(1):1-14. (in Thai)
14. Soodthirerk T, Suchanwat S, Harkuno K, Krisaklee T. The Stigmatization of Leprosy Patients among General Population in Chai Badan District, Lopburi Province. *Science and Technology to Community Journal* 2023;1(5):32-44. (in Thai)
15. Sankot N, Watcharakunthornthai P. The impact of transferring mission to local government:A Study of Amnat Charoen leprosy colonies 2018. *Disease Control Journal* 2021;47(2):409-18. (in Thai)
16. Sermrittirong S, Van Brakel W H, Kraipui N, Traithip S, Bunder J F G. Comparing the Perception of community members towards leprosy and tuberculosis stigmatization. *leprosy Review*. 2015;86(1):54-61.
17. Singh R, Singh B, Mahato S. Community knowledge, attitude and perceived stigma of leprosy amongst community members living in Dhanusha and Parsa districts of Southern Central Nepal. *PLOS Neglected Tropical Disease*. 2019;13(1):1-19.
18. Office of the Permanent Secretary, Office of the Prime Ministry Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations. Guidelines Carrying out the mission transfer of Chaloe Phrakiat Health Station 60th Anniversary of Nawaminthrachini and Subdistrict Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization [internet]. Bangkok: [publisher unknow]; [cited 2022 Aug 1]. Available from: <https://odloc.go.th/transfer/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B3%E0%B9%80%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%81/> (in Thai)

19. Srisasalak J. Summary of lessons learned in transferring public health missions to local government organizations. , Presented at: the High-Level Management Meeting of the Ministry of Public Health (WM), 36th Session, 2017 Oct 18. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2017. (in Thai)