

การศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน ในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป ในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564

A Quality-of-Life Study of Leprosy Families in Northern
Thailand in 2021 on Integration of Leprosy Colony into
General Community

เกรียงศักดิ์ เพาะโภชน์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

Kriengsak Pohpoach

The Office of Disease Prevention and Control 1 Chiang Mai

Received 2022 Jun 20, Revised 2022 Jul 20, Accepted 2022 Jul 21

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 จำนวน 3 นิคม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์มาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI⁽¹⁾ เจริญปริมาณสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 273 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิต โดย Chi-Square Test และเชิงคุณภาพสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สันทนากลุ่มกับตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรและว่างงาน มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับ สถานภาพสมรสและสภาพบ้านพักอาศัย ($p < 0.05$) เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน มีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน ($p > 0.05$) จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนบางรายโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรอยโรคไม่สามารถปรับตัวได้ ยังยึดติดกับความเป็นอยู่ในนิคมโรคเรื้อนเดิมและคิดว่าตนเองมีชีวิตที่แตกต่างจากคนทั่วไปในหมู่บ้านรอบนอกนิคม กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุข แต่ยังพบปัญหาเรื่องเอกสารสิทธิ์ที่ดินและน้ำประปาไม่เพียงพอ

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

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน, ผู้ป่วยโรคเรื้อน, นิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ

Abstract

This study is a mixed method study aiming to assess the quality of life (QOL) of leprosy families in Northern Thailand in 2021 on integration of 3 leprosy colonies into general communities. The QOL of 273 leprosy patients and leprosy families were assessed by modified WHOQOL-BREF-THAI. The result was analyzed using descriptive statistics such as number, percentage, and determination of statistical correlation by using chi-square test. The in-depth interviews and a focus group discussion with community leaders and people living in leprosy colonies were performed and the method of content analysis was used.

The results revealed that the majority of leprosy patients and leprosy families were female of 60-69 years of age had primary education, working in agriculture and unemployed. Regarding the levels of quality of life, the majority of them possessed moderate QOL in terms of physical, mental, social relation, environmental and overall dimension. Related factors which affected QOL were marital status and housing ($p < 0.05$). In patients with leprosy, majority of them possessed moderate QOL. There was no association between factors and QOL in patients with leprosy ($p > 0.05$). The focused group showed that some of leprosy patients especially the elderly with disabilities reported inability to adjust living and still wanted a leprosy colony because they felt different from normal people. They reported satisfaction with public health services from government. However, the colonies reported the problem with tenure document and insufficient water supply. This study highlighted the importance of solving problems by local organization, Rajpracha Samasai Institute, the Office of Disease Prevention and Control 1 Chiang Mai. as well as stated the need for intervention to reduce leprosy stigma through the 7-year Leprosy Strategic Plan (2021-2027) – Zero Stigma.

Keywords: Quality of Life, Leprosy families, Leprosy patients, Integration of leprosy colonies into general communities

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2563 สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขให้การสงเคราะห์ มีจำนวนทั้งสิ้น 3,323 ราย⁽²⁾ ซึ่งกรมควบคุมโรค มีภารกิจในการดูแล รักษาและฟื้นฟูสภาพ ทั้งทางกาย เศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ป่วย โรคเรื้อน โดยการให้เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพรายเดือน 1,300 บาท/เดือน ค่าอาหาร 110 บาท/วัน การจัดหาที่พักอาศัย เงินทุนสวัสดิการส่งเสริมอาชีพผู้ป่วย เงินทุนการศึกษา การฝึกอาชีพ การสงเคราะห์ค่ารักษา นอกเหนือสิทธิการรักษาพยาบาล การอำนวยความสะดวกอื่น เช่น การทำบัตรคนพิการ การทำบัตรประชาชน เป็นต้น ซึ่งการสนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งในด้านการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพทางกาย เศรษฐกิจและสังคมของกรมควบคุมโรคที่กล่าวมานั้น เป็นไปตามนโยบายสวัสดิการสังคมของประเทศไทย ในด้านการช่วยเหลือทางสังคม (Social Assistance) โดยให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือในลักษณะต่าง ๆ ให้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อน

ปัจจุบันผู้ป่วยในนิคมโรคเรื้อนกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้พิการและผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับ เนื่องจากเกณฑ์ในการรับสงเคราะห์ที่เน้นผู้สูงอายุและมีความพิการมาก ซึ่งในปัจจุบันภาครัฐ มีบุคลากรและทรัพยากรไม่เพียงพอในการดูแลผู้พิการเหล่านี้ จากปัญหาดังกล่าว กรมควบคุมโรคจึงเห็นความจำเป็นในการส่งเสริมให้ผู้พิการและผู้สูงอายุสามารถอาศัยร่วมกับครอบครัวในชุมชนปกติ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ขอรับการสงเคราะห์รายใหม่สามารถรับการสงเคราะห์อยู่ในชุมชนได้ การปรับเปลี่ยนแนวทางการสงเคราะห์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว โดยการถ่ายโอนนิคมโรค

เรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไปมีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว โดยส่งเสริมให้อยู่กับครอบครัวในชุมชน พร้อมเปิดโอกาสให้ได้รับการสนับสนุนด้านสวัสดิการสังคมจากชุมชนและท้องถิ่น เช่น บริการสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมต่าง ๆ เหมือนคนทั่วไป⁽³⁾

การปรับเปลี่ยนแนวทางให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนนั้น สอดคล้องกับแนวคิดการถ่ายโอนภารกิจที่ถูกกำหนดในพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) มาตราที่ 1-19 เรื่อง การกระจายภารกิจและทรัพยากรให้แก่ท้องถิ่น ประกอบกับการถ่ายโอนภารกิจภายในนิคมนั้น เป็นการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว ให้มีความเท่าเทียมเสมอภาค และสามารถอยู่ในนิคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีเช่นเดียวกับประชาชนโดยทั่วไป⁽⁴⁾ กรมควบคุมโรคจึงได้กำหนดนโยบายการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไป ซึ่งได้ถูกบรรจุเป็นภารกิจหลักของกรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2556 การดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวส่งผลให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้มีประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศจำนวน 12 นิคม ในปัจจุบันจึงยังคงเหลือ “สถานสงเคราะห์สถาบันราชประชาสมาสัย” ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐเพียงแห่งเดียว ที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรค⁽⁵⁾

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ มีพื้นที่รับผิดชอบ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แม่ฮ่องสอน แพร่ และน่าน เดิมมีนิคมโรคเรื้อนในความดูแล 3 แห่ง ได้แก่ นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน และนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

ปัจจุบันเป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไป ตามนโยบายการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไป จึงไม่มีนิคมโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบแล้ว แต่มีผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อน ที่จำหน่ายจากการรักษาแล้ว ได้รับเงินค่าอาหารและเงินสงเคราะห์โรคเรื้อนจากกรมควบคุมโรค จำนวน 318 ราย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ. 2564 เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคอื่น ๆ ของประเทศ และนำผลการศึกษามาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อกรมควบคุมโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคูณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ. 2564 และเป็นข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคอื่น ๆ ของประเทศ รวมทั้งนำผลการศึกษาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะ ต่อกรมควบคุมโรคในด้านคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในประเทศต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อนทางภาคเหนือ ที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปที่อาศัยอยู่จริงและสมัครใจให้ข้อมูล จำนวน 273 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาเชิงปริมาณ

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

ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อนทางภาคเหนือ ที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปที่สมัครใจเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในแต่ละนิคมโรคเรื้อน และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
1. ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว	
1.1 ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง	12
1.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน	12
1.3 ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	12
2. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ	
2.1 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ดูแลนิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง	
2.1.1 เจ้าหน้าที่เทศบาล อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง	1
2.1.2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านน้ำโทก อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง	1
2.1.3 เจ้าหน้าที่ธนารักษ์พื้นที่ จังหวัดลำปาง	1
2.1.4 เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำปาง	1
2.2 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ดูแลนิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน	
2.2.1 เจ้าหน้าที่เทศบาลฝายแก้ว จังหวัดน่าน	1
2.2.2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝายแก้ว จังหวัดน่าน	1
2.2.3 เจ้าหน้าที่ธนารักษ์พื้นที่ จังหวัดน่าน	1
2.2.4 เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดน่าน	1
2.3 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ดูแลนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย	
2.3.1 เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล จังหวัดเชียงราย	1
2.3.2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง จังหวัดเชียงราย	1
2.3.3 เจ้าหน้าที่ธนารักษ์พื้นที่ จังหวัดเชียงราย	1
2.3.4 เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย	1
รวม	48

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในเชิงปริมาณใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์มาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับย่อภาษาไทย⁽¹⁾ มีข้อคำถาม 25 ข้อแบ่งออกเป็น 4 ด้าน การให้คะแนนแต่ละด้าน ตอบไม่เลยให้ 1 คะแนน ตอบมากที่สุดให้ 5 คะแนน ในข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 9 และ 11 จะกลับคะแนนทั้งหมด มีเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิต 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตไม่ดี คุณภาพชีวิตปานกลาง และคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคะแนน มีคะแนน ตั้งแต่ 25-125

ในเชิงคุณภาพใช้แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัว จำนวน 5 ข้อ ประเด็นที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย โรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัวในการให้บริการของหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ จำนวน 5 ข้อ และแนวคำถามสนทนากลุ่ม จำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกครอบครัว จำนวน 2 ข้อ ประเด็นที่ 2 การได้รับความดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ จำนวน 4 ข้อ ประเด็นที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 1 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ประยุกต์มาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับย่อภาษาไทย⁽¹⁾ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิต โดย Chi-Square Test รวมทั้งใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

ผลการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยพบว่าคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ ด้านร่างกายและคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.5 ร้อยละ 1.1 และร้อยละ 0.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

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

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตในเกณฑ์ไม่ดีในทุกข้อมูลลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่าง และพบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับสถานภาพสมรส และสภาพบ้านพักอาศัย ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา	คุณภาพชีวิตโดยรวม				p-value*
	จำนวน (N=273)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	
สถานภาพสมรส					0.036*
โสด	31	-	28 (90.3)	3 (9.7)	
แต่งงานอยู่ด้วยกัน	199	1 (0.5)	197 (99.0)	1 (0.5)	
แต่งงานแยกกันอยู่	5	-	5 (100.0)	-	
หย่าร้าง	5	-	5 (100.0)	-	
ม่าย	32	1 (3.1)	31 (96.9)	-	
ไม่ทราบ	1	-	1 (100.0)	-	

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา	คุณภาพชีวิตโดยรวม				p-value*
	จำนวน (N=273)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	
สภาพของบ้านพักอาศัย					< 0.000*
ไม่คงทน	5	1 (20.0)	4 (80.0)	-	
มีความคงทนน้อย	25	-	25 (100.0)	-	
มีความคงทน	176	1 (0.6)	173 (98.3)	2 (1.1)	
มีความคงทนมาก	64	-	63 (98.4)	1 (1.6)	
อื่นๆ	1	-	1 (100.0)	-	
ไม่ทราบ	2	-	1 (50.0)	1 (50.0)	

*Pearson Chi-Square test

ในส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการ และไม่มีอาการพิการ มีคุณภาพชีวิต ในเกณฑ์ปานกลาง และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการ และไม่มีอาการพิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีระดับความพิการทุกประเภท ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา (โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน)	คุณภาพชีวิตโดยรวม				p-value*
	จำนวน (N=56)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	
ความพิการ					0.737
มีความพิการ 1 อย่าง	6	-	6 (100.0)	-	
มีความพิการ 2 อย่าง ขึ้นไป	35	1 (2.9)	34 (97.1)	-	
ไม่มีอาการพิการ	15	-	15 (100.0)	-	
ระดับความพิการตา					0.579
ระดับ 0	27	1 (3.7)	26 (96.3)	-	
ระดับ 1	22	-	22 (100.0)	-	
ระดับ 2	7	-	7 (100.0)	-	

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา (ตอบเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อน)	คุณภาพชีวิตโดยรวม				p-value*
	จำนวน (N=56)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับความพิการมือ					0.455
ระดับ 0	21	-	21 (100.0)	-	
ระดับ 1	13	-	13 (100.0)	-	
ระดับ 2	22	1 (4.5)	21 (95.5)	-	
ระดับความพิการเท้า					0.556
ระดับ 0	23	-	23 (100.0)	-	
ระดับ 1	7	-	7 (100.0)	-	
ระดับ 2	26	1 (3.8)	25 (96.2)	-	

*Pearson Chi-Square test

สรุปและวิจารณ์ผล

จากผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของธิดา นิมมา และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ ปานกลาง ทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมและเมื่อแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับผลการศึกษาของโกเมศ อนุรัตน์⁽⁷⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอัตมโนทัศน์ ในด้านบวกและมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของไพโรจน์ พรหมพันธุ์⁽⁸⁾ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมแล้ว มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และ

สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริมาศ รอดจันทร์ และคณะ⁽³⁾ ที่พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และผลการศึกษา ที่พบว่า พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับสถานภาพสมรส และสภาพบ้านพักอาศัย ($p < 0.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธิดา นิมมา และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การมีส่วนร่วมในชุมชนและการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิและผลประโยชน์ของผู้พิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ป่วย โรคเรื้อน ส่วนใหญ่มีความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว (ตา มือ เท้า) ทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นลูกหลานที่พักอาศัยอยู่ด้วย

อยู่ในวัยทำงาน ต้องออกไปประกอบอาชีพ เพื่อหารายได้ ดังนั้น จึงต้องพึ่งพาคู่สมรสในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การกินข้าว การเข้าห้องน้ำ เป็นต้น อีกทั้งภาวะสูงอายุและความพิการ อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนหรือกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้าน ทำให้ต้องมีบ้านพักอาศัยที่คงทนเป็นที่พักพิงที่เหมาะสมกับภาวะสูงอายุและสภาพความพิการ

ในส่วนการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการและไม่มีภาวะพิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีระดับความพิการทุกประเภท ($p > 0.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โกเมศ อุนรัตน์⁽⁷⁾ ที่พบว่า คุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความแตกต่างกันตามลักษณะประชากร และสถานภาพของการเป็นโรคเรื้อน เป็นผลมาจากการมีประสบการณ์ชีวิตต่อการเป็นโรคเรื้อนที่คล้ายคลึงกันและส่วนใหญ่รักษาโรคเรื้อนมานาน ทำให้มีประสบการณ์ชีวิตต่อการเป็นโรคเรื้อนที่คล้ายคลึงกันและส่วนใหญ่รักษาโรคเรื้อนมานานพอสมควร จึงมีลักษณะของการเกิดภาวะผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อนคล้าย ๆ กัน

นอกจากนี้ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับสิทธิสวัสดิการเหมือนกันกับคนนอกหมู่บ้านได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการทุกคน ไม่ตกหล่น มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาดูแลรวมทั้งใช้บริการสาธารณสุขได้หมด ไม่มีปัญหาสภาพชีวิตเหมือนกับหมู่บ้านรอบนอก สอดคล้อง

กับผลการศึกษาของโกเมศ อุนรัตน์⁽⁵⁾ ที่พบว่า อัจฉริยะ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แม้จะเป็นความสัมพันธ์ที่อ่อน อาจอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีอัจฉริยะที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม หมายถึง การมีภาพที่ดีต่อตนเอง หากสามารถลบภาพแห่งตราบาบของโรคเรื้อนออกไปจากความคิดได้ ก็จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนบางรายโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรอยโรคไม่สามารถปรับตัวได้ ยังยึดติด กับความเป็นอยู่ในนิคมโรคเรื้อนเดิมและคิดว่าตนเองมีชีวิตที่แตกต่างจากคนทั่วไปในหมู่บ้านรอบนอกนิคม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า คนอายุน้อยกว่า 60 ปี มีโอกาสที่จะดีตรามากกว่าคนที่อายุ 60 ปีขึ้นไป อาจเนื่องจากคนสูงอายุ มีประสบการณ์ต่อโรคเรื้อนหรือความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต และมีการยอมรับได้ง่ายกว่าคนที่อายุน้อยกว่าและผู้ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี เป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงานซึ่งอาจจะมีโอกาสได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อนน้อยกว่าผู้สูงอายุที่บ้าน เนื่องจากการรณรงค์ให้ความรู้ในหลายพื้นที่มักจะดำเนินการในหมู่บ้านซึ่งเป็นช่วงเวลาที่คุณออกจากบ้านไปทำงาน ในด้านความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ ไม่มีข้อร้องเรียนหรือข้อเรียกร้องนอกเหนือจากสิ่งที่ได้รับตามปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุริยาสุนทราศรี และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ครั้งแรกทีรูว่าเป็นโรคเรื้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกวิตกกังวล กลัวรักษา ไม่หาย กลัวพิการ แต่การได้กำลังใจและความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ

สาเหตุของปัญหาและการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วย มีกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิตต่อไป ผู้ป่วยต้องการบุคคลรอบข้าง เข้าใจ เห็นใจ ให้กำลังใจและให้การยอมรับให้การช่วยเหลือ ไม่แสดงความรังเกียจ ต้องการให้หน่วยงานของรัฐสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีความพิการให้มีที่อยู่อาศัย ทั้งยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีปัญหาในด้านสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก คือ ถนนทางเข้าหมู่บ้านที่ห่างไกลจากจุดบริการ น้ำประปายังมีปัญหาในหน้าแล้งที่อยู่อาศัยที่ยังไม่ถูกสุขลักษณะและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในนิคม เนื่องจากมีคนนอกเข้ามาอาศัยอยู่จำนวนมากขึ้น รวมทั้งเรื่องเอกสารสิทธิ์ที่ดิน สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิยาม ไกรบุษย์ และโกเมศ อุนรัตน์⁽¹¹⁾ ที่พบว่าบริบทสภาพปัญหาในอดีตนิคมโรคเรื้อนปราสาทถูกบุกรุกที่ดินทำกิน และปัญหาหลังการถ่ายโอนนิคมพบความรังเกียจของประชาชนในชุมชน ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน ชุมชนไม่มีความใกล้ชิดกัน มีความรังเกียจ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมที่จะต้องมีการฟื้นฟูสภาพ

ส่วนของด้านนโยบายการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไป จากการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และเชิงคุณภาพพบว่า ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนหรือยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ ที่ว่า หลังจากโครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ตามแนวพระราชดำริที่มุ่งใช้ชีวิตค้นหาและรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Domiciliary approach) ของประเทศไทยประสบ

ความสำเร็จกำจัดโรคเรื้อนในปี พ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายยุบหลอมรวมนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไป โดยใช้หลักการของการฟื้นฟูสภาพโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation : CBR) ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคม การคืนสิทธิ และศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ และการหลอมรวมชุมชนให้เป็นหนึ่งเดียว จึงมีนโยบายยุบหลอมรวมนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไป ผลจากการประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศทำให้นิคมโรคเรื้อนเปลี่ยนสถานะกลายเป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไปตามกฎหมาย โดยมีหน่วยงานจากภาครัฐเข้าไปพัฒนาและหนุนเสริมพลังตามบทบาทหน้าที่ เช่น 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าไปดูแลด้านสาธารณูปโภคและสิทธิต่าง ๆ ที่ประชาชนทั่วไปพึงได้รับตามกฎหมาย 2) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเข้าไปดูแลด้านสิทธิประโยชน์ของคนพิการ รวมทั้งการส่งเสริมการประกอบอาชีพ 3) ธารักษ์พื้นที่จังหวัด เข้าไปดูแลด้านการจัดที่ดินเพื่อทำกินและอยู่อาศัย 4) สาธารณสุขจังหวัด เข้าไปดูแลด้านระบบหลักประกันสุขภาพและการรักษาพยาบาลตามสิทธิ ทำให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนสามารถได้รับการคุ้มครองและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไปและมีความเท่าเทียมในสิทธิและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ รวมทั้งไม่ถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกตีตราและรังเกียจเด็ดฉันทจากการเป็นโรคเรื้อนเหมือนเช่นในอดีต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประชุมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่กับหน่วยงาน สถาบันราชประชาสมาสัย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อผลักดันให้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม คือ ที่ดิน และน้ำประปา ในทุกนิคมโรคเรื้อนฯ
2. ควรให้กรมควบคุมโรคขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 7 ปี (พ.ศ. 2564-2570) มุ่งสู่การปลอดการตีตรา (Zero stigma) อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดเรื่องการตีตรา
3. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในนิคมอื่น ๆ ทั่วประเทศต่อไป เพื่อนำผลการศึกษาลูกสู่การจัดการปัญหา ในเชิงระบบต่อไป
4. ควรมีการศึกษาระดับหรือขนาดของความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างคุณภาพชีวิตและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างว่ามีมากน้อยเพียงใด และมีทิศทางความสัมพันธ์กันอย่างไร โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation analysis) เพื่อนำมาสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนให้ดีขึ้นต่อไป

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

เกรียงศักดิ์ เพาะโกชน. การศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ. 2564. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2565; 7(1): หน้า 157-169.

Suggested citation for this article

Pohpoach K. A Quality-of-Life Study of Leprosy Families in Northern Thailand in 2021 on integration of leprosy colony into general community. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2022; 7(1): page 157-169.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ให้ความกรุณาให้คำปรึกษาในการศึกษา ครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณโกเมศ อุรรัตน์ คณะกรรมการบริหารมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะแหล่งในการค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณ ทีมเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ สำหรับข้อมูลด้านผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถาบันราชประชาสมาสัย ในการร่วมเก็บข้อมูล และท้ายที่สุด ขอขอบคุณตัวแทนผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป ในภาคเหนือทั้ง 3 นิคม ที่ให้ข้อมูลในการศึกษารวมทั้งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ออกความคิดเห็นจากการให้บริการและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวตามบทบาทภารกิจ ซึ่งมีคุณค่าและประโยชน์อย่างมากต่อการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุลและคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ต่อชีวิต และ 26 ตัวชีวิต. กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
2. สถาบันราชประชาสมาสัย กลุ่มควบคุมโรค. ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รับการสงเคราะห์ทั่วประเทศ. นนทบุรี: กลุ่มควบคุมโรค จังหวัดนนทบุรี; 2563.
3. ศิรามาศ รอดจันทร์ และคณะ. คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน. วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย 2550; 5(1) : 1-14.
4. กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. การพัฒนาเครือข่ายในการถ่ายโอนภารกิจหลักสู่ระบบปกติในชุมชน. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผน จังหวัดสมุทรปราการ; 2556.
5. โกเมศ อุนรัตน์. อัตมโนทัศน์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา. [ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
6. ชิดา นิ่มมา และคณะ. คุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์. วารสารกรมควบคุมโรค 2559; 42(4) : 360-370.
7. โกเมศ อุนรัตน์, นิยม ไกรปุຍ, โฉมศรี ฤณาพรรณ, เอกพล แก่นดี. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนปราสาท จังหวัดสุรินทร์ สู่ชุมชนทั่วไป. วารสารกรมควบคุมโรค 2556; 39(4) : 297-308.
8. ไพโรจน์ พรหมพินใจ. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา 2547. 10(3) : 47-54.
9. ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ. การติดตามและระยะทางสังคมของประชาชนต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2562. 13(2) : 66-77.
10. สุริยา สุนทราศรี และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตเมือง การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541.7(1) : 106-112.
11. นิยม ไกรปุຍ และโกเมศ อุนรัตน์. (2562). การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนภายหลังการปรับเปลี่ยนนิคมสู่ชุมชนปกติโดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษานิคมโรคเรื้อนปราสาทอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารกรมควบคุมโรค 2562. 39(4) : 297-308.
12. มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กระทรวงสาธารณสุข. ราชประชาสมาสัยสารฉบับพิเศษ 2559. นนทบุรี : บริษัท มาสเตอร์ คีย์ จำกัด; 2563.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ ทางคณะบรรณาธิการขอสงวนสิทธิในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

การรับเรื่องต้นฉบับเรื่องที่รับไว้ คณะบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ เรื่องที่ไม่ได้พิจารณาลงพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน การเตรียมบทความลงพิมพ์มีคำแนะนำดังนี้

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ความยาวไม่เกิน 6 – 8 หน้าใช้ตัวอักษร Cordia New ขนาด 14 point
2. การเตรียมบทความลงพิมพ์
 - 2.1 ชื่อเรื่องควรสั้น กระชับ ได้ใจความครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.2 ชื่อผู้เขียนมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.3 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุดและภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ และชัดเจน หากใช้ คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
 - 2.4 บทความย่อการย่อเนื้อหาสำคัญเอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษา รัดกุมเป็นร้อยแก้วเพียงหนึ่งย่อหน้า ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดและมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษาผลการศึกษาและอภิปรายหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมี เชงอรรถอ้างอิง บทความย่อมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.5 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษา ค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 2.6 วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวม ข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

- 2.7 ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์
- 2.8 อภิปรายหรือข้อเสนอแนะควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ หรือไม่เพียงใดและควรอ้างอิงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย
- 2.9 สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวข้องกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะประเด็น ปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้รูปแบบการอ้างอิงระบบ Vancouver
4. มีการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมด้วยโปรแกรมอักขรวิสุทธิ์ โดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่าเปอร์เซ็นต์ความคล้ายคลึงระหว่างเอกสารที่ส่งมาตรวจสอบกับเอกสารที่อยู่ในฐานข้อมูลผลงานวิชาการไม่เกิน 30 เปอร์เซ็นต์ และงานวิจัยไม่เกิน 25 เปอร์เซ็นต์

ความรับผิดชอบ

บทความที่พิมพ์ในวารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนเองไม่ใช่ความเห็นของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองหรือคณะกรรมการ แต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เลขที่ 24/56 ถ.พหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ 10220 โทร. 0 25210943-5 ต่อ 505, 08 6798 3777 โทรสาร 0 2521-0936