

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

# การสำรวจคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนพิการไทย พ.ศ.2558

ดารณี สุวพันธ์ พ.บ.\*

บุษกร โลหารชุน พ.บ. วท.ม.\*

รัชณี สรรเสริญ ปร.ด.\*\*

วรรณรัตน์ ลาวัง ปร.ด.\*\*\*

จิรพรรณ โพธิ์ทอง ปร.ด.\*\*\*\*

ดลฤดี ศรีศุภผล พ.บ.\*

สารินี แก้วสว่าง ปร.ด.\*

ศุภิพันธุ์ โสรัตน์ดา วท.ม.\*

\* สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

\*\* สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

\*\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\*\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

**บทคัดย่อ** การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้งด้วยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม ล้วนมุ่งสู่เป้าหมายสำคัญคือเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนพิการ อย่างไรก็ตามปัจจุบันคุณภาพชีวิตคนพิการมักได้รับการประเมินโดยสถานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไม่สามารถครอบคลุมทุกประเภทความพิการ และไม่มีข้อมูลระดับประเทศ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์คุณภาพชีวิตคนพิการทุกประเภทที่อาศัยอยู่ใน 25 จังหวัดตัวอย่างระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม พ.ศ.2558 ทำการสัมภาษณ์คนพิการหรือผู้แทนโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทางประชากรและสังคม ภูมิศาสตร์ สุขภาพ ครอบครัว ความมีคุณค่าในตนเอง และคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิต และเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละประเภทความพิการ ผลการศึกษาในคนพิการไทย จำนวน 15,110 คน อายุเฉลี่ย 54.3 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.5 ปี) พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลางถึงดี (ร้อยละ 95.5) โดยมีคะแนนเฉลี่ย  $86.3 \pm 15.0$  คะแนน องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีส่วนของคนพิการที่มีคุณภาพชีวิตระดับที่ไม่ดีสูงถึงร้อยละ 19.5 ในขณะที่คนพิการประเภทออทิสติก และมากกว่า 1 ประเภทความพิการ มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคนพิการทั้งหมด การประกอบอาชีพและการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีอิสระเป็นปัจจัยที่มีผลต่อควมมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการ จึงพอสรุปได้ว่าในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพควรคำนึงถึงการพัฒนาศักยภาพทางสังคมของคนพิการ การส่งเสริมด้านอาชีพ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการประเภทออทิสติกและพิการมากกว่า 1 ประเภท เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการไทยให้ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** คนพิการ, คุณภาพชีวิต, การฟื้นฟูสมรรถภาพ

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ทำให้มีโอกาสเกิดความพิการและมีภาวะพึ่งพาเพิ่มสูงขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้วยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม ล้วนมุ่งสู่เป้าหมายหลักของการพัฒนาคนพิการ คือ การคุ้มครอง ปกป้อง และเข้าถึงสิทธิ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และหลอมรวมคนพิการเข้าสู่สังคมยั่งยืนเพื่อคนทั้งมวล<sup>(1,2)</sup> การดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข คนพิการไทยมีสิทธิได้รับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ<sup>(3)</sup> เพื่อให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมและดำรงชีวิตประจำวันได้ อีกทั้งยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ<sup>(4)</sup> ในโรงพยาบาลรัฐที่ส่งเสริมคนพิการให้เข้าถึงบริการฟื้นฟูทางการแพทย์ การมีพยาบาลหรือนักกายภาพบำบัดออกเยี่ยมบ้านคนพิการในชุมชนที่ห่างไกล และส่งเสริมการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ เป็นต้น

องค์การอนามัยโลก<sup>(5)</sup> ให้นิยามของคำว่า “คุณภาพชีวิต” (quality of life) หมายรวมถึง มุมมองหรือความคิดของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสถานะชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในพื้นที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของเขา นอกจากนี้คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจของบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ตามความเชื่อและวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) เป็นการวัดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (health outcome) ที่มีความสำคัญมาก เพราะสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นการประเมินผลของโรคและกระบวนการรักษา ฟื้นฟู ส่งเสริมและป้องกันโรคว่ามีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยคนพิการจากมุมมองของตนเอง (patient/persons with disabilities perspectives) ซึ่งประกอบขึ้นด้วยมิติทาง

ด้านสุขภาพหลายด้าน เช่น สุขภาพทางด้านร่างกาย สุขภาพทางด้านจิตใจ สุขภาพทางด้านสังคม ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมและภาวะสุขภาพโดยทั่วไป นอกจากนี้มิติหลักดังกล่าวนี้แล้วยังมีมิติอื่น ๆ เช่น ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความจำ การดำเนินชีวิตและการทำงานหาเลี้ยงชีพ การมีเพศสัมพันธ์ การนอนหลับ อาการปวดและอาการของโรคต่างๆ อีกด้วย

แนวคิดของการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงสอดคล้องกับแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) หรือการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความ เป็นมนุษย์ (humanized health care) และการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered medicine) ที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยและคนพิการมากขึ้น โดยพิจารณาสิ่งต่างๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์และความสำคัญในชีวิตของเขา (the whole person) และสอดคล้องกับแนวคิดหรือนิยาม “สุขภาพ” (health) คือ การมีสถานะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค<sup>(6)</sup>

จากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนพิการ โดยส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในสถาบัน สถานพยาบาล หรือเป็นการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยภายหลังการรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพจากโรงพยาบาล และเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มโรคที่เสี่ยงต่อความพิการ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)<sup>(7-9)</sup> บาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury)<sup>(10)</sup> โรคลมชักที่ควบคุมได้ (patients with controlled epilepsy)<sup>(11)</sup> และการสูญเสียลานสายตาชนิด glaucomatous<sup>(12)</sup> เป็นต้น อีกทั้งมีข้อจำกัดของการประเมินคุณภาพชีวิตคนพิการที่ไม่ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ คนพิการที่อาศัยอยู่ในชุมชน และคุณภาพชีวิตคนพิการในภาพรวมของประเทศไทย กรมการแพทย์โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการและประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ดำเนิน

โครงการสำรวจคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนพิการในประเทศไทยร่วมกับเครือข่ายสหสถาบันขึ้น เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตคนพิการไทย สำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปวิเคราะห์เพื่อการพัฒนา นโยบาย ยุทธศาสตร์การทำงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปเปรียบเทียบข้อมูลคุณภาพชีวิตคนพิการระหว่างประเทศได้

### วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ ประชากรคือ คนพิการ-ไทย ที่ได้รับการจดทะเบียนมีบัตรประจำตัวคนพิการทุกประเภทความพิการ<sup>(13-14)</sup> มาคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง estimating a finite population proportion<sup>(15-16)</sup> จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างแบบโควตาตามสัดส่วนร้อยละของแต่ละประเภทคนพิการที่ลงทะเบียนระดับประเทศ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลใน 2 จังหวัดที่ได้รับการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละเขตบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (12 เขตบริการสุขภาพ) และกทม.จำนวนทั้งสิ้นรวม 25 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย แพร่ พิจิตร โลก เพชรบูรณ์ พิจิตร นครสวรรค์ พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ขอนแก่น มหาสารคาม อุตรดิตถ์ นครพนม นครราชสีมา บุรีรัมย์ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี สงขลา ตรัง และกรุงเทพมหานคร

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาอนุมัติ และรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยระดับหน่วยงาน สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติแล้ว คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบ่งขั้นตอนออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล โดยเตรียมการประสานงาน และเก็บข้อมูลในพื้นที่ตัวอย่าง 25 จังหวัด ผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาวิทยาลัย และวิทยาลัยพยาบาล ต่อจากนั้น ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติ-

การผู้ประสานงานและพนักงานสัมภาษณ์ เพื่อวางแผนและเตรียมการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 เก็บข้อมูล ในระยะนี้ คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ประสานงานเยี่ยมพื้นที่ และกำกับติดตาม เพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปตามแผนงานที่วางไว้ นอกจากนี้วางแผน และประสานงานเพื่อเตรียมการจัดการข้อมูลวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาต่อไป

### เครื่องมือที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามที่ใช้ประกอบการสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไปทางประชากรและสังคม (socio-demographic data) ของคนพิการและครอบครัว (2) แบบวัดคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และ (3) แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ทั้งหมดมี 26 ข้อ-คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ โดยแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยช่วงคะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ช่วงคะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่กลางๆ และ 96 คะแนนเป็นต้นไป แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 เมื่อเทียบกับแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-100-THAI<sup>(17)</sup> การนำเสนอผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตจะทำในรูปแบบของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมดและคะแนนของแต่ละองค์ประกอบ นอกจากนี้ยังแบ่งกลุ่มของการมีคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 กลุ่ม โดยรวมกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีถึงปานกลาง (ช่วงคะแนน 26-95 คะแนน) กับกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระต่อไป

งานวิจัยนี้ใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติแบบสำเร็จรูป R Program ในการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง

รายละเอียดเป็นตารางความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการใช้ สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับกลุ่มของ ระดับคุณภาพชีวิต

### ผลการศึกษา

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างคนพิการไทยทั่วประเทศ จำนวน 15,110 ราย มีสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง เล็กน้อย (ร้อยละ 53.1) อายุเฉลี่ย  $54.3 \pm 20.5$  ปี

ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ว่างาน และ อาศัยอยู่ในชนบทหรือนอกเขตเทศบาล หากจำแนกข้อมูล ทั่วไปของคนพิการตามเพศแล้ว พบว่า คนพิการเพศหญิง ส่วนใหญ่มีสัดส่วนอยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 50.5) ในขณะที่คนพิการเพศชายส่วนใหญ่มีสัดส่วนอยู่ในกลุ่มอายุ 18-59 ปี (ร้อยละ 56.2) อีกทั้งคนพิการ เพศหญิงไม่ได้เรียนหนังสือและว่างงานมากกว่าเพศชาย รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและสังคม และเขตที่อยู่อาศัยของคนพิการไทย จำแนกตามเพศ

ลักษณะทางประชากรและสังคม	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	N=8,023 (53.1%)		N=7,087 (46.9%)		N=15,110 (100.0%)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย (ปี)	51.9±19.9		56.9±20.9		54.3±20.5	
มีอายุระหว่าง	1-100 ปี		1-105 ปี		1-105 ปี	
กลุ่มอายุ (ปี)						
1-17	386	4.8	302	4.3	688	4.6
18-59	4,512	56.2	3,205	45.2	7,717	51.0
≥60	3,125	39.0	3,580	50.5	6,705	44.4
สถานภาพสมรส						
สมรสหรืออยู่ด้วยกัน	3,467	43.2	2,411	34.0	5,878	38.9
ไม่เคยสมรส	3,245	40.4	2,391	33.7	5,636	37.3
หม้าย	719	9.0	1,895	26.7	2,614	17.3
แยกกันอยู่	340	4.2	249	3.5	589	3.9
หย่า	252	3.1	141	2.0	393	2.6
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	1,425	17.8	1,865	26.3	3,290	21.8
ประถมศึกษา	4,795	59.8	4,335	61.2	9,130	60.4
มัธยมศึกษา	1,384	17.3	671	9.5	2,055	13.6
วิชาชีพ	254	3.2	109	1.5	363	2.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	165	2.1	107	1.5	272	1.8
การประกอบอาชีพ						
ว่างงาน (จากสุขภาพและอื่น ๆ)	4,997	62.3	4,907	69.2	9,904	65.5
มีกิจการหรือเกษตรกรรมของตนเอง	1,597	19.9	990	14.0	2,587	17.1
รับจ้างทั่วไปและอื่น ๆ	584	7.3	387	5.4	971	6.5
นักเรียน นักศึกษา	354	4.4	225	3.2	579	3.8
ทำงานมีเงินเดือน	344	4.3	195	2.8	539	3.6
ทำงานบ้าน	13	0.2	335	4.7	348	2.3
เกษียณ	92	1.1	30	0.4	122	0.8
งานที่ไม่มีรายได้ อาสาสมัคร	42	0.5	18	0.3	60	0.4

ตารางที่ 2 แสดงถึงลักษณะของคนพิการไทย พบว่า กว่าครึ่งของคนพิการทั้งหมดเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย คนพิการส่วนใหญ่มีสาเหตุความพิการภายหลัง โดยระยะเวลาที่มีความพิการเฉลี่ย  $20.4 \pm 27.2$  ปี และอาศัยอยู่กับครอบครัว ขณะที่คนพิการเพศชายส่วนใหญ่ดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชนมากกว่าเพศหญิง

คนพิการไทยทั้งเพศชายและหญิงส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางปานกลางถึงดี (ร้อยละ 95.5) เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต พบว่า

สัดส่วนของคนพิการไทยมีคุณภาพชีวิตไม่ดีในองค์ประกอบ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม สุขภาพกาย จิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 19.5, 8.0, 7.4 และ 5.3) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกตามประเภทความพิการพบว่า คนพิการประเภทการเห็น และประเภทการได้ยินและสื่อความหมาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและ 4 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่สูงหรือดีกว่ารวมทุกประเภทความพิการ ในขณะที่คนพิการประเภทออทิสติกและกลุ่มที่มีความพิการมากกว่า 1 ประเภท จะมีคะแนนคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 2 ประเภทความพิการ ที่อยู่อาศัย และการดำรงชีวิตประจำวัน จำแนกตามเพศ

ตัวแปร	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	N=8,023 (53.1%)		N=7,087 (46.9%)		N=15,110 (100.0%)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทความพิการ						
การเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	4,060	50.6	3,587	50.6	7,647	50.6
การได้ยินหรือสื่อความหมาย	1,308	16.3	1,154	16.3	2,462	16.3
การมองเห็น	817	10.2	778	11.0	1,595	10.6
สติปัญญา	664	8.3	531	7.5	1,195	7.9
มากกว่า 2 ประเภท	562	7.0	486	6.9	1,048	6.9
จิตใจหรือพฤติกรรม	542	6.8	504	7.1	1,046	6.9
การเรียนรู้	33	0.4	26	0.4	59	0.4
ออทิสติก	37	0.5	21	0.3	58	0.4
สาเหตุความพิการ						
พิการภายหลัง	5,914	73.7	5,047	71.2	10,961	72.5
เป็นแต่กำเนิด	2,109	26.3	2,040	28.8	4,149	27.5
เวลาที่พิการเฉลี่ย (ปี)						
เวลาที่พิการเฉลี่ย	20.2 $\pm$ 17.4		20.7 $\pm$ 18.7		20.4 $\pm$ 27.2	
เวลาที่พิการระหว่าง	8 เดือน - 93 ปี		4 เดือน - 94 ปี		4 เดือน - 94 ปี	
ที่อยู่อาศัย						
นอกเขตเทศบาล	4,896	61.0	4,533	64.0	9,426	62.4
ในเขตเทศบาล	3,127	39.0	2,554	36.0	5,681	37.6
การดำรงชีวิตประจำวัน						
อิสระในชุมชน	5,054	63.0	4,193	59.2	9,247	61.2
มีผู้ช่วยเหลือ	2,913	36.3	2,889	40.8	5,802	38.4
อยู่ในโรงพยาบาล	56	0.7	5	0.1	61	0.4
อาศัยอยู่กับครอบครัว						
ใช่	7,540	94.0	6,788	95.8	14,328	94.8
ไม่ใช่	483	6.0	299	4.2	782	5.2

โดยรวมและ 4 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่ารวมตนเองไม่ได้ และความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง ส่งผลทุกประเภทความพิการ รายละเอียดดังตารางที่ 3 และ 4 ตารางที่ 5 แสดงถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิต พบว่า การว่างงาน การทำกิจวัตรประจำวันด้วย

ตารางที่ 3 คนพิการไทย จำแนกตามเพศและระดับคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบ คุณภาพชีวิต	เพศชาย (N=(7,104) ระดับคุณภาพชีวิต						เพศหญิง (N=6,227) ระดับคุณภาพชีวิต						รวม (N=13,331) ระดับคุณภาพชีวิต					
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี		ไม่ดี		ปานกลาง		ดี		ไม่ดี		ปานกลาง		ดี	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
ด้านสุขภาพกาย	560	7.9	5,021	70.7	1,523	21.4	503	8.1	4,422	71.0	1,302	20.9	1,063	8.0	9,443	70.8	2,825	21.2
ด้านจิตใจ	528	7.4	3,986	56.1	2,590	36.5	462	7.4	3,443	55.3	2,322	37.3	990	7.4	7,429	55.7	4,912	36.8
ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม	1,367	19.2	4,243	59.7	1,494	21.0	1,226	19.7	3,751	60.2	1,250	20.1	2,593	19.5	7,994	60.0	2,744	20.6
ด้านสิ่งแวดล้อม	384	5.4	4,752	66.9	1,968	27.7	325	5.2	4,179	67.1	1,723	27.7	709	5.3	8,931	67.0	3,691	27.7
คุณภาพชีวิตโดยรวม	323	4.5	4,807	67.7	1,974	27.8	273	4.4	4,214	67.7	1,740	27.9	596	4.5	9,021	67.7	3,714	27.9

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและองค์ประกอบ 4 ด้าน จำแนกตามเพศและประเภทความพิการ

คุณภาพชีวิต	ประเภทความพิการ																	
	รวม		การเห็น		การได้ยิน		เคลื่อนไหว		จิตใจ		สติปัญญา		การเรียนรู้		ออทิสติก		มากกว่า 1 ประเภท	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
จำนวน	8,023	7,087	817	778	1,308	1,154	4,060	3,587	542	504	664	531	33	26	37	21	562	486
ด้านสุขภาพกาย																		
Mean	22.8	22.7	23.3	23.4	24.3	24.2	22.5	22.4	22.9	22.9	22.9	23.1	23.3	24.2	23.3	20.6	21.2	20.9
SD	4.6	4.5	4.3	4.1	4.2	4.1	4.7	4.7	4.0	4.0	4.3	4.2	5.5	3.3	4.1	3.2	5.0	4.8
ด้านจิตใจ																		
Mean	20.8	20.8	21.2	21.4	21.7	21.7	20.8	20.8	19.8	20.0	19.9	20.1	19.8	21.1	20.4	17.8	19.3	18.9
SD	4.2	4.2	3.9	3.8	3.8	3.7	4.3	4.3	4.1	4.1	4.1	4.2	4.1	3.7	3.6	3.1	4.3	4.4
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม																		
Mean	9.6	9.5	10.0	9.9	10.0	9.9	9.6	9.6	9.2	9.2	9.0	9.0	8.6	9.6	8.5	7.6	8.7	8.6
SD	2.4	2.4	2.3	2.2	2.3	2.2	2.3	2.4	2.4	2.4	2.5	2.5	2.8	2.1	2.7	2.8	2.6	2.6
ด้านสิ่งแวดล้อม																		
Mean	26.5	26.5	26.8	27.1	27.2	27.1	26.6	26.5	26.0	26.2	25.7	25.7	25.1	26.2	26.3	24.4	24.8	24.7
SD	5.1	5.1	4.8	4.8	4.9	4.8	5.1	5.0	5.2	5.1	5.1	5.2	5.4	4.5	4.8	5.5	5.3	5.4
คุณภาพชีวิตโดยรวม																		
Mean	86.4	86.2	88.1	88.5	90.3	90.0	86.2	85.8	84.3	84.9	84.4	84.9	82.5	86.9	85.2	77.2	81.0	79.7
SD	15.1	15.0	13.8	13.5	14.1	13.6	15.3	15.2	14.7	14.4	14.7	14.8	17.3	12.1	14.1	10.3	15.7	16.1

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของคนพิการไทย (N=13,331)

		ระดับคุณภาพชีวิต						p-value
		รวม		ไม่ถึงถึงปานกลาง		ดี		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	7,104	53.3	5,130	53.3	1,974	53.2	0.84
	หญิง	6,227	46.7	4,487	46.7	1,740	46.8	
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	2,888	21.7	2,069	21.5	819	22.1	0.45
	ประถมศึกษา	8,041	60.3	5,811	60.4	2,230	60.0	
	สูงกว่าประถมศึกษา	2,402	18.0	1,737	18.1	665	17.9	
การประกอบอาชีพ	ว่างงาน	8,718	65.4	6,360	66.1	2,358	63.5	0.05*
	ทำงานที่มีรายได้	3,754	28.2	2,673	27.8	1,081	29.1	
	ทำงานที่ไม่มีรายได้	859	6.4	584	6.1	275	7.4	
	อาสาสมัคร							
สาเหตุความพิการ	พิการภายหลัง	9,725	73.0	7,098	73.8	2,627	70.7	0.00**
	เป็นแต่กำเนิด	3,606	27.0	2,519	26.2	1,087	29.3	
การดำรงชีวิตประจำวัน	อิสระในชุมชน	8,206	61.6	5,838	60.7	2,368	63.8	0.00**
	มีผู้ช่วยเหลือ	5,074	38.1	3,743	38.9	1,331	35.8	
	อยู่ในโรงพยาบาล	51	0.4	36	0.4	15	0.4	

หมายเหตุ: p-value for Chi-square test, \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, \*\* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

## วิจารณ์

กลุ่มประชากรที่ได้จากการสำรวจคุณภาพชีวิตคนพิการไทยนั้น มีลักษณะทางประชากรและสังคม เช่น สัดส่วนเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย และประเภทความพิการใกล้เคียงกับประชากรคนพิการไทยที่ได้จากการสำรวจความพิการ พ.ศ.2555<sup>(14)</sup> เนื่องจากกระบวนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณ และระเบียบวิธีวิจัย มีความเป็นเหตุเป็นผลในเชิงวิชาการและสถิติ ที่สามารถแสดงถึงการเป็นตัวแทนของประชากรคนพิการไทยได้เป็นอย่างดี

คนพิการไทยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี เนื่องจากประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อการ

คุ้มครองสิทธิคนพิการ โดยการออกพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534<sup>(18)</sup> และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556<sup>(19)</sup> ที่ส่งผลให้เกิดการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินแผนงานโครงการและการบริการที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทั้งในภาครัฐและเอกชนได้อย่างชัดเจนต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข<sup>(3)</sup> กระทรวงศึกษาธิการ<sup>(20)</sup> กระทรวงแรงงาน<sup>(21)</sup> และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์<sup>(22)</sup> ได้ออกกฎกระทรวงหรือประกาศกระทรวงเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการคุ้มครองสิทธิและพัฒนาคุณภาพชีวิตคน

## พิการ

หากเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จากการสำรวจในคนพิการไทย ปี พ.ศ. 2558 ซึ่งพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการฟื้นฟูในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศไทย<sup>(23)</sup> และประเทศไนจีเรีย<sup>(24)</sup> แต่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวระดับรุนแรงที่อาศัยอยู่ในชุมชนของประเทศฟินแลนด์<sup>(25)</sup> เพียงเล็กน้อย ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายเป็นกลุ่มคนพิการที่มีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 48.9)<sup>(26)</sup> และเห็นได้ในเชิงประจักษ์มากกว่าคนพิการประเภทอื่น ๆ รวมถึงการดำเนินแผนงานโครงการ การบริการและการเคลื่อนไหวทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับคนพิการกลุ่มนี้ มักมีตัวอย่างหลักการช่วยเหลือตามมาตรฐานสากล และพบการดำเนินการในสังคมไทยบ่อยครั้ง เช่น การมอบอุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน รถเข็นคนพิการในพื้นที่ห่างไกล การรณรงค์ปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการเข้าถึงบริการและการขนส่งสาธารณะ เป็นต้น จึงทำให้คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายของไทยมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างไปจากประเทศที่พัฒนาแล้วมากนัก นอกจากนี้ ระยะเวลาที่มีความพิการของกลุ่มตัวอย่าง ( $20.4 \pm 27.2$  ปี) เป็นเวลานานกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้น (intensive rehabilitation) ในโรงพยาบาลอาจจะทำให้คนพิการมีการปรับตัวเพื่อยอมรับกับสภาพความพิการที่หลงเหลือ หรือเห็นคุณค่าในตนเองได้มากกว่าที่ยังเป็นผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในขณะที่คนพิการประเภทออทิสติกและคนพิการที่มีความพิการมากกว่า 1 ประเภท มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคนพิการโดยรวม ซึ่งอาจจะมีผลมาจากการแบ่งประเภทความพิการหลังจากประเภทอื่น ๆ เนื่องจากเดิมมี 5 ประเภทความพิการตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และเมื่อมีการปรับปรุงกฎหมายออกพระราชบัญญัติส่งเสริมและ

พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556<sup>(19)</sup> ซึ่งแยกประเภทความพิการออทิสติกออกมาจากคนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ อีกทั้งการวินิจฉัยและบริการทางการแพทย์สำหรับคนพิการกลุ่มนี้ขาดแคลน มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการอย่างมาก<sup>(27)</sup> รวมถึงข้อจำกัดในทักษะด้านสัมพันธภาพทางสังคมของคนพิการกลุ่มนี้ที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของตนเองและครอบครัว<sup>(28,29)</sup> อาจส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยเมื่อเปรียบเทียบกับคนพิการประเภทอื่นได้

ความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระเป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>(30,31)</sup> เนื่องจากการมีอิสระในการดำรงชีวิต ไม่เจ็บป่วยบ่อย ๆ สภาพร่างกายแข็งแรงแล้ว การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้นั้น คนพิการควรได้รับหรือเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่น ๆ เช่น การศึกษา การมีอาชีพ และการมีหลักประกันทางสังคมร่วมด้วย<sup>(4)</sup> นอกจากนี้การป้องกันความพิการที่เกิดภายหลังการเจ็บป่วย การส่งเสริมสัมพันธภาพทางสังคมอันดีระหว่างคนพิการ ครอบครัว และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการให้ดำรงชีวิตเช่นคนทั่วไปและอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างอยู่เย็นเป็นสุข

## ข้อเสนอแนะ

การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การป้องกันความพิการที่เกิดภายหลังการเจ็บป่วย การส่งเสริมสัมพันธภาพทางสังคมอันดีระหว่างคนพิการ ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการประเภทออทิสติกและมากกว่า 1 ประเภทความพิการ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ควรบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่น ๆ เช่น การศึกษา อาชีพ และสังคม ควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้วย

รัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงการ-

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรมีการสนับสนุนการดำเนินสำรวจและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะปัจจัยทางสังคม สัมพันธภาพทางสังคม และเศรษฐกิจที่มีต่อคนพิการอย่างต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคนพิการและครอบครัวคนพิการที่ยินดีให้สัมภาษณ์ข้อมูลอันเป็นประโยชน์และมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการไทย และขอขอบคุณเครือข่ายวิชาการ ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา วทบ. สุพรรณบุรี วทบ. ชลบุรี วทบ. พุทธชินราช วทบ. สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ วทบ. สรรพสิทธิประสงค์ วทบ. นครพนม วทบ. สุรินทร์ วทบ. สุราษฎร์ธานี วทบ. สงขลา สถาบันบรมราชชนก โรงพยาบาล (รพ.) พุทธชินราช พิษณุโลก รพ.สมเด็จพระยุพราชฉวาง จ.นครศรีธรรมราช เป็นอย่างยิ่งที่เอื้อเพื่อบุคลากร ทีมงาน และสนับสนุนการดำเนินโครงการให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) [Internet]. [cited 2015 Feb 2]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
2. United Nations ESCAP. Incheon Strategy [Internet]. [cited 2017 Dec 15]. Available from: <http://www.unescap.org/resources/incheon-strategy-%E2%80%9Cmake-right-real%E2%80%9D-persons-disabilities-asia-and-pacific>.
3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ ค่าเครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ.2552. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126, ตอนพิเศษ 163 ง (ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2552).
4. World Health Organization. WHO global disability ac-

- tion plan 2014-2021 [Internet]. [cited 2015 Feb 2]. Available from: [http://www.who.int/disabilities/about/action\\_plan/en](http://www.who.int/disabilities/about/action_plan/en)
5. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J., Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Berlin: Springer; 1994. p. 41-57.
6. World Health Organization. Basic documents [Internet]. [cited 2015 Feb 2]. Available from: <http://apps.who.int/gb/bd/>
7. Singhpoo K, Charemtanyarak L, Ngamroop R, Hadee N, Chantachume W, Lekbunyasit O, et al. Factors related to quality of life of stroke survivors. J Stroke Cerebrovasc Dis 2012;21:776-81.
8. Manimmanakorn N, Vichiansiri R, Nuntharuksa C, Permsirivanich W, Kuptniratsaikul V. Quality of life after stroke rehabilitation among urban vs. rural patients in Thailand. J Med Assoc Thai 2008;91:394-9.
9. Cerniauskaite M, Quintas R, Koutsogeorgou E, Meucci P, Sattin D, Leonardi M, et al. Quality-of-life and disability in patients with stroke. Am J Phys Med Rehabil 2012;91(suppl):S39-47.
10. Dajpratham P, Kongkasuwan R. Quality of life among the traumatic spinal cord injured patients. J Med Assoc Thai 2011;94:1252-9.
11. Quintas R, Alvarez AS, Koutsogeorgou E, Cerniauskaite M, Meucci P, Sattin D et al. The relationship between health-related quality of life and disability in patients with controlled epilepsy. Am J Phys Med Rehabil 2012; 91(13suppl1):S31-8.
12. Orta A, Ozturker Z, Erkul S, Bayraktar S, Yilmaz O. The correlation between glaucomatous visual field loss and vision-related quality of life. J Glaucoma 2015; 24:e121-7.
13. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. สถิติข้อมูลคนพิการ. ฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 ก.พ. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://dep.go.th>
14. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.สำรวจความพิการ พ.ศ.2555

- [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 ก.พ. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surpop2-5-4.html>
15. Wayne WD. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences. 6<sup>th</sup> ed. New York: John Wiley&Sons; 1995.
  16. Chetta Ngamjarus C, Chongsuvivatwong B, McNeil E. n4Studies: sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Med J* 2016;68:160-70.
  17. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 ก.พ. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=17>
  18. พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 27 ก.พ. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://dep.go.th/th/node/436>
  19. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://dep.go.th/th/node/436>
  20. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการเรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ. 2552. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126, ตอนพิเศษ 80 ง (ลงวันที่ 8 มิถุนายน 2552).
  21. กฎกระทรวง กำหนดจำนวนคนพิการที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐ จะต้องรับเข้าทำงาน และจำนวนเงินที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องนำส่งเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2554. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128, ตอนที่ 30 ก (ลงวันที่ 29 เมษายน 2554).
  22. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. กฎหมายระเบียบ นโยบาย และแผนที่เกี่ยวข้อง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://dep.go.th/?q=th/laws>.
  23. Ploypetch T, Dajpratham P. Change in quality of life of disabled patients after intensive inpatient rehabilitation at Siriraj Hospital. *J Med Assoc Thai* 2011;94:1245-51.
  24. Oni OD, Aina OF, Ojini FI, Olisah VO. Quality of life and associated factors among poststroke clinic attendees at a university teaching hospital in Nigeria. *Niger Med J* 2016;57:290-8.
  25. Rantanen T, Äyräväinen I, Eronen J, Lyyra T, Törmäkangas T, Vaarama M, Rantakokko M. The effect of an outdoor activities' intervention delivered by older volunteers on the quality of life of older people with severe mobility limitations: a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res* 2015;27:161-9.
  26. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. รายงานข้อมูลด้านสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.พ. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://dep.go.th/th/news/>
  27. Gautam P, Bhatia MS, Rathi A. Intellectual disability and multiple co morbid psychiatric disorders in a child: a case report. *J Clin Diagn Res* 2014;8: WD01-WD02.
  28. Reichow B, Steiner AM, Volkmar F. Cochrane review: social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *Evid Based Child Health*. 2013;8:266-315.
  29. Mugno D, Ruta L, D'Arrigo VG, Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:22.
  30. Dajpratham P, Tantiniramai S, Lukkanapichonchut P. Health related quality of life among the Thai people with unilateral lower limb amputation. *J Med Assoc Thai* 2011; 94:250-5.
  31. Andrade KR, Silva MT, Galvão TF, Pereira MG. Functional disability of adults in Brazil: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica* 2015;49:89.

**Abstract: Health-Related Quality of Life Survey in Persons with Disabilities, Thailand, 2015**

**Daranee Suvapan, M.D.\*; Bootsakorn Loharjun, M.D., M.Sc.\*; Rachanee Sunsern, Ph.D.\*\*; Wannarat Lawang, Ph.D.\*\*\*; Chiraphun Phothong, Ph.D.\*\*\*\*; Donruedee Srisuppaphon, M.D.\*; Sarinee Kaewsawang, Ph.D.\*; Suleepun Solunda, M.Sc.\***

*\* Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute; \*\* School of Health Science, Mae Fah Luang University, Chiang Rai; \*\*\* Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi; \*\*\*\* Boromarajonani Collage of Nursing, Suphanburi*

*Journal of Health Science 2018;27:6-16.*

The ultimate goal of rehabilitation is to improve quality of life (QOL) of persons with disabilities. However, QOL of persons with disabilities is usually measured in healthcare facilities. Thus, there is limitation of information on different groups of persons with disabilities. Moreover, large scale studies are scarce. This study aims to quantify level of QOL of Thai persons with disabilities. From July to December 2015, a survey with constructed questionnaire was carried out on 15,110 persons with disabilities in 25 provinces. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF-THAI) was applied to determine the QOL while socio-demographic characteristics, geographic characteristic, health status, family factor and type of disability were also obtained. Descriptive analysis was used. Overall score and the score of different domains in different groups of disability were compared. The participants had a mean age of 54.3 years (SD = 20.5). The majority had middle level of QOL (mean = 86.3  $\pm$  15.0). One-fifth of persons with disabilities had poor QOL in social relations. QOL of persons with autism and persons with more than one disability type were lower than average. Therefore, policies and strategies in rehabilitation should include measures to facilitate social relations and vocational rehabilitation. Strategies toward persons with autism and persons with more than one type of disability should be particularly prioritized.

**Key words:** persons with disabilities, quality of life, WHOQOL-BREF-THAI, rehabilitation