ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

20 ธ.ค. 2544

ปริญญานิพนธ์

ของ

นฤมล ใจดี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
พฤศจิกายน 2543

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....ประธาน
(อาจารย์เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน
(อาจารย์เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วีนัส ปัทมภาสพงษ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 2543

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์นี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากอาจารย์เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต รองศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ สิทธิกร อาจารย์ ดร. ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์ คุณสมบูรณ์ ชุณหประเสริฐ และคุณวิจิตรา ธารีสุวรรณ ที่ได้กรุณาตรวจและให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1 กรุงเทพฯ ผู้อำนวยการศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น ที่อนุญาตให้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษา และให้กำลังใจมาโดยตลอด ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่เป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา

นฤมล ใจดี

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	คำนำ	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	5
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	5
	ข้อตกลงเบื้องต้น	5
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	9
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	9
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน	9
	ความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วย	14
	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย	16
	การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	34
	การวิจัยในต่างประเทศ	34
	การวิจัยในประเทศไทย	35
	กรอบแนวคิดในการวิจัย	38
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	39
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	40
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	40
	เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	40
	วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	47
	วิธีการจัดกระทำกับข้อมูล	47
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	47
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	51
	ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	51
	ผลการวิเคราะห์	51

บทที่ **หน้า**

5 บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 72

บทย่อ 72

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า 72

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า 72

ประชากร 72

กลุ่มตัวอย่าง 72

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล 72

การวิเคราะห์ข้อมูล 73

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า 74

อภิปรายผล 75

ข้อเสนอแนะ 84

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป 84

บรรณานุกรม 86

ภาคผนวก 95

ประวัติย่อของผู้วิจัย 112

บัญชีตาราง

ตาราง **หน้า**

1 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนรักษา และอัตราความชุกโรค ของผู้ป่วยโรคเรื้อนในจังหวัดขอนแก่น และทั่วประเทศ ในแผนพัฒนาการ สาธารณสุข ฉบับที่ 7 (ปีงบประมาณ 2535-2539) 2

2 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามเพศ และระดับความ ล่าช้าในการมารับการรักษา 52

3 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามกลุ่มอายุ และระดับความ ล่าช้าในการมารับการรักษา 53

4 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามระดับการศึกษา และระดับ ความล่าช้าในการมารับการรักษา 54

5 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามรายได้ และระดับความ ล่าช้าในการมารับการรักษา 55

6 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรค และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา 56

7 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรค และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา 57

8 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา 58

9 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการรักษา และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา 59

10 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคม และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา 60

11 จำนวน ร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลต่างๆ ในครอบครัว 61

12 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความล่าช้าในการมารับ การรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน 63

ตาราง หน้า

13 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน 64

14 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน 65

15 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน 66

16 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน 67

17 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน 68

18 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการรักษากับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน 69

19 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการรักษากับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน 70

20 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน 71

ปัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ **หน้า**

1 แนวทางในการปฏิบัติตัวของประชาชนเมื่อมีการเจ็บป่วย 15
2 ความสัมพันธ์ระหว่างโลกทัศน์ ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และพฤติกรรมในการรักษาโรค 16
3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วย ความยากจน และการด้อยการศึกษา 17
4 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค 20
5 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษา 21
6 กรอบแนวคิดในการวิจัย 38

บทที่ 1
บทนำ

คำนำ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อ ที่ทำให้เกิดความพิการได้ ความพิการของผู้ป่วยทำลายประสิทธิภาพของแรงงานการผลิต ก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและเป็นภาระแก่ครอบครัว นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นที่รังเกียจของสังคม

โรคเรื้อนยังคงเป็นปัญหาสำคัญของหลายประเทศ องค์การอนามัยโลกและกองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติได้ทำการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2496 เพื่อคาดคะเนจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอยู่ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่ประมาณ 140,000 คน โดยร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีอัตราความชุกของโรค 5 คนต่อประชากรหนึ่งพันคน (ธีระ รามสูต. 2535 : 454) ในปี พ.ศ.2498 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการควบคุมโรคเรื้อน โดยใช้ชื่อโครงการว่าโครงการชำนัญพิเศษ ทำการค้นหาและให้การตรวจรักษาที่บ้านของผู้ป่วย (Domicilliary Approach) เริ่มดำเนินการที่จังหวัดขอนแก่นเป็นแห่งแรก และเมื่อเริ่มใช้แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515 - พ.ศ. 2519) การควบคุมโรคเรื้อนใช้วิธีการผสมผสานเข้าเป็นกิจกรรมถาวรของบริการสาธารณสุขท้องถิ่น และได้โอนมอบงานควบคุมโรคเรื้อนให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับไปดำเนินการ หลังจากนั้นได้มีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในงานควบคุมโรคเรื้อนคือเมื่อปี พ.ศ.2527 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มวิธีการรักษาโดยใช้ยาผสม 3 ชนิด (Multidrug Therapy : MDT) จนถึงปี พ.ศ. 2532 ประเทศไทยสามารถขยายพื้นที่การรักษาด้วยยา MDT ได้ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ (ธีระ รามสูต. 2535 : 455-456) ทำให้สามารถลดระยะเวลาการรักษาได้เป็นอันมาก สามารถรักษาผู้ป่วย และจำหน่ายจากทะเบียนได้อย่างรวดเร็วเป็นผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศรวมทั้งในจังหวัดขอนแก่นลดลงอย่างมาก ดังได้แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนรักษา และอัตราความชุกโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อนในจังหวัดขอนแก่นและทั่วประเทศในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (ปีงประมาณ 2535-2539)

ปีงประมาณ	จำนวนผู้ป่วย จ.ขอนแก่น	อัตราความชุก จ.ขอนแก่น	จำนวนผู้ป่วย ทั้งประเทศ	อัตราความชุก ทั้งประเทศ
2535	292	1.72	6,819	1.20
2536	264	1.59	7,181	1.24
2537	244	1.49	4,786	0.84
2538	120	0.71	3,015	0.51
2539	235	1.42	3,064	0.52

ที่มา : กลุ่มงานระบาดวิทยา กองโรคเรื้อน พ.ศ. 2541.

จากตาราง 1 จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศและในจังหวัดขอนแก่นได้ลดลงเป็นลำดับ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบอัตราความชุกโรคระหว่างจังหวัดขอนแก่นกับอัตราความชุกโรคของผู้ป่วยทั้งประเทศแล้ว พบว่าอัตราความชุกโรคในจังหวัดขอนแก่นสูงกว่าในภาพรวมทั้งประเทศตลอดมา

สถานการณ์ของโรคเรื้อนเมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาทั่วประเทศ จำนวน 2,732 คน คิดเป็นอัตราความชุกโรค 0.45 ราย ต่อประชากรหนึ่งหมื่นคน (กองโรคเรื้อน. 2541:1) ซึ่งองค์การอนามัยโลก ถือว่าโรคเรื้อนในประเทศไทย สามารถควบคุมได้จนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขแล้ว แต่อย่างไรก็ตามการประเมินความรุนแรงของโรคเรื้อนนั้นไม่อาจพิจารณาเฉพาะอัตราความชุกของโรคเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องพิจารณาถึงผลกระทบทางด้านสิทธิมนุษยชน ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจด้วย เมื่อป่วยเป็นโรคเรื้อนแล้วจะมีผลทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องทนทุกข์ทรมานและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยความลำบาก สังคมมีความหวาดกลัวไม่ยอมรับ เนื่องมาจากการที่ร่างกายมีความพิการที่มองเห็น เช่น นิ้วมือ นิ้วเท้าหงิกงอ กุดด้วน ปากเบี้ยว ใบหน้าบิดเบี้ยวผิดรูป เป็นต้น ความพิการที่เกิดกับผู้ป่วยเสมือนเป็นตราบาปติดตัวผู้ป่วย และยังส่งผลไปถึงครอบครัวและบุตรหลานต้องถูกสังคมรังเกียจเพราะเป็นคนในครอบครัวหรือเป็นลูกหลานของคนโรคเรื้อนด้วย และจากการที่อัตราความชุกของโรคเรื้อนลดต่ำลง กระทรวงสาธารณสุขจึงพยายามที่จะทำให้ประเทศไทยปลอดจากโรคเรื้อนแต่จากการพิจารณาอัตราการตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่ของกองโรคเรื้อน (กองโรคเรื้อน. 2542 : 1) ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 คือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2539

เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน มีการตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่ทุกปี ปีละ 1,000 กว่าราย ชี้ให้เห็นว่ายังมีการแพร่เชื้อโรคเรื้อนในชุมชน นอกจากนี้ยังพบว่ามีรายงานอัตราความพิการในผู้ป่วยรายใหม่ทุกๆ ปี ร้อยละ 11-14 โดยไม่มีแนวโน้มลดลง แสดงถึงการค้นพบผู้ป่วยล่าช้า (ธีระ รามสูต. 2535 : 390) และแสดงให้เห็นว่าการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน และการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนเพื่อให้ตระหนัก ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง หรือไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 1) ผลที่ตามมาก็คือมีผู้พิการจากโรคเรื้อนเพิ่มขึ้นปีละ 100 กว่าราย ทำให้จำนวนผู้พิการในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปี ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา

ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดจากการทำลายเส้นประสาทซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวพันกับการทำงานของอวัยวะสำคัญ 3 ส่วนของร่างกาย อันได้แก่ ตา มือ เท้า โดยที่โรคเรื้อนจะทำให้มีการทำลายเส้นประสาทซึ่งมีหน้าที่รับความรู้สึก เส้นประสาทควบคุมการทำงานของต่อมเหงื่อ และเส้นประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ผลที่ตามมาก็คือเกิดการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ดังกล่าวจนเกิดความพิการ ซึ่งแนวทางป้องกันปัญหาที่ดีที่สุดคือการหยุดการแพร่ระบาดของโรค การพยายามค้นหาผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเพื่อให้ยารักษา และสอนการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการเกิดความพิการ หรือหากเกิดความพิการขึ้นแล้วก็ให้รู้จักวิธีการป้องกันไม่ให้ความพิการที่มีอยู่เดิมนั้นลุกลามเป็นมากขึ้นจนเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ

การค้นหาผู้ป่วยนั้นเดิมใช้วิธีการสำรวจค้นหาผู้ป่วยตามหมู่บ้านเป็นวิธีการหลักแต่วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ต้องใช้งบประมาณมาก ไม่คุ้มค่า และไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ของโรคในปัจจุบัน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ส่งเสริมให้ใช้วิธีการทางสุขศึกษา เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ เกิดความตระหนัก และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการสำรวจตนเอง และหากมีอาการสงสัยก็รีบมารักษา ซึ่งเป็นวิธีการที่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่า และสามารถทำได้อย่างทั่วถึงครอบคลุมพื้นที่ได้ทั่วประเทศ การกำหนดกลวิธีการให้สุขศึกษาเพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และคนอื่นๆ(2531 : 35-39) ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยพบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อนทราบว่าตนเองมีอาการผิดปกติบริเวณผิวหนังซึ่งเป็นอาการระยะแรกของโรคนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มต้นรักษาตัวเอง ด้วยวิธีต่างๆ อย่างน้อย 2-3 วิธี เกือบทั้งหมดเริ่มต้นด้วยการซื้อยาจากร้านขายยา มาทา หรือกิน โดยส่วนมากมีการรับรู้ว่าโรคเรื้อนเป็นโรคธรรมดา อาการไม่รุนแรงหรือคิดว่าเป็นกลากเกลื้อน และเมื่อรักษาช่วงเวลาหนึ่งแล้วอาการไม่ดีขึ้นก็จะเปลี่ยนวิธีการรักษา ซึ่งมีทั้งรักษาด้วยแผนโบราณ และด้วยไสยศาสตร์ (หมอเป่า หมอพระ และหมอสมุนไพร) ผู้ป่วยบางรายเมื่อเห็นว่าการรักษาด้วยวิธีโบราณไม่ได้ผล ก็เลิกรักษา และบางรายก็มิได้แสวงหาการรักษาด้วยวิธีใดๆ เลย ซึ่งพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษารูปแบบต่างๆของผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อและการรับรู้ต่างๆ ตลอดจนสภาวะทางสังคมของผู้ป่วย

สำหรับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยนั้น ได้มีนักวิจัยหลายคนได้ทำการศึกษาไว้ เช่น การศึกษาของเวก และคนอื่นๆ (Weg and others. 1998 : 382-389) ได้ทำการศึกษาในประเทศไนจีเรีย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 68.00 ไปรับการรักษาเมื่อเป็นโรคเรื้อนมานานกว่า 1 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวีร์ สุเอียนทรเมธี (2527 : ก) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 49.70 มีความล่าช้าในการรักษาระหว่าง 1-4 ปี และร้อยละ 23.00 มีความล่าช้ามากกว่า 4 ปี และการศึกษาของแมททิวส์และเจซูดาซาน (Mathews and Jesudasan. 1978 : 414-425) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อน ร้อยละ 26.00 ไปรักษาครั้งแรก เมื่อตระหนักว่ามีอาการผิดปกติแล้วถึง 3 เดือนและร้อยละ 22.00 ไปรับการรักษา เมื่อเป็นโรคได้ 5 ปี มาแล้ว

ความล่าช้าในการมารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการ เพราะในระหว่างที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการรักษานั้น เชื้อโรคเรื้อนจะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวน และมีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะเส้นประสาทอักเสบ ซึ่งเป็นจุดเริ่มแรกที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องในการสังเกตอาการเริ่มแรกของภาวะเส้นประสาทอักเสบ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากความพิการได้

จากปัญหาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าความรุนแรงของโรคเรื้อนอยู่ที่ความพิการที่เกิดขึ้น ซึ่งทางที่จะป้องกันได้ดีที่สุดก็คือการค้นพบผู้ป่วยและให้การรักษาให้เร็วที่สุด โดยที่ในปัจจุบันการรักษาโรคเรื้อนได้มีวิวัฒนาการก้าวหน้า สามารถคิดค้นยาที่มีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อได้รวดเร็วกว่าในอดีตอย่างมาก และรัฐบาลก็ได้ให้การสนับสนุนยารักษาโรคเรื้อนโดยไม่คิดมูลค่า ดังนั้นหากผู้ป่วยต้องการที่จะรับการรักษาเพื่อให้หายจากโรคเรื้อนก็เป็นสิ่งที่ทำได้โดยง่าย แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้าจนเกิดความพิการมีเป็นจำนวนมากในทุกๆ ปี แสดงว่าน่าจะมีปัจจัยบางตัวที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาอันจะเป็นประโยชน์ในงานควบคุมโรคเรื้อน ต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาในจังหวัดขอนแก่น โดยมีแนวคิดว่าแม้ว่าจังหวัดขอนแก่นจะเป็นจังหวัดที่ได้มีการดำเนินการควบคุมโรคเรื้อนอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังปรากฏว่าอัตราความชุกโรคของจังหวัดขอนแก่นสูงกว่าในภาพรวมของประเทศมาโดยตลอด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในจังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นจังหวัดนำร่องในการศึกษาต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และที่โรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

2. สามารถนำผลการศึกษา ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการให้สุขศึกษา เพื่อเร่งรัดให้ผู้ที่มีอาการน่าสงสัยรีบมารับการตรวจวินิจฉัยโรคซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการควบคุมโรคเรื้อนต่อไป

3. ผลการศึกษาวิจัย สามารถนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเรื่องอื่นๆ ที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกัน

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ตัดสินใจมารับการรักษาด้วยตนเอง โดยที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากการที่เจ้าหน้าที่ไปสำรวจ สามารถให้สัมภาษณ์ได้ และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน ไม่มีความผิดปกติทางจิต

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนรักษาของศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น ในระหว่างเดือนเมษายน ถึงมิถุนายน 2543 รวมทั้งสิ้น 210 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนรักษาของศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมารับการรักษาในระหว่างเดือนเมษายน ถึงมิถุนายน 2543 จำนวน 184 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยทุกรายที่มารับการรักษาในช่วงเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่
   1.1 เพศ
   1.2 อายุ
   1.3 ระดับการศึกษา
   1.4 รายได้
   1.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อน
   1.6 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน
   1.7 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา
   1.8 การรับรู้อุปสรรคของการรักษา
   1.9 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

<u>นิยามศัพท์เฉพาะ</u>

1. **ความล่าช้าในการมารับการรักษา** หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐ หรือสถานบริการอื่นที่มีแพทย์แผนปัจจุบันประจำอยู่ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (World Health Organization. 1997 : 83)

1.1 **ระดับ 0** หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรก โดยยังไม่มีความพิการเกิดขึ้น

1.2 **ระดับ 1** หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรก โดยผู้ป่วยมีอาการชา ที่มือ หรือ เท้า แต่ไม่มีความพิการที่มองเห็นได้ที่มือ เท้า หรือมีอาการตามัวไม่มาก สามารถนับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตร ได้ถูกต้อง

1.3 **ระดับ 2** หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรก โดยมีความพิการที่มองเห็นได้ที่มือ เท้า หรือมีอาการตามัวมาก ไม่สามารถนับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรได้ กระจกตาชาไม่มีความรู้สึก ตาหลับไม่สนิท และม่านตาอักเสบ

2. **ผู้ป่วยโรคเรื้อน** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อน โดยเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนรักษา และรับการรักษาที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และที่โรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3. **เพศ** ได้แก่

3.1.ชาย

3.2 หญิง

4. **อายุ** หมายถึง จำนวนปีเต็มบริบูรณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

4.1 อายุต่ำกว่า 21 ปี

4.2 อายุ 21-30 ปี

4.3 อายุ 31-40 ปี

4.4 อายุ 41-50 ปี

4.5 มากกว่า 50 ปี

5. **ระดับการศึกษา** หมายถึง การเรียนขั้นสูงสุด แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2529 : 25-26)

5.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

5.2 ประถมศึกษา

5.3 มัธยมศึกษา

5.4 อุดมศึกษา

6. **รายได้** หมายถึง เงินเดือนหรือเงินได้อื่นเฉลี่ยต่อเดือน แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 48)

6.1 ไม่มีรายได้

6.2 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

6.3 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน

6.4 สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือน

7. **การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค** หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อโอกาสที่จะเกิดโรคเรื้อน รวมทั้งโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน อันตรายต่างๆ จากโรคเรื้อน

8. **การรับรู้ความรุนแรงของโรค** หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อน เกี่ยวกับอันตรายของโรคที่มีต่อชีวิต หรือผลของโรคนั้นมีความรุนแรงที่สามารถทำให้เกิดความพิการ หรือความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน หรือฐานะทางสังคมของผู้ป่วย

9. **การรับรู้ผลประโยชน์ของการรักษา** หมายถึง การประเมินถึงผลประโยชน์หรือผลดีที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อมารับการรักษาโรคเรื้อน ได้แก่ การพ้นสภาพจากการเจ็บป่วย การสามารถควบคุมอาการของโรค รวมทั้งการสามารถป้องกันอันตรายจากความพิการและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

10. **การรับรู้อุปสรรคของการรักษา** หมายถึงการประเมินถึงอุปสรรคหรือผลเสียที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อมารับการรักษาโรคเรื้อน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการเดินทางมารับการรักษา ความไม่สะดวกสบายในการเดินทาง ความวิตกกังวลถึงการยอมรับของสังคมต่อการป่วยเป็นโรคเรื้อน รวมทั้งความวิตกกังวลในการติดต่อสื่อสารกับแพทย์และเจ้าหน้าที่

11. **แรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การประเมินของผู้ป่วยที่มีต่อการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารในการรักษาโรคเรื้อน การสนับสนุนค่าใช้จ่ายและอำนวยความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา การให้กำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่อาการเจ็บป่วย จากบุคคลต่างๆ ในครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยประเมินว่าได้รับ หรือไม่ได้รับ และได้รับจากใครบ้าง

12. **ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดขอนแก่น** หมายถึง หน่วยงานของกรมควบคุมโรคติดต่อ ที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน ตั้งอยู่ที่จังหวัดขอนแก่น

บทที่ 2
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย เอกสารและงานวิจัยที่ได้ศึกษาได้แก่เรื่อง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน ความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน

คำจำกัดความ

โรคเรื้อน(Leprosy) เป็นโรคทางผิวหนังและโรคทางระบบภูมิคุ้มกัน จัดเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง พบและติดต่อเฉพาะในคน โดยทั่วไปโรคเรื้อน มักเกิดอาการที่ผิวหนัง เส้นประสาทส่วนปลาย และท่อทางเดินหายใจส่วนบน (ธีระ รามสูต. 2525 : 1)

เชื้อโรค

โรคเรื้อนเกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ มัยโคแบคทีเรียม เลแปร *(Myco - bacterium leprae)* ซึ่งมีรูปร่างเป็นแท่ง มีคุณสมบัติย้อมติดสีทนกรด (Acid-Fast Stain) และติดสีกรัม(Gram's Stain) ตรวจพบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อน และเพาะเลี้ยงได้ ในสัตว์ทดลองบางชนิด เช่น หนูและตัวนิ่มเก้าลาย (Nine-Banded Armadillo) ปัจจุบันยังไม่มีผู้ใดสามารถเพาะเลี้ยงเชื้อโรคเรื้อนโดยใช้อาหารเลี้ยงเชื้อได้สำเร็จ (กระทรวงสาธารณสุข. 2537 : 2)

การแพร่เชื้อ

เชื้อโรคเรื้อนแพร่ออกจากร่างกายของผู้ป่วยได้สองทาง คือทางผิวหนัง และเยื่อบุจมูก ทางที่เชื่อว่ามีผลต่อการแพร่ติดต่อได้มากคือทางเยื่อบุจมูก ในผู้ป่วยระยะติดต่อที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อน จะสามารถปล่อยเชื้อโรคเรื้อนที่ยังมีชีวิตผ่านทางเยื่อบุจมูกออกมาในสิ่งแวดล้อมได้มากถึงวันละ 10 ล้านตัว สำหรับวิธีการแพร่เชื้อนั้น ปัจจุบันเชื่อว่าการแพร่เชื้อจะเกิดขึ้นโดยเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผ่านทางระบบทางเดินหายใจของผู้รับเชื้อ ส่วนวิธีการแพร่เชื้อโดยวิธีอื่นๆ เช่นโดยการกลืนกิน หรือโดยผ่านแมลงนำโรคนั้นมีผู้ตั้งสมมติฐานไว้แต่ยังมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ (กระทรวงสาธารณสุข. 2537 : 2-3)

ลักษณะอาการของโรคเรื้อน

อาการทั่วไป แบ่งเป็น 3 กลุ่มอาการคือ (ธีระ รามสูต. 2525 : 14-16)

1. อาการทางผิวหนัง (Cutaneous lesion) ได้แก่

1.1 การเปลี่ยนสีของผิวหนัง เป็นวงด่างสีขาว หรือวงด่างสีแดง

1.2 ผิวหนังนูนแดงหนา เป็นตุ่มเล็ก ตุ่มใหญ่ แผ่นวงแหวน แผ่นนูนหนา

2 อาการทางประสาท (Nurological lesion) ได้แก่

2.1 เส้นประสาทรับความรู้สึก (Sensory nerve involment) ถูกทำลาย จะมีอาการชา ไม่รู้สึกร้อน เย็น เจ็บ สัมผัสหนักเบา

2.2 เส้นประสาทเลี้ยงกล้ามเนื้อ (Motor nerve involment) ถูกทำลาย จะมีอาการชาของกล้ามเนื้อตามมือ เท้า ใบหน้า เริ่มจากอ่อนกำลัง เมื่อยล้าง่าย กล้ามเนื้อลีบ ต่อไปจะเกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อ เช่น นิ้วงอ ข้อมือตก เดินเท้าตก และอัมพาตของใบหน้าครึ่งหน้าหรือทั้งสองข้าง

2.3 เส้นประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nerve) ถูกทำลาย จะทำให้เหงื่อไม่ออก ผิวหนังแห้งและขนร่วง เส้นเลือดดำตีบ มีอาการมือเท้าบวมและหากเป็นแผลจะหายช้า เส้นเลือดแดงตีบ มีอาการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ผิวหนังตามปลายมือ ปลายเท้าแห้ง ด้าน แข็ง และเป็นแผลเนื้อตาย เช่นตามฝ่าเท้า เป็นต้น

2.4 เส้นประสาทโตคลำได้ เมื่อมีการอักเสบของเส้นประสาท ภายหลังจะมีเยื่อพังผืดมาแทนที่ ทำให้เส้นประสาทมีขนาดใหญ่มากขึ้น สามารถคลำได้

เส้นประสาทที่อาจถูกทำลายในผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้แก่ เส้นประสาท 7 เส้น ดังนี้ (กิตติ กิตติอำพน. 2538 : 1-4)

1. เส้นประสาทรับความรู้สึกของกระจกตา (Trigeminal nerve)
2. เส้นประสาทใบหน้า (Facial nerve)
3. เส้นประสาทข้างข้อมือ (Radial nerve)
4. เส้นประสาทกลางข้อมือ (Median nerve)
5. เส้นประสาทข้างข้อศอก (Ulnar nerve)
6. เส้นประสาทขาพับด้านนอก (Peroneal nerve)
7. เส้นประสาทใต้ตาตุ่มด้านใน (Tibial nerve)

เส้นประสาททั้ง 7 เส้น นี้ ทำหน้าที่หล่อเลี้ยงและมีผลต่อการทำงานของอวัยวะ 3 ส่วน คือ มือ เท้า และตา หากเส้นประสาทเหล่านี้ถูกทำลาย จะทำให้เกิดความพิการที่ มือ เท้า และตา ของผู้ป่วย ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization. 1997 : 83) ได้แบ่งระดับความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนไว้ดังนี้

มือและเท้า

ระดับ 0 คือ ไม่ชา ไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 1 คือ ชา แต่ไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 2 คือ มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ความสูญเสีย ที่กล่าวถึง ได้แก่ การหดสั้น (Shortening) การผิดรูป (Disorganization) ข้อติดแข็ง (Stiffness) การกุด หรือการสูญเสียเนื้อเยื่อ และกระดูกของมือหรือเท้า ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน

ตา

ระดับ 0 คือ ไม่มีปัญหาทางตาที่เกิดจากโรคเรื้อน

ระดับ 1 คือ มีปัญหาทางตาที่เกิดจากโรคเรื้อน แต่ตามัวไม่มาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตร ได้ถูกต้อง)

ระดับ 2 ตามัวมาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรไม่ได้) กระจกตาสิ้นความรู้สึก ตาหลับไม่สนิท และม่านตาอักเสบ

3. อาการทางท่อทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ อาการเยื่อจมูกบวม ทำให้คัดจมูก ต่อมาจะเริ่มมีแผลในจมูก ทำให้มีเลือดกำเดาปนหนองออกมา จนในที่สุดทำให้ดั้งจมูกยุบได้ ถ้าไม่รักษาอาจลุกลามไปถึงกล่องเสียง ทำให้กล่องเสียงอักเสบ บวม หายใจลำบาก และเสียงแหบได้

อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ ได้แก่

1. อาการในช่องปาก อาจพบมีอาการนูนหนาของเยื่อบุช่องปาก เป็นตุ่มอักเสบบวม และแตกเป็นแผล โดยเฉพาะที่เพดาน ฟันหน้า 2 ซี่มักร่วงหลุดออกได้ง่าย

2 ต่อมน้ำเหลืองโต อาจคลำได้

3. ขนคิ้วมักร่วง เริ่มจากด้านข้างก่อน

4. เชื้อโรคอาจลุกลามเข้าไปในไขกระดูก ทำให้โลหิตจาง

5. อัณฑะอาจอักเสบ

6 อาการทางตา อาจเกิดได้จากอัมพาตหลับตาไม่ได้ ทำให้มีแผลเป็นที่ตาดำจนตาบอดได้

การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน

โรคเรื้อนสามารถแบ่งได้เป็นชนิดต่างๆ ตามลักษณะอาการที่ปรากฏดังนี้ (ธีระ รามสูต. 2525 : 18-34)

1. อินดีเทอร์มิเนท (Indeterminate) เป็นโรคเรื้อนที่พบในระยะเริ่มแรก ลักษณะอาการ พบเป็นวงด่างสีขาว 1-3 วง ขอบจางไม่ชัดเจน ผิวหนังแห้งเล็กน้อย หรือปกติ มีอาการเสียความรู้สึกหรือชาเพียงเล็กน้อย การตรวจเชื้อมักไม่พบเชื้อ ส่วนมากถ้าภูมิต้านทานสูงราว

ร้อยละ 60-80 มักจางหายไปเองแม้ไม่ได้รับการรักษา แต่ถ้าภูมิต้านทานต่ำก็อาจจะกำเริบกลายเป็นโรคเรื้อนชนิดอื่นต่อไป

2. ทิวเบอร์คิวลอยด์ (Tuberculoid) มักตรวจไม่พบเชื้อ อาการระยะแรก พบเป็นวงด่างสีขาวขอบชัดเจน หรือแผ่นนูนแดงหนารูปวงแหวน ผิวหนังแห้งชัดเจน จำนวนที่พบประมาณ 1-3 วง มักมีอาการหายดีขึ้นตรงกลางวงก่อนและขนบริเวณนั้นมักร่วง เส้นประสาทมักโต คลำได้ บางรายอาจพบอาการทางประสาทอย่างเดียว โดยไม่พบอาการทางผิวหนังเลย

3. บอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ (Borderline tuberculoid) ลักษณะอาการคล้ายทิวเบอร์คิวลอยด์แต่มีจำนวนมากขึ้นและมักจะกระจายสองข้างของร่างกายเฉพาะตามแขนขา มีวงหรือแผ่นหนาเกิดขึ้นใหม่รอบวงหรือแผ่นหนาเดิม โดยแผ่นนูนหนาจะมีสีแดงเข้ม และเป็นมันมากขึ้น อาการทางประสาทพบมากขึ้น และขอบนอกไม่เด่นชัดแต่ลาดลง ผิวมักไม่แห้ง การตรวจเชื้อมักพบเชื้อเล็กน้อย

4. บอร์เดอร์ไลน์ (Borderline) ส่วนมากมักพบเป็นแผ่นนูนหนา 2 แบบ แบบแรกอาจพบเป็นแผ่นนูนหนาตรงกลางหรือลาดลง โดยขอบด้านนอกมักแบนลาดลงไม่เด่นชัด หรืออีกพวกพบเป็นแผ่นนูนหนาและตรงกลางบุ๋มเป็นรู บางพวกเป็นรูปวงแหวนซึ่งขอบด้านในและด้านนอกนูนเด่นชัดเจน และมักพบแผ่นหนาที่เกิดขึ้นใหม่ และวงด่างขาวเป็นวงกลมล้อมรอบแผ่นนูนแดงเสมอ

5. บอร์เดอร์ไลน์ เลโปรมาตัส (Borderline lepromatous) มักพบ Lesion หลายชนิด เช่น วงด่าง แผ่นหนาและตุ่มผสมกัน มีจำนวนมากมาย กระจายสองข้างของร่างกาย โดยส่วนมากที่พบเป็นแผ่นนูนหนาขนาดเล็ก ตรงกลางนูน ขอบแบนลาดลงและผิวหนังไม่แดงจัดและไม่เป็นมันเลื่อม อาการชามีเล็กน้อย เส้นประสาทมักโต

6. เลโปรมาตัส (Lepromatous) อาการที่พบ ชัดเจนมากทั้งสองข้างของร่างกายทั้งในแบบวงแหวนสีแดง ตุ่มเล็ก ตุ่มใหญ่ แผ่นนูนหนา จำนวนมากมายกระจายทั่วร่างกายใบหู ใบหน้าหนาชัดเจน เป็นหน้าสิงโต เส้นประสาทมักโตทั้งสองข้าง มือเท้ามักชาและมีความพิการของมือ เท้า หรือใบหน้าร่วมด้วย การตรวจเชื้อจะพบเชื้อโรคเรื้อนมากมาย

การวินิจฉัยโรค

โรคเรื้อนสามารถให้การวินิจฉัยได้จากประวัติการตรวจร่างกาย และการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนจากผิวหนัง ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization.1997 : 18) กล่าวว่าอาการสำคัญ (Cardinal signs) ที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นเป็นโรคเรื้อนดูได้จากอาการ 1 ใน 2 ลักษณะคือ

1. มีรอยอันเป็นลักษณะของโรคเรื้อนที่ผิวหนัง และมีอาการชาบริเวณรอยโรคนั้น

2 ตรวจพบเชื้อรูปแท่งติดสีทดกรด (Acid fast bacilli) จากการตรวจหาเชื้อโดยกรีดจากผิวหนัง หรือโดยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

การรักษา

หลักเกณฑ์การรักษาโรคเรื้อน (กองโรคเรื้อน. 2542 : 8-10)

1. วัตถุประสงค์ในการรักษา คือ

1.1 รักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคและไม่เกิดความพิการ

1.2 ตัดวงจรการแพร่เชื้อ

2. ยาที่ใช้ในการรักษา

2.1 ผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อย ยาที่ใช้ ได้แก่

2.1.1 ไรแฟมพิซิน (Rifampicin) 600 มิลลิกรัม ต่อเดือน โดยให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าหรือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

2.1.1 แดปโซน (Dapsone) 100 มิลลิกรัม ต่อวัน

2.2 ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก ยาที่ใช้ ได้แก่

2.2.1 ไรแฟมพิซิน (Rifampicin) 600 มิลลิกรัม ต่อเดือน โดยให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าหรือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

2.2.2 แดปโซน (Dapsone) 100 มิลลิกรัม ต่อวัน

2.2.3 โคลฟาซิมีน (Clofazimine) 300 มิลลิกรัม ต่อเดือน

2.2.4 โคลฟาซิมีน (Clofazimine) 50 มิลลิกรัม ต่อวัน หรือ 100 มก. วันเว้นวัน

3. ระยะเวลาการรักษา

3.1 ผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อย ใช้เวลารักษา 6 เดือน

3.2 ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก ใช้เวลารักษา 2 ปี

4. การติดตามผลหลังจากหยุดยา

4.1 ผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อย ต้องตรวจร่างกายปีละครั้งเป็นเวลา 3 ปี

4.2 ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก ต้องตรวจร่างกายปีละครั้งเป็นเวลา 5 ปี

การป้องกันและการควบคุมโรค

การป้องกันและควบคุมโรคแบ่งได้เป็น 2 ระยะดังนี้ (สมชาย สุพันธุ์วนิช : 132-133)

1. การป้องกันล่วงหน้า

1.1 ให้สุขศึกษาแก่ประชาชนให้เข้าใจว่าโรคเรื้อนสามารถรักษาหายได้ หากได้รับการรักษาแต่เริ่มแรกและติดต่อกันไป และแจ้งสถานที่ตรวจรักษาที่จะให้ผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาได้โดยสะดวกด้วย

1.2 การเร่งรัดในการค้นหาผู้ป่วยและให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และเฝ้าสังเกตผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน หรือผู้สัมผัสโรค

2. การควบคุมผู้ป่วย ผู้สัมผัสโรค และสิ่งแวดล้อม

2.1 การวินิจฉัยโรค และการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก

2.2 การแยกผู้ป่วยระยะติดต่อ ในระยะแรกของการรักษา

2.3 การทำลายเชื้อโรค ได้แก่ การเผาสำลี ผ้าพันแผล ซึ่งเปื้อนเลือด น้ำเหลือง หรือหนองของผู้ป่วย

2.4 การควบคุมผู้สัมผัสโรค ได้แก่ การตรวจผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย หรือผู้ใกล้ชิดอื่นๆ ทุก 6-12 เดือน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 10 ปี ภายหลังการสัมผัสโรคครั้งสุดท้าย ถ้าเป็นไปได้ควรแยกทารกจากบิดามารดาที่เป็นโรคจนกว่าจะรักษาหายเป็นปกติ

ความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยเริ่มสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ซึ่งมีอาการลักษณะเดียวกับอาการของโรคเรื้อน และมิได้มีพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่มนั้น เป็นสิ่งที่แสดงถึงภาวะของความลังเลใจในการแสวงหาการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยขาดการรับรู้ว่าอาการของตนนั้นเป็นอาการของโรคที่มีความร้ายแรงบางคนมีความตระหนักในอาการเจ็บป่วยและเห็นว่าการวินิจฉัยและการรักษาเป็นขั้นตอนที่สำคัญต่อการกลับสู่สภาวะปกติของการมีสุขภาพอนามัยที่ดี แต่ก็ยังมีความคิดเห็นว่าการวินิจฉัยโรคและการรักษาเป็นสิ่งที่เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลา ดังนั้นบุคคลจึงอยู่ในสภาวะของการขัดแย้ง โดยในด้านหนึ่งเขาต้องการได้รับการรักษาพยาบาล เพราะรู้ว่าสามารถนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยดีเป็นปกติ แต่ในอีกด้านหนึ่งการวินิจฉัยโรคและการรักษาเป็นสิ่งที่เจ็บปวด เสียเงิน เสียเวลา หรือต้องพึ่งพาคนอื่น (กรแก้ว กอวัฒนา. 2531 : 13 ; อ้างอิงมาจาก Ruth.1973)

ซัชแมนได้วิเคราะห์และเสนอแผนการค้นหาหรือแสวงหาบริการสาธารณสุข เริ่มตั้งแต่กระบวนการของการรับรู้ และตระหนักในการเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงการได้รับการรักษาจากแพทย์ โดยแบ่งเป็นขั้นตอน 5 ขั้นตอน ได้แก่ (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530 : 59-63 ; อ้างอิงมาจาก Suchman. 1965)

1. ขั้นตอนประสบกับโรคภัย

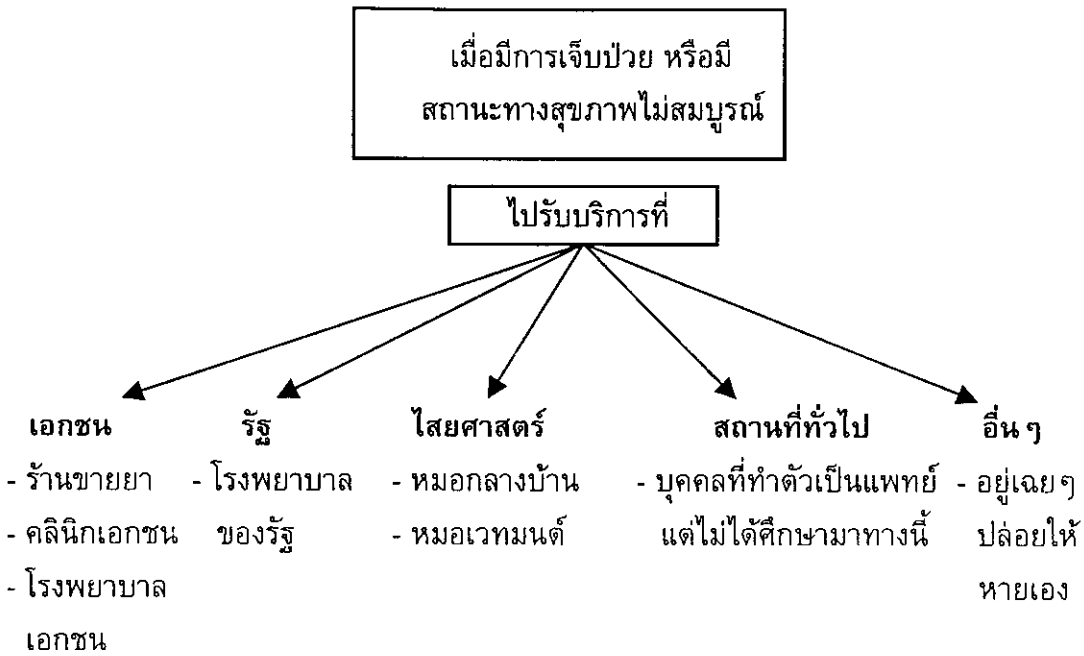
2. ขั้นตอนการยอมรับฐานะการเจ็บป่วย

3. การรับการรักษาเยียวยา

4. บทบาทของผู้ป่วย

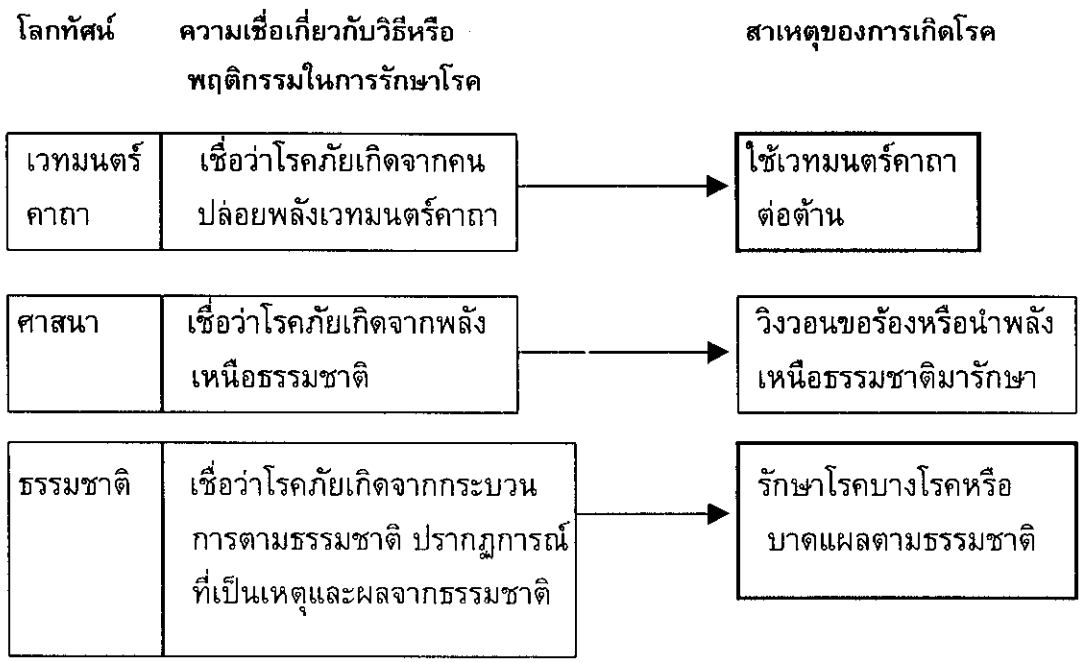
5. การหายจากโรคและฟื้นฟูสภาพ

เมื่อบุคคลเกิดความตระหนักถึงอาการเจ็บป่วยของตนเองแล้ว บางคนจะเพิกเฉยไม่แสวงหาการรักษา บางคนก็มีการแสวงหาการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แนวทางในการปฏิบัติตัวของประชาชนเมื่อมีการเจ็บป่วย
ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 166

จากภาพประกอบ 1 จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย จะมีการปฏิบัติแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ รวมทั้งโลกทัศน์ ความเชื่อเกี่ยวกับลักษณะ และสาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บ ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างโลกทัศน์ ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และพฤติกรรมในการรักษาโรค

ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 167 ; อ้างอิงมาจาก เบญจา ยอดดำเนิน และคนอื่นๆ. 2523 : 16-18.

การยอมรับต่อการเจ็บป่วยของผู้ที่ปรากฏอาการของโรคเรื้อนนั้น จะมีการแสดงออกรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การซื้อยาจากร้านขายยามารักษาตัวเอง การรักษาแผนโบราณ การรักษาแผนปัจจุบัน และการนิ่งเฉยปล่อยให้หายเองหรือการชลอเวลาในการรักษา

ในการศึกษาครั้งนี้ จะทำการศึกษาความล่าช้าในการมารับการรักษาตัวของผู้ป่วย ซึ่งรวมทั้งการชลอการรักษาและการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่การรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีปัจจัยที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย ทั้งปัจจัยจากตัวผู้ป่วย และปัจจัยจากภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย อันได้แก่ อิทธิพลจากสังคม และวัฒนธรรม ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะแสดงการยอมรับความเจ็บป่วยด้วยการแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีต่างๆ เช่น การไปหาเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้องหรือไปพบแพทย์เพื่อปรึกษาถึงความผิดปกติของตน แต่บางคนก็มีความลังเลใจ ในการที่จะปรึกษาถึงอาการผิดปกติของตนเองโดยคำนึงถึงผลได้และผลเสียจากการแสวงหาความช่วยเหลือนั้น ซึ่งสาเหตุของความ

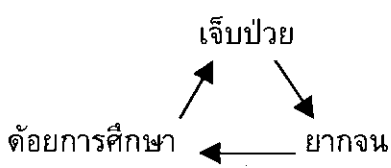
ล่าช้าในการรักษานั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 173-185) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคล ได้แก่

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันในลักษณะและความมากน้อย บางคนจะมีองค์ประกอบนี้ในลักษณะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือที่พึงปรารถนา แต่บางคนอาจจะมีลักษณะที่ขัดขวางต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือพึงปรารถนา

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่กลุ่มบุคคลในสังคม ครอบครัว สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยของบุคคลทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ รายได้มีผลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของบุคคล ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น นอกจากนั้นรายได้ของประเทศโดยส่วนรวมก็มีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน กล่าวคือเศรษฐกิจของประเทศจะส่งผลถึงความเพียงพอและความทั่วถึงของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รัฐบาลจัดให้กับประชาชน ซึ่งจะจัดได้ดีมากน้อยเพียงใดนั้น เศรษฐกิจของประเทศจะเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยอย่างมาก

4. องค์ประกอบทางด้านการศึกษา การศึกษาทำให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติ และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอย่างถูกต้อง ระดับการศึกษาจะมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับฐานะทางเศรษฐกิจ ถ้าฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ก็มักจะมีการศึกษาต่ำ ทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ มีทัศนคติที่ไม่ดี และมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเมื่อเจ็บป่วยก็จะขาดรายได้ ทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ดังนั้นจึงเกิดวงจรของความสัมพันธ์ ระหว่าง ความเจ็บป่วย การด้อยการศึกษา และความยากจน ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วย ความยากจน และการด้อยการศึกษา
ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 180

5. องค์ประกอบทางด้านการเมือง นโยบายทางการเมืองส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมาก เช่น ประเทศที่เน้นเรื่องการรักษาความสะอาดของบ้านเมือง ถนนหนทาง ก็จะปลูกฝังให้เด็กรู้จักรักษาความสะอาดและมีการออกกฎหมายบังคับในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาความสะอาด เป็นต้นและนอกจากนั้นการให้บริการรักษาพยาบาลกิจกรรมการศึกษาต่างๆ

เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและอนามัยที่รัฐจัดให้กับประชาชนนั้นขึ้นอยู่กับนโยบายทางการเมือง ถ้ารัฐเห็นความสำคัญ และความจำเป็นก็จะให้งบประมาณทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขมาก บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขก็มีจำนวนมากและทั่วถึง ตลอดจนโครงการที่จะช่วยให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางสุขภาพก็ย่อมจะขยายมากขึ้นด้วย

6. องค์ประกอบทางด้านระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ ความทั่วถึงของสถานบริการ ขั้นตอนความยุ่งยากซับซ้อนของระบบบริการ และคุณภาพในการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีผลต่อการใช้บริการทางด้านสาธารณสุขของประชาชน หากระบบบริการเหล่านี้มีความทั่วถึงและมีคุณภาพดี จะให้เกิดความสะดวกและความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลของประชาชน

7. องค์ประกอบด้านแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคล ด้วยเหตุที่ครอบครัวเป็นแหล่งปฐมภูมิในการปลูกฝังสุขนิสัย เช่น การเลือกบริโภค การแปรงฟัน การล้างมือ นอกจากนั้นครอบครัวยังเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วยและเป็นกำลังใจให้สามารถต่อสู้กับโรคภัยได้อย่างดีด้วย

มิคานิค (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530 : 51 ; อ้างอิงมาจาก Mechanic. n.d.) ได้ให้คำอธิบายไว้ถึงความแตกต่างของการแสดงออกหรือไม่แสดงออก เพื่อตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วยว่าเป็นกระบวนการตัดสินใจในระดับบุคคลอันเป็นผลโดยตรงจากความแตกต่างของปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่แวดล้อมตัวบุคคลและลักษณะทางด้านจิตวิทยาของบุคคลนั้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลซึ่งรวมถึงพฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคลด้วยนั้น ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยของบุคคล เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านจิตวิทยา
2. ปัจจัยด้านสังคม
3. ปัจจัยด้านอื่นๆ

1. ปัจจัยด้านจิตวิทยา

ปัจจัยด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ วุฒิภาวะความต้องการ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ การจูงใจ ความคับข้องใจ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 173-185)

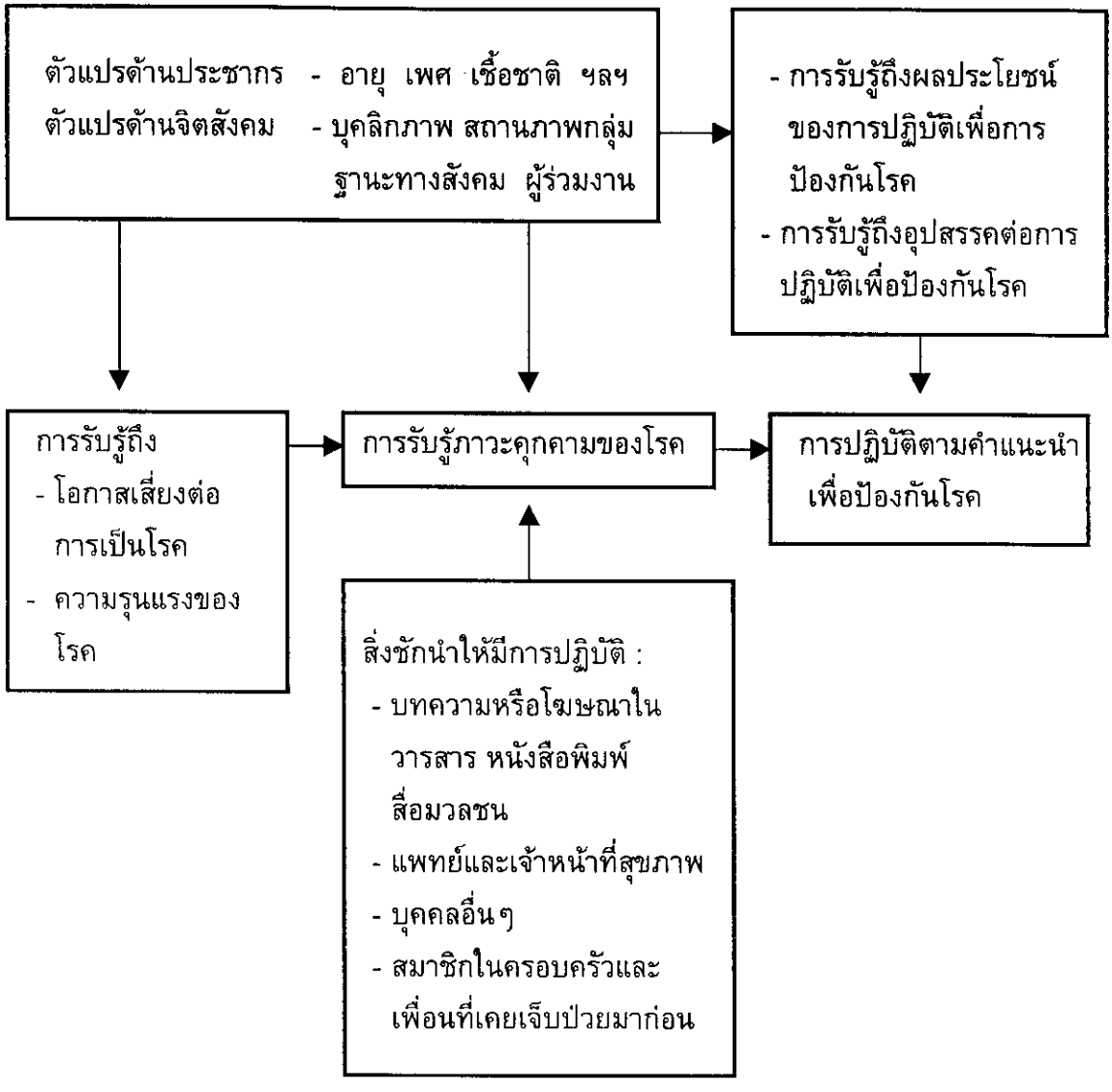
ความเชื่อเป็นองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดอย่างหนึ่ง ความเชื่อนั้นก็จะเป็นเครื่องกำหนดความโน้มเอียงในการกระทำสิ่งต่างๆ ของบุคคลนั้น ความเชื่อมีบทบาทสำคัญในการวางหลักแห่งการกระทำ

และยังเป็นองค์ประกอบสำคัญ ในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (สุธีรา อายุวัฒน์. 2527 : 1-2)

เคริท เลวิน (Kurt Lewin) กล่าวว่า "โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ" ฮอคบาม (Hockbaum) และคณะได้นำแนวคิดของเลวิน มาเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่าสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคล จะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล เว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นจะตรงกับการรับรู้เดิมของบุคคลนั้น

โรเซนสตอค (Rosenstock. 1974 : 328-335) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อดังนี้ 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิต 3) การปฏิบัติดังกล่าวสามารถหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคและจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความสะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก ได้นำมาใช้เพื่อทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยมีโครงสร้างและส่วนประกอบสำคัญ ดังภาพประกอบ 4 และนอกจากนี้เบคเคอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1980 : 113-131)ยังได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ทำนาย และอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วย ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 4 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค
ที่มา : Becker and Maiman. 1975 : 12

ภาพประกอบ 5 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษา

ที่มา : Becker. 1974 : 89

มิคานิคได้กล่าวถึงปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยของบุคคลซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยกล่าวว่าการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคลขึ้นอยู่กับการตระหนักได้ และการรับรู้ถึงลักษณะสำคัญๆของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และการคาดการณ์ล่วงหน้า ถึงความรุนแรงของอาการผิดปกติ อันอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530 : 50-54 ; อ้างอิงมาจาก Mechanic. n.d.)

ฟาบริกา (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530 : 65-71 ; อ้างอิงมาจาก Fabrega. 1973) กล่าวถึงขั้นตอนการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ว่า เมื่อบุคคลตระหนักถึงความเจ็บป่วยแล้ว บุคคลนั้นจะวางแผนการรักษาโดยการประเมินเกี่ยวกับค่านิยมเชิงลบที่มีต่อการเจ็บป่วย โดยประเมินจากประสบการณ์ในอดีตไม่ว่าจะเป็นภาวะการเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต ความพิการ และความไม่สบาย หรือถูกรังเกียจเดียดฉันท์จากสังคม จากนั้นบุคคลจะประเมินถึงความเป็นไปได้ของผลการรักษาเยียวยาว่าจะสัมฤทธิ์ผลสามารถกลับสู่สภาพปกติได้หรือไม่ เมื่อบุคคลได้ผ่านการประเมินในการรักษาแล้ว จะเป็นขั้นตอนการเลือกแผนการรักษา โดยวิธีที่เขาเลือกจะต้องมีคุณสมบัติที่สำคัญคือก่อให้เกิดผลดีต่อการรักษามากที่สุด สูญเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด และให้ผลประโยชน์มากที่สุด

วราภรณ์ พรหมพันใจ และคนอื่นๆ (2541 : 18 - 25) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สงสัยโรคเรื้อน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อน ทัตดิยา มานิจสิน (2534 : ก-ข) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของบุคคลอย่างยิ่ง และน่าจะมีผลต่อความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคจากการกระทำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

2. องค์ประกอบด้านสังคม

องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของผู้ป่วย คือองค์ประกอบทางด้านสังคม ได้แก่ อิทธิพลของสังคม อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนบ้านและอิทธิพลของวัฒนธรรมสุขภาพ เป็นต้น (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528 : 585-586) ในการประเมินอาการผิดปกติของร่างกาย การวินิจฉัยสาเหตุของโรค การพิจารณาเลือกแหล่งรักษาที่

เหมาะสม ตลอดจนมีการประเมินผลการรักษาในกรณีไม่หาย และเลือกแหล่งการรักษาใหม่จนกระทั่งหายจากโรคนั้น บุคคลและสิ่งแวดล้อม ได้แก่บุคคลใกล้ชิด เช่นพ่อแม่ สามี ภรรยา ญาติ พี่น้องและเพื่อนฝูง ซึ่งล้วนเป็นผู้มีบทบาทหลักในการตัดสินใจดังกล่าวแทบทั้งสิ้น (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530 : 58) และในภาวะที่บุคคลเกิดการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา และแก้ปัญหากดดันที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง

จากการศึกษารายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติตัวระหว่างรักษา และต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง (2532 : 58-64) ศึกษาความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน เนตรนภา คู่พันทวี (2534 : ก-ข) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของบุคคลอย่างยิ่ง และน่าจะมีผลต่อความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

3. องค์ประกอบด้านอื่น ๆ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากบุคคลที่มีเพศ และวัยต่างกัน มักมีความสนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพต่างกัน ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษา และรายได้ก็มีผลเกี่ยวโยงกันและส่งผลถึงความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของบุคคล

สรุปตัวแปรที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ว่า มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้แก่

1. เพศ

จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่าเพศเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัวและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2534 : 33) รูธ (Ruth. 1973 : 136-156) กล่าวว่า เพศเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมการเจ็บป่วย สำหรับเพศชายความต้องการที่จะแสวงหาความแข็งแรงเช่นชายชาตรีทำให้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย เพราะมองว่าเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอ และความเป็นเพศหญิง ซึ่งก็ได้มีการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนแนวความคิดของรูธ เช่น การศึกษาของวิลสัน (Willson. 1970 : 77) พบว่าเพศหญิงมีการไปปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชายเนื่องจากเพศหญิงมีเวลาเสาะแสวงหาการรักษาได้มากกว่า สะดวกกว่าเพศชาย อีกทั้งเพศหญิงยังสามารถระมัดระวังสุขภาพอนามัยของตนเอง เมื่อยามเจ็บป่วยได้ดีกว่าเพศชาย การศึกษาของค็อคเคอร์แฮม(Cockerham. 1982 : 70) ซึ่งศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าเพศหญิงไปตรวจรักษามากกว่าเพศชาย ส่วนการศึกษาในประเทศไทย จุฑารัตน์ วงศ์คงคาเทพ (2533 : 89-106) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยพบว่าเพศหญิงจะมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับเพ็ญศรี จิตนำทรัพย์ (2528 : 48-53) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนเพศหญิงมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าเพศชาย จึงถือได้ว่าเพศเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่จะส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และน่าจะมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย

2. อายุ

อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตของบุคคล เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ อายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของบุคคล (Kasl and Cobb. 1966 : 249) โดยที่อายุจะส่งผลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ดังนั้นอายุจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของเฮอร์ทรอยด์ (Hertroijs. 1974 : 419-427) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปีจะมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ เพ็ญศรี จิตนำทรัพย์ (2528 : 48-53) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป จะมารับการรักษามากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ การศึกษาของวรสิทธิ์ ไหลหลั่ง (2532 : 58-64) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 96) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการขอลาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุค่อนข้างสูง คือตั้งแต่ 41 ปี ขึ้นไป จะมีระยะเวลาความล่าช้าในการมารับการรักษาสูงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 41 ปี ลงมา และการศึกษาของสนิท พึ่งสาย (2539 : 127) ที่ศึกษา

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วย ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและน่าจะส่งผลต่อความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย

3. **ระดับการศึกษา**

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการเรียนรู้ การใช้เหตุผล การพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ระดับการศึกษาจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ที่มีการศึกษาสูงเมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใดๆ ก็จะพยายามสนใจใคร่รู้ในเรื่องนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย ย่อมต้องการที่จะค้นหาความรู้เพื่อนำมาตอบคำถามให้กับตนเองว่าควรปฏิบัติอย่างไร (Roger. 1969 : 157) จากการศึกษาของรูธ (Ruth. 1973 : 136-156) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะพบปัญหา ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตน เพราะความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องในเชิงวิทยาศาสตร์ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่าตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้องมากว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ไพรซ์ (Price. 1983 : 129-137) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พิการและพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาของผู้ป่วยกับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำมักเชื่อว่าโรคเรื้อนเกิดจากอำนาจนอกเหนือธรรมชาติ อเดย์ และลีเวนสันกล่าวว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำมีการใช้บริการสาธารณสุขน้อยกว่าผู้มีการศึกษาสูง ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความต้องการของบุคคลด้วย (เบญจวีร์ สุเอียนทรเมธี. 2527 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Aday. n.d. และ Levenson. n.d.) สุภาพ ใบแก้ว (2528 : 8-9) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปและการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ก-ข) ศึกษาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษพบว่าระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ กอบแก้ว คุตตวัส (2527 : 47) และจารุวรรณ ขันติสุวรรณ (2528 : 88-89) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการศึกษาสูงจะให้ความ

ร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ และเบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 84-85) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีการปฏิบัติตนดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ การศึกษาของเวกและคนอื่นๆ (Weg and others. 1998 : 382-389) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน พิมล เพราเพริศภิรมย์ (2533 : 75-82) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

จากรายงานการศึกษาดังกล่าว จึงกล่าวได้ว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และน่าจะมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย

4. รายได้

ระดับรายได้ หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง (Pender. 1982 : 161-162) โอเรม (Orem. 1980 : 175) กล่าวว่า รายได้เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่จะมีผลทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น ทั้งในด้านการศึกษาหาความรู้ การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และยังกล่าวได้ว่าผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสของการเลือกใช้แหล่งบริการดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ จากการศึกษาของริชาร์ดสัน (Richardson. 1972 : 234) พบว่า คนรวยไปใช้บริการด้านสุขภาพมากกว่าคนจน นอกจากนี้ อรทัย รวยอาจิณ และกาญจนา แก้วเทพ (เบญจวีร์ สุเอียนทรเมธี. 2527 : 19 ; อ้างอิงมาจาก อรทัย รวยอาจิณ และกาญจนา แก้วเทพ. 2523) ได้ศึกษาบทบาทของแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุข พบว่าคนไข้ส่วนใหญ่ที่มารับการรักษากับหมอโบราณ มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับค่อนข้างยากจน เช่นเดียวกับการศึกษาของวไลพร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม (เบญจวีร์ สุเอียนทรเมธี. 2527 : 19 ; อ้างอิงมาจากวไลพร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม. 2523) พบว่าผู้ป่วยที่มาหาหมอพระมากที่สุด คือผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนค่อนข้างต่ำ และมีรายได้ไม่แน่นอนหรือไม่มีรายได้ประจำ การศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 97) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีรายได้ต่ำ มีพฤติกรรมการชลอการรักษามากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง และการศึกษาของเบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 91) พบว่าผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ดีกว่า พิมล เพราเพริศภิรมย์ (2533 : 75-82) พบว่าระดับรายได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

จากรายงานการศึกษาดังที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย

5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Preceived Susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนของบุคคลว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสาธารณสุขนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์

โรเซนสตอค (Rosenstock) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค บางคนเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับปานกลางและบางคนเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคง่ายกว่าผู้อื่น เพราะฉะนั้นบุคคลเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ (สนิท พึ่งสาย. 2539 : 24 ; อ้างอิงมาจาก Rosenstock. 1966) นอกจากนี้กอชแมน (Gochman. 1972 : 286) ยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่า บุคคลใดที่มีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง ย่อมมีระดับพฤติกรรมอนามัย เกี่ยวกับการป้องกันโรคสูงด้วย

สำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วย การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของทัศนะความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำอีก หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นได้ เบคเคอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 17-18) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยโรคของตนเองแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งจะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนของบุคคลผิดไป

2. ในกรณีที่บุคคลเคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำได้อีก

3. ถ้าบุคคลนั้นกำลังป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

ได้มีผู้ศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ในส่วนที่เกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมของผู้ป่วยไว้ ได้แก่การศึกษาของแบททิสเตลลา (Battistella. 1968 : 308-319) ซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการไปตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ และการศึกษาของซัชแมน(Suchman. 1970 : 105-110) ก็สนับสนุนความคิดดังกล่าว โดยพบว่าผู้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง จึงจะมีพฤติกรรม

ด้านสุขภาพอนามัยดี เทอร์เรล และฮาร์ท (Terrell and Hart. 1980 : 490) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ ในการเดินออกกำลังกาย ฮาลลาล (Hallal. 1982 : 137-141) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ การศึกษาในประเทศไทย นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 80) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : ก) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด นิตยา เย็นฉ่ำ (2535 : ก) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สุพรรณี อินตะนัย (2538 : ข) พบว่าความล่าช้าในการรักษาวัณโรคปอดส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่ตระหนักถึงโอกาสติดเชื้อที่ทำให้เกิดวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 99) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อน การศึกษาของวราภรณ์ พรหมพันใจ และคนอื่นๆ (2541 : 18-25) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการสำรวจตัวเองเพื่อหาอาการของโรคเรื้อนของผู้ที่มารับการตรวจรักษาด้วยอาการที่น่าสงสัยเป็นโรคเรื้อน

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และน่าจะมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย

6. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน เช่น ด้านครอบครัว การทำงาน ซึ่งการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงอาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน ดังที่โรเซนสตอค (Rosenstock. 1974 : 354-380) ได้กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มิได้หมายความถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่หมายถึงการประเมินตามความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความร้ายแรงของโรค

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคล และมีผลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยอมรับว่าบุคคลถึงจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยก็ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา หากแต่บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบที่รุนแรง

ต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคม ของเขาด้วยจึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้นมิคเฮล (Mikhail. 1981. : 69) ได้กล่าวถึงการศึกษาของเค็กเกลล์ ในปี ค.ศ. 1963 และการศึกษาของแท็สและคนอื่นๆ ในปี ค.ศ.1969 ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพฟัน ไฮน์เซลมานน์ (Heinzellmann. 1962 : 73-81) ทำการศึกษาการรับประทานยาเพนนิซิลินเพื่อป้องกันการเกิดไข้รูมาติคของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาตามคำแนะนำคือผู้ที่มีความเชื่อว่าไข้รูมาติคเป็นโรคที่รุนแรง สำหรับการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการชลอรักษาโรคนั้น กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ข) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์กับการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อนนั้น ศรีสุนทร วิริยะวิภาต. และคนอื่นๆ (2539 : 16-26) ได้ศึกษามูลเหตุจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยมาตรวจล่าช้า พบว่าร้อยละ 70.60 คิดว่าโรคเรื้อนไม่มีอันตรายรุนแรง และการศึกษาของวราภรณ์ พรหมพันใจ และคนอื่นๆ (2541 : 18-25) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการสำรวจตัวเองเพื่อหาอาการของโรคเรื้อน

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและน่าจะมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย

7. การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคต่าง ๆ

(Perceived benefits of taking action and barriers to taking action)

ความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคต่างๆ เป็นตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาโรคของผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้ว บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามเหล่านั้นโดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับหรือปฏิเสธในสิ่งใดนั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุด ที่จะไม่ให้ป่วยเป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น ในขณะเดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในที่นี้ นอกจากจะหมายถึงเงินที่ต้องเสียไปแล้ว ยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการ

แทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น เบคเคอร์ และไมแมน ได้กล่าวว่าถึงแม้บุคคลจะมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ คือมีการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคแล้วก็ตาม การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ จะขึ้นอยู่กับความเชื่อต่อประสิทธิผลของการกระทำ ที่จะช่วยลดภาวะคุกคามเปรียบเทียบกับความยุ่งยากหรืออุปสรรคที่เกิดจากการกระทำนั้น ๆ (Mikhail. 1981 : 65-82)

ได้มีผลงานวิจัยจำนวนมาก พบว่าการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากปฏิบัติตนในการป้องกันโรคและปฏิบัติตนตามแบบแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมการรักษาโรคของผู้ป่วย เช่น การศึกษาของเทอร์เรลและฮาร์ท (Tirrel and Hart. 1980 : 492) พบว่า การรับรู้ถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาลลาล (Hallal. 1982 : 140) ที่พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และการศึกษาในประเทศไทย นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 82) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่รับรู้ว่าการรักษาเป็นสิ่งมีประโยชน์ จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ในส่วนของการศึกษาความล่าช้าในการมารับการรักษา สุพรรณี อินตะนัย (2538 : 87) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการไปตรวจรักษามีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับการรักษา โดยผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับรู้ว่าการไปตรวจรักษามีประโยชน์น้อยจะมีความล่าช้าในการรักษามากกว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับรู้ว่าการไปตรวจรักษามีประโยชน์มาก สอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 99) ซึ่งพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับการชลอการรักษาในผู้ป่วยวัณโรค ส่วนการวิจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อนนั้น เบญจวีร์ สุเอียนทรเมธี (2527 : 85-87) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 76.70 เชื่อว่าการรักษาแผนใหม่กับแหล่งบริการสาธารณสุขจะสามารถรักษาโรคเรื้อนให้หายได้ แต่อย่างไรก็ตามการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เพื่อให้หายจากโรค หรือสามารถควบคุมโรคได้นั้น ยังขึ้นอยู่กับความพร้อมทางด้านจิตใจ และการได้รับรู้ถึงค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรค ตลอดจนความไม่สะดวกต่างๆ ในการกระทำนั้นๆ ด้วย

สำหรับการวิจัยด้านการรับรู้ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในการรักษานั้นคลิงเกอร์ (Klinger. 1984 : 37) ศึกษาพบว่าเวลา ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากการรักษา ตลอดจนการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างยิ่ง จากการรวบรวมรายงานการวิจัยต่างๆ โดยมิคเฮล (Mikhail. 1981 : 70) สรุปได้ว่าการลงทุนในด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมีน้อย และถ้าบุคคลหรือผู้ป่วยต้องประสบกับความยากลำบาก ความไม่สะดวกหรือไม่มีสิ่งที่เอื้ออำนวย ก็มักจะปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่เหมาะสม ความไม่ร่วมมือในการรักษาพบได้เสมอในรายที่ยังไม่แน่ใจถึงผลดีของข้อกำหนดในการปฏิบัติตัว หรือในรายที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาหรือการรักษาบางอย่างและในรายที่ได้รับแผนการรักษาพยาบาลที่ยุ่งยาก และใช้เวลานาน การศึกษาของเทอร์เรลและฮาร์ท (Tirrel and Hart. 1980 : 490) พบว่า การรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการออกกำลังกาย และการศึกษาในประเทศไทย นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 25) พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในการรักษาน้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ในส่วนของการศึกษาความล่าช้าในการมารับการรักษา สุพรรณี อินตะนัย (2538 : 87) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าการรับรู้ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในการไปตรวจรักษา มีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับการรักษา โดยผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับรู้ว่ามีอุปสรรคในการการไปตรวจรักษามาก จะมีความล่าช้าในการมารับการรักษามากกว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับรู้ว่ามีอุปสรรคการไปตรวจรักษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 99) ที่พบว่าการรับรู้ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคที่มีผลทางสังคมต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการป่วยเป็นโรคแล้วนั้น ผู้ป่วยจะมีการเชื่อมโยงถึงการดำรงชีวิตในสังคม การรับรู้การถูกตีตราเป็นการรับรู้อุปสรรคของการรักษาด้วยอย่างหนึ่ง เบญจวีร์ สุเอียนทรเมธี (2527 : 85-87) พบว่าการชลอการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การถูกตีตราจากสังคม และจากการศึกษาของทัตติยา มานิจสิน (2534 : 60-61) พบว่า การรับรู้การถูกตีตราจากสังคมมีความสัมพันธ์กับการดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคเรื้อนในด้านต่างๆ ได้แก่ การรักษา การควบคุมป้องกันโรค และการดูแลตัวเองด้านจิตสังคม

สรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายตลอดจนอุปสรรคต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และน่าจะมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย

8. แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความหมายกว้างขวาง มีผู้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

แคพแลน (Caplan. 1976 : 39-42) ได้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นด้าน

ข่าวสาร เงิน แรงงาน หรือทางด้านอารมณ์ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจมีคนยกย่อง และมองเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ลินและคนอื่นๆ (Lin and others. 1979 : 109) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการติดต่อของบุคคลเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือชุมชนขนาดใหญ่ก็ได้ และการติดต่อกันนี้ทำให้บุคคลแสดงออกในด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

พิลิซุค (Pilisuk. 1982 : 20) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 567) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่ผู้รับการสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

สรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2537 : 30) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลหนึ่งได้รับความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจจากบุคคลอีกคนหนึ่ง มีส่วนสัมพันธ์กับการมาใช้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กล่าวโดยสรุปแรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการกล่าวคือการมีสุขภาพดี ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลต่างๆ เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งได้ 4 รูปแบบ ดังนี้ (สนิท พึ่งสาย. 2539 : 37-38 ; อ้างอิงมาจาก House. 1985)

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน เห็นอกเห็นใจ การไปเยี่ยมเยียนแสดงความห่วงใย

2. การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้องด้วย การเห็นดีเห็นงามด้วยการให้คำปรึกษา หรือการ

ยอมรับในสิ่งที่คนอื่นหรือผู้ป่วยนั้นแสดงออกมา เปรียบเทียบพฤติกรรมเดิมตามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือทั้งที่เป็นโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำการตักเตือน การให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสารด้านต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับ

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrument Support) เช่น เงิน เวลา อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่ต้องใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการ

แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ตลอดจนความร่วมมือในการรักษา ฟริดสัน กล่าวว่าระบบการส่งต่อโดยบุคคลธรรมดาที่ไม่ใช่แพทย์เป็นกระบวนการของการลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยเริ่มปรากฏอาการ และสวมบทบาทผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะตัดสินใจว่าอาการที่เขาเป็นอยู่นี้ควรทำอย่างไร แต่กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยนี้จะถูกครอบงำโดยผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัว เครือญาติ เพื่อนฝูง และผู้มีอิทธิพลต่อบุคคลในกระบวนการติดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตั้งแต่กำหนดว่าอาการนั้นๆ เป็นความเจ็บป่วยหรือมีสาเหตุจากอะไร จะมีการรักษาอย่างไรและกลุ่มบุคคลนี้จะมีบทบาทเกี่ยวกับการประเมินผลการรักษาไปตลอดจนกระทั่งบุคคลหายป่วย (กรแก้ว กอวัฒนา. 2531 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Friedson. 1973) โดยที่ครอบครัวเป็นกลุ่มทางสังคมกลุ่มแรกที่รับรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นในครอบครัว เมื่อบุคคลในครอบครัวเป็นอะไร ก็จะรายงานให้บุคคลในครอบครัวทราบก่อนเป็นอันดับแรก (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528 : 581) เบคเคอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 19) ได้อ้างถึงการศึกษาของแลมเบอร์ท (Lambert) ที่ชี้ให้เห็นว่า สมาชิกในครอบครัวและเพื่อน เป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพฟันประจำปี ตลอดจนการไปรับภูมิคุ้มกันโรค คลิงเกอร์ (Klinger. 1984 : 33) พบว่าคู่สมรสมีส่วนช่วยเหลือในการให้ความร่วมมือในการรักษา กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : 101) พบว่าบทบาทของบุคคลใกล้ชิดในการประเมินอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคและพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการชลอการรักษาด้วยซึ่งสอดคล้องกับสุพรรณี อินตะนัย ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนน้อย จะมีพฤติกรรมความล่าช้าในการมารับการรักษามากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนมาก เบญจวีร์ สุเอียนทรเมธี (2527 : 86-87) ศึกษาพฤติกรรม การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมความล่าช้าในการมารับการรักษา พฤติกรรมการรักษาเยียวยา และความสม่ำเสมอในการรักษา พบว่าทัศนคติและท่าทีของบุคคลรอบข้างผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญมาก ต่อพฤติกรรมการชลอการรักษา พฤติกรรมการรักษาเยียวยา และความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง (2532 : 58-64) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วย

โรคเรื้อน เนตรนภา คู่พันทวี(2534 : ก-ข) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และน่าจะมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

ไพร์ซ (Price. 1983 : 129-137) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาและการบำบัดทางกายภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เมืองบอมเบย์ ประเทศอินเดีย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ร้อยละ 80.00 ทำงานรับจ้าง และในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งมีงานทำและมีรายได้ประจำ อีกครึ่งหนึ่งรายได้ไม่แน่นอน จากการศึกษาพบว่า อัตราความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนจะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อาชีพ ความรู้เรื่องโรคเรื้อน ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การเดินทางไปรับบริการ ระยะทางระหว่างที่พักอาศัยกับสถานบริการ

แนร์ และคนอื่นๆ(Nair and others. 1985 : 562-574) ได้ทำการศึกษางานควบคุมโรคเรื้อนในประเทศอินเดียระหว่าง ค.ศ.1955-1975 โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย จำนวน 1,600 คน พบว่า อัตราส่วนของผู้ป่วยชาย:หญิง เท่ากับ 3 : 2 ร้อยละ 60.00 เป็นผู้ป่วยระยะไม่ก่อเริบ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70.00-75.00 มีอาการก่อนมารับการรักษานาน 4-6 ปี ความสม่ำเสมอในการรักษาในช่วงปีแรกต่ำกว่าร้อยละ 50.00

แลงฮอร์น และคนอื่นๆ (Langhorne and others. 1986 : 12-30) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทางตอนใต้ของอินเดีย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา ได้แก่ ความพิการ วิธีการในการตรวจพบผู้ป่วย ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาแดปโซนชนิดเดียวก่อนการรักษาปัจจุบัน โดยที่ผู้ป่วยที่พบความพิการจะมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาเองจะมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบโดยเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแดปโซนชนิดเดียวนานๆ จะมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแดปโซนชนิดเดียวในเวลาอันสั้น

เวก และคนอื่นๆ (Weg and others. 1998 : 382-389) ได้ทำการศึกษาความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ทำการศึกษาในประเทศไนจีเรีย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 60 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อน ร้อยละ 68.00 มีความล่าช้าในการรักษามากกว่า 1 ปี ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการชลอการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ ความพิการที่มอง

เห็นได้ และการไม่ได้รับการศึกษาของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา และชนิดของโรค

เวฮิบ และคนอื่นๆ (Wehib and others. 1998 : 1-9) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศเอธิโอเปีย โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีความพิการกับผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีความพิการ จำนวน 105 คน และผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ จำนวน 168 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความพิการมีค่ามัธยฐานของความล่าช้าในการมารับการรักษา เท่ากับ 26 เดือน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการมีค่ามัธยฐานของความล่าช้าในการมารับการรักษา เท่ากับ 12 เดือน และพบว่าผู้ป่วยที่มีความพิการมีอายุมากกว่า และไม่ได้รับการศึกษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการส่วนใหญ่มารับการรักษาด้วยการปรากฏอาการทางผิวหนัง และไม่เคยรับการรักษาด้วยวิธีอื่นมาก่อน

จากการศึกษางานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และส่วนใหญ่มารับการรักษาล่าช้าตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ผู้ป่วยที่มารักษาล่าช้ามากจะพบความพิการมากกว่าผู้ป่วยที่มารักษาเร็ว ผู้ป่วยที่พิการมักมีอายุมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่พิการ และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาจะพบว่ามีความพิการมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาและในระหว่างรักษาผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงจะสนใจดูแลรักษาตัวเองมากกว่าผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง

การวิจัยในประเทศไทย

เบญจวีร์ สุเอียนทรเมธี (2527 : 85-87) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน 3 ส่วน ได้แก่ พฤติกรรมความล่าช้าในการมารับการรักษา พฤติกรรมการรักษาเยียวยา และความสม่ำเสมอในการมารักษา ทำการศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 304 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ชลอการรักษานาน 1-4 ปี และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติรักษาที่อื่นมาก่อน และพบว่าการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยทั้งสามส่วน นอกจากนั้นยังพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษาและแหล่งบริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยรับการรักษามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา

เพ็ญศรี จิตนำทรัพย์ (2528 : 48-53) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดของโรค ประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อนของคนในครอบครัว และวิธีการค้นพบผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุมาก จะมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มอายุน้อย ผู้ป่วยเพศหญิงมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่า

เพศชายส่วนชนิดของโรคเรื้อนนั้นพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดรุนแรงจะมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดไม่รุนแรง ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการเป็นโรคเรื้อนของคนในครอบครัวมารับการรักษาสม่ำเสมอ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคเรื้อนในครอบครัว และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ตรวจพบด้วยการมารับการรักษาเองมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่พบโดยการสำรวจ

วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง (2532 : 58-64) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัจจัยด้านอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

จุฑารัตน์ วงศ์คงคาเทพ.(2533: 89-106) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่จังหวัดขอนแก่น ระหว่างปีงบประมาณ 2531 โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับยาที่สถานีอนามัยในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 105 คน ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยด้าน เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบบริการของสถานีอนามัยมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วย โดยพบว่าเพศหญิงจะมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และผู้ป่วยที่มารับการรักษาสม่ำเสมอมีความพึงพอใจต่อระบบบริการมากกว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ

พิมล เพราเพริศภิรมย์ (2533 : 75-82) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน นอกจากนั้นยังพบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคของผู้ป่วยและอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย

ทัตติยา มานิจสิน (2534 : 60-61) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถานพยาบาลโนนสมบูรณ์ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน

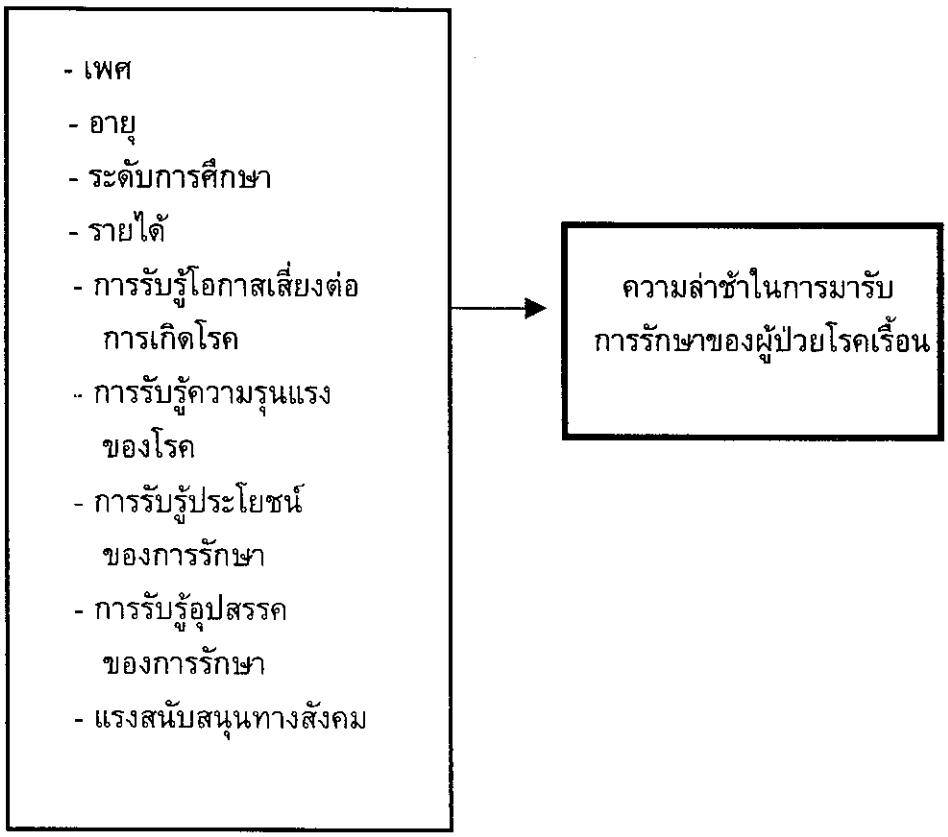
เนตรนภา คู่พันทวี (2534 : ก-ข) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่องมาก ส่วนความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต และความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ร้อยละ 44.60

วราภรณ์ พรหมพันใจ และคนอื่นๆ(2541 : 18-25) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อนจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องระดับปานกลาง ร้อยละ 39.60 และพบว่า อายุ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจาก อสม. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อน และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อน สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อนได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน ตามลำดับ

จากการศึกษางานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตัวเอง ความสม่ำเสมอในการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้สงสัยเป็นโรคเรื้อน ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้การถูกตีตราจากสังคม ความเชื่อต่อประสิทธิภาพการรักษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา และแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาแล้ว อาจแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ศึกษาและกำหนดสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ได้ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน
2. อายุมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน
3. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน
4. รายได้มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน
5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน
6. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน
7. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน
8. การรับรู้อุปสรรคของการรักษามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน
9. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

บทที่ 3
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนรักษาของศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนเมษายน ถึงมิถุนายน 2543 รวมทั้งสิ้น 210 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนรักษาของศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมารับการรักษาระหว่างเดือนเมษายน ถึงมิถุนายน 2543 จำนวน 184 คน ได้มาโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปเครซซี่และมอร์แกน (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 39-41 ; อ้างอิงมาจาก Krejcie and Morgan) ได้กลุ่มตัวอย่างจากศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 จำนวน 27 คน และจากโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 97 คน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มารับบริการระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2543 ได้จำนวน 184 คน จากสถานที่ตรวจรักษา 2 แห่ง คือ ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 จำนวน 48 คน และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 136 คน โดยไม่ซ้ำคนเดิม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 7 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบวัดความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน วัดได้จากระดับความพิการที่ปรากฏขณะที่ผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรกจากแพทย์แผนปัจจุบัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรก ณ สถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะดูจากแบบระเบียนประวัติผู้ป่วยและกาเครื่องหมายหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และในกรณีที่ผู้ป่วยเคยไปตรวจจากแพทย์แผนปัจจุบันที่อื่นมาก่อน จะได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยแบ่งระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา จากระดับความพิการของผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ 0 ระดับ 1 และระดับ 2

ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อวัดความคิดเห็น หรือความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อโอกาสที่ตนเองจะป่วยเป็นโรคเรื้อน ลักษณะคำถามเป็นมาตราประเมินค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยมีข้อคำถามทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค เพื่อวัดความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อน เกี่ยวกับอันตรายของโรคเรื้อนที่มีต่อชีวิต หรือผลของโรคเรื้อนมีความรุนแรงที่สามารถทำให้เกิดความพิการ หรือความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน หรือฐานะทางสังคมของผู้ป่วย ลักษณะคำถามเป็นมาตราประเมินค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยมีข้อคำถามทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 5 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาเพื่อวัดความคิดเห็นต่อผลประโยชน์หรือผลดีที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อมารับการรักษาโรค ได้แก่การพ้นสภาพจากการเจ็บป่วย การสามารถควบคุมอาการของโรค รวมทั้งสามารถป้องกันอันตรายจากความพิการและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประเมินค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยมีข้อคำถามทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 6 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้อุปสรรคของการรักษา เพื่อวัดความคิดเห็นต่อผลเสียที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อมารับการรักษาโรค ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการเดินทางมารับการรักษา ความไม่สะดวกสบายในการเดินทาง ความวิตกกังวลในการติดต่อสื่อสารกับแพทย์และเจ้าหน้าที่รวมทั้งความวิตกกังวลถึงการยอมรับของสังคมต่อการป่วยเป็นโรคเรื้อนด้วย ลักษณะคำถามเป็นมาตราประเมินค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยมีข้อคำถามทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 7 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม วัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ เช่น การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารในการรักษาโรค การ

สนับสนุนค่าใช้จ่ายและอำนวยความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา การให้กำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่อาการเจ็บป่วย จากบุคคลต่างๆ ในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์วัดปริมาณการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการแจกแจงความถี่ของผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ตามสถานะความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง สามี/ภรรยา ลูก ญาติ และอื่นๆ โดยให้ผู้ป่วยประเมินว่าได้รับ หรือไม่ได้รับ และได้รับจากใครบ้าง

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์จากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. สร้างแบบวัดความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน และประเมินเป็นความล่าช้า 3 ระดับ สร้างแบบสัมภาษณ์ วัดความคิดเห็นของผู้ป่วย ต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมิน 2 ระดับ คือได้รับและไม่ได้รับ

4. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจพิจารณาเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นจึงนำไปหาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity)

นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้แก้ไขปรับปรุงแล้ว พร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัย ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณา เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา นำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละข้อ ไปหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา มากกว่า .05 ไว้เป็นข้อคำถาม

2. วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

นำแบบสัมภาษณ์ที่หาความเที่ยงตรงแล้วไปทดลองใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 1 จำนวน 43 คน นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดลองแล้วมาตรวจให้คะแนน และวิเคราะห์คุณภาพดังนี้

2.1 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) เป็นรายข้อ ของแบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อกับคะแนน

รวมทั้งฉบับที่ไม่รวมข้อนั้น (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าสูงไว้ (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 125) จำนวน 9 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก .14 - .46

2.2 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) เป็นรายข้อ ของแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับที่ไม่รวมข้อนั้น (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าสูงไว้ (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 125) จำนวน 13 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก .24 - .65

2.3 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) เป็นรายข้อ ของแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับที่ไม่รวมข้อนั้น (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าสูงไว้ (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 125) จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก .22 - .61

2.4 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) เป็นรายข้อ ของแบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการรักษา โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับที่ไม่รวมข้อนั้น (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าสูงไว้ (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 125) จำนวน 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก .36 - .75

3. วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้อุปสรรคของการรักษา มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 9 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .6527
แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 13 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .8006
แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา จำนวน 10 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .6557
แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการรักษา จำนวน 15 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .8025

เกณฑ์การให้คะแนน

1. **แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค** ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะของคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ

เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน

ข้อที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ข้อ 1 2 6 7 8 ข้อที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ข้อ 3 4 5 9

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มโดยการประเมินค่าเฉลี่ยของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 10) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	2.34 - 3.00	มีการรับรู้มาก
ค่าเฉลี่ย	1.67 - 2.33	มีการรับรู้ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00 - 1.66	มีการรับรู้น้อย

2. **แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค** ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ลักษณะของคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ

เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน

ข้อที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ข้อ 1 2 3 4 6 8 9 10 12 13 ข้อที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ข้อ 5 7 11

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มโดยการประเมินค่าเฉลี่ยของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 10) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	2.34 - 3.00	มีการรับรู้มาก
ค่าเฉลี่ย	1.67 - 2.33	มีการรับรู้ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00 - 1.66	มีการรับรู้น้อย

3. **แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา** ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะของคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ

เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน

ข้อที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ข้อ 1 4 5 7 8 9 10 ข้อที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ข้อ 2 3 6

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มโดยการประเมินค่าเฉลี่ยของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 10) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	2.34 - 3.00	มีการรับรู้มาก
ค่าเฉลี่ย	1.67 - 2.33	มีการรับรู้ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00 - 1.66	มีการรับรู้น้อย

4. **แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการรักษา** ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะของคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ

เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน

ข้อที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ข้อ 1 2 3 4 5 6 8 9 10 11 12 13 14 15 ข้อที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ข้อ 7

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการรักษา ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มโดยการประเมินค่าเฉลี่ยของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 10) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	2.34 - 3.00	มีการรับรู้มาก
ค่าเฉลี่ย	1.67 - 2.33	มีการรับรู้ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00 - 1.66	มีการรับรู้น้อย

5. แบบสัมภาษณ์การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามวัดการได้รับแรงสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารในการรักษาโรค การสนับสนุนค่าใช้จ่ายและอำนวยความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา การให้กำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่อาการเจ็บป่วย จากบุคคลต่างๆ ในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์วัดปริมาณการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและการแจกแจงความถี่สถานะความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยของบุคคลต่างๆ ที่เป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง สามี/ภรรยา ลูก ญาติ และอื่นๆ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทั้ง 10 ข้อ

ตอบว่าได้รับใน 1 ข้อ	ให้	1	คะแนน
ตอบว่าไม่ได้รับใน 1 ข้อ	ให้	0	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนรวมแบ่งเป็นช่วง 3 อันดับชั้นคือ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ปานกลาง และน้อย โดยใช้เกณฑ์จากกลุ่ม โดยพิจารณาคะแนนรวมที่สูงสุดและคะแนนรวมที่ต่ำสุดแล้วคำนวนแบ่งพิสัยแต่ละระดับจากสูตร (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม น้อยที่สุด เท่ากับ 0 และมากที่สุด เท่ากับ 10 จึงคำนวนแบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้ดังนี้

$$\text{อัตรภาคชั้น} = \frac{10 - 0}{3}$$

$$\text{ได้ค่าอันตรภาคชั้น} = 3.33$$

จึงสามารถแบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้ดังนี้

คะแนน	6.68 - 10.00	ได้รับแรงสนับสนุนมาก
คะแนน	3.34 - 6.67	ได้รับแรงสนับสนุนปานกลาง
คะแนน	0.00 - 3.33	ได้รับแรงสนับสนุนน้อย

2. การจำแนกประเภทบุคคลที่เป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 10 ข้อ ซึ่งตอบได้มากกว่า 1 คน ได้รับจากใคร ให้ 1 คะแนน สำหรับบุคคลนั้น

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตรถึงผู้อำนวยการศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. อบรมและซักซ้อมความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยผู้วิจัยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 2 คน เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

3. สัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 184 คน ใช้เวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงมิถุนายน 2543

วิธีการจัดกระทำกับข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูล โดยคัดแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออกแล้วดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ระดับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ตามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย โดยใช้ตารางไขว้(Crosstabulation) แจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2.วิเคราะห์ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. หาความสัมพันธ์ระหว่างความล่าช้าในการมารับการรักษากับตัวแปรต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการทดสอบไค-สแควร์ (χ^2- test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 1 - 9

4. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร. 2525 : 73)

$$p = \frac{f}{n}$$

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง โดยใช้ดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังนี้

2.1.1 หาดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหา โดยแต่ละคนพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนนดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

+ 1 เมื่อแน่ใจข้อคำถามนั้นว่ามีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้น มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น ไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ

$\sum R$ แทน ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสัมภาษณ์ โดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับที่ไม่รวมข้อนั้น (Corrected item to total correlation) ใช้สูตรดังนี้ (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117-118)

$$r_{xy} = \frac{N\sum XY - \sum X\sum Y}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับ ตัวแปร Y

$\sum X$ คือ ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum Y$ คือ ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum XY$ คือ ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน Y

$\sum X^2$ คือ ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X

$\sum Y^2$ คือ ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y

N คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 125-126)

$$\alpha = \frac{n}{n-1}\left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2}\right]$$

เมื่อ α คือ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

n คือ จำนวนข้อของข้อคำถาม

$\sum Si^2$ คือ ผลรวมคะแนนความแปรปรวนของแต่ละข้อ

St^2 คือ คะแนนความแปรปรวนของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความล่าช้าในการมารับการรักษากับตัวแปรต่าง ๆ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการทดสอบไค-สแควร์ (χ^2 - test) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 221)

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

df = (R - 1) (C - 1)

เมื่อ χ^2 แทน ค่าไค-สแควร์

O แทน ค่าความถี่ที่ได้จากการสังเกต (Observed frequency)

E แทน ค่าความถี่ที่คาดหวังไว้หรือความถี่ที่ได้มาตามทฤษฎี (Expected frequency)

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ได้ใช้สัญญลักษณ์ที่เกี่ยวกับการวิจัยดังนี้

χ^2	แทน	ค่าไค-สแควร์
df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็น (Probability)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

1. การวิเคราะห์ความล่าช้าในการมารับการรักษา ตามข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

2. การวิเคราะห์ความล่าช้าในการมารับการรักษา ตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

3. การแจกแจงความถี่ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว

4. การทดสอบสมมติฐาน ใช้ค่าไค-สแควร์ (Chi-square) ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ กับตัวแปรตาม

ผลการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ปรากฏผลตามตาราง 2 -11

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามเพศ และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา

เพศ	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ชาย	68 (37.0)	13 (7.1)	33 (17.9)	114 (62.0)
หญิง	47 (25.5)	14 (7.6)	9 (4.9)	70 (38.0)
รวม	115 (62.5)	27 (14.7)	42 (22.8)	184 (100.0)

จากตาราง 2 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีความล่าช้าในการมารับการรักษา ระดับ 0

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามกลุ่มอายุ และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา

กลุ่มอายุ	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ต่ำกว่า 21 ปี	12 (6.6)	1 (0.5)	10 (5.4)	23 (12.5)
21-30 ปี	21 (11.4)	8 (4.3)	15 (8.2)	44 (23.9)
31-40 ปี	21 (11.4)	4 (2.2)	4 (2.2)	29 (15.8)
41-50 ปี	20 (10.9)	3 (1.6)	3 (1.6)	26 (14.1)
สูงกว่า 50 ปี	41 (22.3)	11 (6.0)	10 (5.4)	62 (33.7)
รวม	115 (62.5)	27 (14.7)	42 (22.8)	184 (100.0)

จากตาราง 3 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุสูงกว่า 50 ปี และผู้ที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษาระดับ 2 ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มอายุ 21- 30 ปี

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามระดับการศึกษา และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา

ระดับการศึกษา	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	10 (5.4)	5 (2.7)	6 (3.3)	21 (11.4)
ประถมศึกษา	77 (41.8)	18 (9.8)	34 (18.5)	129 (70.1)
มัธยมศึกษา	21 (11.4)	3 (1.7)	2 (1.1)	26 (14.2)
อุดมศึกษา	7 (3.8)	1 (0.5)	0 (0.0)	8 (4.3)
รวม	115 (62.5)	27 (14.7)	42 (22.8)	184 (100.0)

จากตาราง 4 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และผู้ที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษาระดับ 2 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามรายได้ และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา

รายได้	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ไม่มีรายได้	7 (3.8)	7 (3.8)	11 (6.0)	25 (13.6)
ต่ำกว่า 3,000 บาท	68 (36.9)	11 (6.0)	21 (11.4)	100 (54.3)
3,000-8,000 บาท	25 (13.6)	7 (3.8)	7 (3.8)	39 (21.2)
สูงกว่า 8,000 บาท	15 (8.2)	2 (1.1)	3 (1.6)	20 (10.9)
รวม	115 (62.5)	27 (14.7)	42 (22.8)	184 (100.0)

จากตาราง 5 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และผู้ที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษาระดับ 2 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
มีการรับรู้น้อย	4 (2.2)	2 (1.1)	4 (2.2)	10 (5.5)
มีการรับรู้ปานกลาง	65 (35.3)	20 (10.9)	30 (16.3)	115 (62.5)
มีการรับรู้มาก	46 (25.0)	5 (2.7)	8 (4.3)	59 (32.0)
รวม	115 (62.5)	27 (14.7)	42 (22.8)	184 (100.0)

จากตาราง 6 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับปานกลาง และผู้ที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษาระดับ 2 ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปานกลาง

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรค และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
มีการรับรู้น้อย	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.1)	2 (1.1)
มีการรับรู้ปานกลาง	15 (8.2)	8 (4.3)	14 (7.6)	37 (20.1)
มีการรับรู้มาก	100 (54.4)	19 (10.3)	26 (14.1)	145 (78.8)
รวม	115 (62.5)	27 (14.7)	42 (22.8)	184 (100.0)

จากตาราง 7 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมาก และผู้ที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษาระดับ 2 ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมาก

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
มีการรับรู้น้อย	2 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.1)
มีการรับรู้ปานกลาง	19 (10.3)	7 (3.8)	14 (7.6)	40 (21.7)
มีการรับรู้มาก	94 (51.1)	20 (10.9)	28 (15.2)	142 (77.2)
รวม	115 (66.2)	27 (14.1)	42 (19.7)	184 (100.0)

จากตาราง 8 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามาก และผู้ที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษาระดับ 2 ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามาก

ตาราง 9 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการรักษา และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา

การรับรู้อุปสรรคของการรักษา	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
มีการรับรู้น้อย	44 (23.9)	9 (4.9)	12 (6.5)	65 (35.3)
มีการรับรู้ปานกลาง	57 (31.0)	14 (7.6)	20 (10.9)	91 (49.5)
มีการรับรู้มาก	14 (7.6)	4 (2.2)	10 (5.4)	28 (15.2)
รวม	115 (62.5)	27 (14.7)	42 (22.8)	184 (100.0)

จากตาราง 9 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการรักษาระดับปานกลาง และผู้ที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษาระดับ 2 ส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการรักษาระดับปานกลาง

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ได้รับน้อย	5 (2.7)	3 (1.6)	6 (3.3)	14 (7.6)
ได้รับปานกลาง	9 (4.9)	4 (2.2)	3 (1.6)	16 (8.7)
ได้รับมาก	101 (54.9)	20 (10.9)	33 (17.9)	154 (83.7)
รวม	115 (62.5)	27 (14.7)	42 (22.8)	184 (100.0)

จากตาราง 10 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก และผู้ที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษาระดับ 2 ส่วนใหญ่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

การแจกแจงความถี่ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลต่างๆ ในครอบครัว ปรากฏผลตามตาราง 11

ตาราง 11 จำนวน ร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลต่างๆ ในครอบครัว

แรงสนับสนุนทางสังคม	การได้รับจากบุคคลต่าง ๆ (จำนวน/ร้อยละ) N = 184								รวม
	พ่อ	แม่	พี่	น้อง	สามี/ภรรยา	ลูก	ญาติ	อื่นๆ	
1. แนะนำไปตรวจรักษา	18 (9.4)	17 (8.9)	16 (8.4)	11 (5.7)	46 (24.1)	46 (24.1)	36 (18.9)	1 (0.5)	191 (100.0)
2. สอบถามถึงอาการเจ็บป่วย	26 (10.5)	32 (13.0)	16 (6.5)	10 (4.0)	67 (27.1)	57 (23.1)	38 (15.4)	1 (0.4)	247 (100.0)
3. ให้ความเห็นใจและให้กำลังใจ	35 (10.7)	41 (12.5)	29 (8.8)	26 (7.9)	89 (27.2)	78 (23.8)	29 (8.8)	1 (0.3)	328 (100.0)
4. ดูแลอาการเจ็บป่วย	25 (9.6)	32 (12.2)	16 (6.1)	12 (4.6)	88 (33.7)	67 (25.7)	20 (7.7)	1 (0.4)	261 (100.0)
5. พาไปตรวจรักษา	20 (9.4)	19 (8.9)	16 (7.5)	14 (6.6)	72 (33.8)	52 (24.4)	19 (8.9)	1 (0.5)	213 (100.0)
6. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	24 (10.2)	25 (10.6)	17 (7.2)	9 (3.8)	85 (36.2)	57 (24.3)	18 (7.7)	0 (0.0)	235 (100.0)
7. ให้เงินในการเดินทางมารักษา	23 (11.0)	22 (10.5)	20 (9.5)	11 (5.3)	61 (29.2)	53 (25.4)	19 (9.1)	0 (0.0)	209 (100.0)
8. แนะนำวิธีการรักษาด้วยวิธีต่างๆ	20 (9.3)	24 (11.1)	14 (6.5)	6 (2.8)	72 (33.3)	50 (23.1)	30 (13.9)	0 (0.0)	216 (100.0)

ตาราง 11 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	การได้รับจากบุคคลต่าง ๆ (คน/ร้อยละ) N = 184								รวม
	พ่อ	แม่	พี่	น้อง	สามี/ภรรยา	ลูก	ญาติ	อื่นๆ	
9. ไม่รังเกียจเมื่อรู้ว่าเป็นโรคเรื้อน	42 (12.5)	46 (13.6)	31 (9.2)	20 (5.9)	92 (27.3)	76 (22.6)	29 (8.6)	1 (0.3)	337 (100.0)
10. ปลอบโยนให้กำลังใจเมื่อรู้สึกท้อแท้	33 (11.3)	35 (12.0)	22 (7.5)	15 (5.1)	93 (31.9)	67 (23.0)	27 (9.2)	0 (0.0)	292 (100.0)
รวม	266 (10.5)	293 (11.6)	197 (7.8)	134 (5.3)	765 (30.3)	603 (23.8)	265 (10.5)	6 (0.2)	2,529 (100.0)

จากตาราง 11 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มากที่สุดในทุก ๆ ด้าน จากสามี/ภรรยา รองลงมาคือลูก

การทดสอบสมมติฐาน โดยใช้ค่าไค-สแควร์ (Chi-square) ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ปรากฏผลตามตาราง 12-20

ตาราง 12 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

เพศ	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
ชาย	68	13	33	114
	(59.6%)	(11.4%)	(29.0%)	(100.0%)
หญิง	47	14	9	70
	(67.1%)	(20.0%)	(12.9%)	(100.0%)
รวม	115	27	42	184
	(62.5%)	(14.7%)	(22.8%)	(100.0%)

$\chi^2 = 7.49^{*}$ df = 2 p = .024

จากตาราง 12 แสดงว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยกลุ่มผู้ป่วยชายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.6) มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 0 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.1) มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 0 เช่นกัน แต่เมื่อพิจารณาความล่าช้าในการมารับการรักษาในระดับที่สูงขึ้น พบว่าร้อยละ 29.0 ของผู้ป่วยชาย มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 และร้อยละ 12.9 ของผู้ป่วยหญิง มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยชายมีแนวโน้มมารับการรักษาล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยหญิง

ตาราง 13 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

กลุ่มอายุ	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
ต่ำกว่า 31 ปี	33	9	25	67
	(49.3%)	(13.4%)	(37.3%)	(100.0%)
31-50 ปี	41	7	7	55
	(74.6%)	(12.7%)	(12.7%)	(100.0%)
สูงกว่า 50 ปี	41	11	10	62
	(66.1%)	(17.8%)	(16.1%)	(100.0%)
รวม	115	27	42	184
	(62.5%)	(14.7%)	(22.8%)	(100.0%)

$$\chi^2 = 13.735^{*} \quad df = 4 \quad p = .008$$

เนื่องจาก ตารางการนำเสนอโดยแบ่งกลุ่มอายุ เป็น 5 ระดับ (ตาราง 3) คือ ต่ำกว่า 21 ปี 21-30 ปี 31-40 ปี 41-50 ปี และสูงกว่า 50 ปี พบว่ามีเซลล์ที่มีจำนวนต่ำกว่า 5 คน ถึง 5 เซลล์ ใน 15 เซลล์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งเกินข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติไค-สแควร์ ที่กำหนดให้มีได้ไม่เกินร้อยละ 20 (วิเชียร เกตุสิงห์. 2534 : 24) ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอนำเสนอ โดยการจัดกลุ่มอายุใหม่ ดังที่นำเสนอในตาราง 13

จากตาราง 13 แสดงว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยกลุ่มอายุต่ำกว่า 31 ปี 31-50 ปี และสูงกว่า 50 ปี ส่วนใหญ่มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 0 (ร้อยละ 49.3 74.6 และ 66.1 ตามลำดับ) แต่เมื่อพิจารณาความล่าช้าในการมารับการรักษาในระดับที่สูงขึ้น พบว่า ร้อยละ 37.3 ของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 31 ปี มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 12.7 ของผู้ป่วยที่มีอายุ 31-50 ปี มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 และร้อยละ 16.1 ของผู้ป่วยที่มีอายุสูงกว่า 50 ปี มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มีแนวโน้มมารับการรักษาล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก

ตาราง 14 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ระดับการศึกษา	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	10	5	6	21
	(47.6%)	(23.8%)	(28.6%)	(100.0%)
ประถมศึกษา	77	18	34	129
	(59.7%)	(13.9%)	(26.4%)	(100.0%)
มัธยมศึกษาเป็นต้นไป	28	4	2	34
	(82.3%)	(11.8%)	(5.9%)	(100.0%)
รวม	115	27	42	184
	(62.5%)	(14.7%)	(22.8%)	(100.0%)

$$\chi^2 = 9.772^{*} \quad df = 4 \quad p = .044$$

เนื่องจาก ตารางการนำเสนอโดยแบ่งระดับการศึกษา เป็น 4 ระดับ (ตาราง 4) คือ ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา พบว่ามีเซลล์ที่มีจำนวนต่ำกว่า 5 คน ถึง 4 เซลล์ ใน 12 เซลล์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งเกินข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติไค-สแควร์ ที่กำหนดให้มีได้ไม่เกินร้อยละ 20 ดังนั้นผู้วิจัย จึงขอนำเสนอ โดยการจัดกลุ่มอายุใหม่ ดังที่นำเสนอในตาราง 14

จากตาราง 14 แสดงว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษาเป็นต้นไป ส่วนใหญ่มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 0 (ร้อยละ 47.6 59.7 และ 82.3 ตามลำดับ) แต่เมื่อพิจารณาความล่าช้าในการมารับการรักษาในระดับที่สูงขึ้น พบว่าร้อยละ 28.6 ของผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 26.4 ของผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 และร้อยละ 5.9 ของผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเป็นต้นไป มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 จึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีแนวโน้มมารับการรักษาล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง

ตาราง 15 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

รายได้	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
ไม่มีรายได้	7	7	11	25
	(28.0%)	(28.0%)	(44.0%)	(100.0%)
ต่ำกว่า 3,000 บาท	68	11	21	100
	(68.0%)	(11.0%)	(21.0%)	(100.0%)
3,000-8,000 บาท	25	7	7	39
	(64.2%)	(17.9%)	(17.9%)	(100.0%)
สูงกว่า 8,000 บาท	15	2	3	20
	(75.0%)	(10.0%)	(15.0%)	(100.0%)
รวม	115	27	42	184
	(62.5%)	(14.7%)	(22.8%)	(100.0%)

$\chi^2 = 16.289^{*}$ df = 6 p = .022

จากตาราง 15 แสดงว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้ รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท รายได้ 3,000-8,000 บาท และรายได้สูงกว่า 8,000 บาท ส่วนใหญ่มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 0 (ร้อยละ 28.0 68.0 64.2 และ 75.0 ตามลำดับ) แต่เมื่อพิจารณาความล่าช้าในการมารับการรักษาในระดับที่สูงขึ้น พบว่าร้อยละ 44.0 ของผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้ มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 21.0 ของผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 17.9 ของผู้ป่วยที่มีรายได้ 3,000-8,000 บาท มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 และร้อยละ 15.0 ของผู้ป่วยที่มีรายได้สูงกว่า 8,000 บาท มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย มีแนวโน้มมารับการรักษาล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้มาก

ตาราง 16 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
การรับรู้ปานกลางถึงการรับรู้น้อย	69 (55.2%)	22 (17.6%)	34 (27.2%)	125 (100.0)
การรับรู้มาก	46 (78.0%)	5 (8.5%)	8 (13.6%)	59 (100.0%)
รวม	115 (62.5%)	27 (14.7%)	42 (22.8%)	184 (100.0%)

$\chi^2 = 8.866^{*}$ df = 2 p = .012

เนื่องจาก ตารางการนำเสนอโดยแบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็น 3 ระดับ (ตาราง 6) คือ น้อย ปานกลาง และมาก พบว่ามีเซลล์ที่มีจำนวนต่ำกว่า 5 คน ถึง 3 เซลล์ ใน 9 เซลล์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งเกินข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติไค-สแควร์ ที่กำหนดให้มีได้ไม่เกินร้อยละ 20 ดังนั้นผู้วิจัย จึงขอนำเสนอ โดยการรวมระดับการรับรู้น้อย และระดับการรับรู้ปานกลางไว้ด้วยกัน ดังที่นำเสนอในตาราง 16

จากตาราง 16 แสดงว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปานกลางถึงมีการรับรู้น้อย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.2) มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 0 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาก ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.0) มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 0 เช่นกัน แต่เมื่อพิจารณาความล่าช้าในการมารับการรักษาในระดับที่สูงขึ้น พบว่าร้อยละ 27.2 ของผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปานกลางถึงมีการรับรู้น้อย มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 และร้อยละ 13.6 ของผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาก มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย มีแนวโน้มมารับการรักษาล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาก

ตาราง 17 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
การรับรู้ปานกลางถึงการรับรู้น้อย	15 (38.5%)	8 (20.5%)	16 (41.0%)	39 (100.0%)
การรับรู้มาก	100 (69.0%)	19 (13.1%)	26 (17.9%)	145 (100.0%)
รวม	115 (62.5%)	27 (14.7%)	42 (22.8%)	184 (100.0%)

$\chi^2 = 12.907^{*}$ df = 2 p = .002

เนื่องจาก ตารางการนำเสนอโดยแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็น 3 ระดับ (ตาราง 7) คือ น้อย ปานกลาง และมาก พบว่ามีเซลล์ที่มีจำนวนต่ำกว่า 5 คน ถึง 3 เซลล์ ใน 9 เซลล์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งเกินข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติไค-สแควร์ ที่กำหนดให้มีได้ไม่เกินร้อยละ 20 ดังนั้นผู้วิจัย จึงขอนำเสนอ โดยการรวมระดับการรับรู้น้อย และระดับการรับรู้ปานกลางไว้ด้วยกัน ดังที่นำเสนอในตาราง 17

จากตาราง 17 แสดงว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคปานกลางถึงมีการรับรู้น้อย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.5) มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 0 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาก ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.0) มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 0 เช่นกัน แต่เมื่อพิจารณาความล่าช้าในการมารับการรักษาในระดับที่สูงขึ้น พบว่าร้อยละ 41.0 ของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคปานกลางถึงมีการรับรู้น้อย มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 และร้อยละ 17.9 ของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมาก มีความล่าช้าในการมารับการรักษาอยู่ในระดับ 2 จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย มีแนวโน้มมารับการรักษาล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมาก

ตาราง 18 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการรักษากับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
การรับรู้ปานกลางถึงการรับรู้น้อย	21 (50.0%)	7 (16.7%)	14 (33.3%)	42 (100.0%)
การรับรู้มาก	94 (66.2%)	20 (14.1%)	28 (19.7%)	142 (100.0%)
รวม	115 (62.5%)	27 (14.7%)	42 (22.8%)	184 (100.0%)

χ^2 = 4.140 df = 2 p = .126

เนื่องจาก ตารางการนำเสนอโดยแบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา เป็น 3 ระดับ (ตาราง 8) คือ น้อย ปานกลาง และมาก พบว่ามีเซลล์ที่มีจำนวนต่ำกว่า 5 คน ถึง 3 เซลล์ ใน 9 เซลล์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งเกินข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติไค-สแควร์ ที่กำหนดให้มีได้ไม่เกินร้อยละ 20 ดังนั้นผู้วิจัย จึงขอนำเสนอ โดยการรวมระดับการรับรู้น้อย และระดับการรับรู้ปานกลางไว้ด้วยกัน ดังที่นำเสนอในตาราง 18

จากตาราง 18 แสดงว่า การรับรู้ประโยชน์ของรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ตาราง 19 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการรักษากับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

การรับรู้อุปสรรคของการรักษา	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
มีการรับรู้น้อย	44 (67.7%)	9 (13.8%)	12 (18.5%)	65 (100.0%)
มีการรับรู้ปานกลาง	57 (62.6%)	14 (15.4%)	20 (22.0%)	91 (100.0%)
มีการรับรู้มาก	14 (50.0%)	4 (14.3%)	10 (35.7%)	28 (100.0%)
รวม	115 (62.5%)	27 (14.7%)	42 (22.8%)	184 (100.0%)

$\chi^2 = 3.654$ df = 4 p = .455

จากตาราง 19 แสดงว่า การรับรู้อุปสรรคของรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ตาราง 20 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

แรงสนับสนุนทางสังคม	ความล่าช้าในการมารับการรักษา			รวม
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	
ได้รับแรงสนับสนุนปานกลางถึงได้รับน้อย	14 (46.7%)	7 (23.3%)	9 (30.0%)	30 (100.0%)
ได้รับแรงสนับสนุนมาก	101 (65.6%)	20 (13.0%)	33 (21.4%)	154 (100.0%)
รวม	115 (62.5%)	27 (14.7%)	42 (22.8%)	184 (100.0%)

$\chi^2 = 4.078$ df = 2 p = .130

เนื่องจาก ตารางการนำเสนอโดยแบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ (ตาราง 10) คือ น้อย ปานกลาง และมาก พบว่ามีเซลล์ที่มีจำนวนต่ำกว่า 5 คน ถึง 3 เซลล์ ใน 9 เซลล์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งเกินข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติไค-สแควร์ ที่กำหนดให้มีได้ไม่เกินร้อยละ 20 ดังนั้นผู้วิจัย จึงขอนำเสนอ โดยการรวมระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลางและน้อยไว้ด้วยกัน ดังที่นำเสนอในตาราง 20

จากตาราง 20 แสดงว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

บทที่ 5
บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และที่โรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

2. สามารถนำผลการศึกษา ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการให้สุขศึกษา เพื่อเร่งรัดให้ผู้ที่มีอาการน่าสงสัยรีบมารับการตรวจวินิจฉัยโรคซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการควบคุมโรคเรื้อนต่อไป

3. ผลการศึกษาวิจัย สามารถนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเรื่องอื่นๆ ที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกัน

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนรักษาของศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น ในระหว่างเดือนเมษายน ถึงมิถุนายน 2543 รวมทั้งสิ้น 210 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนรักษาของศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมารับการรักษา ในระหว่างเดือนเมษายน ถึงมิถุนายน 2543 จำนวน 184 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 7 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบวัดความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน วัดได้จากระดับความพิการที่ปรากฏขณะที่ผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรกจากแพทย์แผนปัจจุบัน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ 0 ระดับ 1 และระดับ 2

ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีลักษณะคำถามเป็นมาตราประเมินค่า 3 ระดับ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีลักษณะคำถามเป็นมาตราประเมินค่า 3 ระดับ

ตอนที่ 5 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีลักษณะคำถามเป็นมาตราประเมินค่า 3 ระดับ

ตอนที่ 6 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้อุปสรรคของการรักษา มีลักษณะคำถามเป็นมาตราประเมินค่า 3 ระดับ

ตอนที่ 7 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะคำถามวัดปริมาณการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ และการแจกแจงความถี่ของผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ตามสถานะความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง สามี/ภรรยา ลูก ญาติ และอื่นๆ โดยให้ผู้ป่วยประเมินว่าได้รับ หรือไม่ได้รับ และได้รับจากใครบ้าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ระดับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ตามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย โดยใช้ตารางไขว้ Crosstabulation) แจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. หาความสัมพันธ์ระหว่างความล่าช้าในการมารับการรักษากับตัวแปรต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการทดสอบไค-สแควร์ (χ^2- test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 1 - 9

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 184 ราย มีระดับความล่าช้าในการมารับการรักษา ระดับ 0 ร้อยละ 62.5 ระดับ 1 ร้อยละ 14.7 และระดับ 2 ร้อยละ 22.8 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.0 อยู่ในกลุ่มอายุสูงกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.1 และพบว่าจำนวนเกินครึ่ง มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 54.3

ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.5 การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ส่วนใหญ่มีการรับรู้มาก ทั้ง 2 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 78.8 และร้อยละ 77.2 ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคของการรักษาพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากมีการรับรู้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.5 และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัวมาก คิดเป็นร้อยละ 83.7 ทั้งนี้พบว่า บุคคลผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดในทุกๆ ด้าน คือสามี/ภรรยา รองลงมาคือลูก

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษามาก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

2. อายุมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษามาก ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุน้อย

3. การศึกษามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษามาก ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับต่ำ

4. รายได้มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษามาก ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ

5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้ามาก ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย

6. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษา

ล่าช้ามาก ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย

7. การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

8. การรับรู้อุปสรรคของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

9. แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน สามารถอภิปรายผลตามตัวแปรที่ศึกษาได้ดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษามาก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษามากกว่าเพศชาย (เพ็ญศรี จิตนำทรัพย์. 2528 : 48-53 และจุฑารัตน์ วงศ์คงคาเทพ. 2533 : 89-106) สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าเพศชาย (อรชร ศรีไทรล้วน. 2541 : 77) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า โดยธรรมชาติของเพศหญิง มักจะมีความเอาใจใส่แม้เรื่องเล็กน้อย ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และมักมีความสนใจและระมัดระวังเรื่องสุขภาพมากกว่าเพศชาย หรืออาจเป็นเพราะว่าเพศชายทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวจึงให้ความสนใจเรื่องการประกอบอาชีพมากจึงทำให้ละเลยในการดูแลสุขภาพตนเอง

การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่พบว่าเพศไม่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค (สุพรรรณี อินตะนัย. 2538 : 89 และ กรแก้ว กอวัฒนา. 2531 : 96) และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน (ทรงพล ผุดผาด. 2541 : 104) ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยวัณโรคจะมีอาการไอซึ่งก่อให้เกิดความรำคาญ ทั้งเพศหญิงและเพศชายต่างก็มีความต้องการหายจากโรคเช่นเดียวกันจึงทำให้ทั้งเพศชายและหญิงมีการแสวงหาการรักษาเช่นเดียวกัน ส่วนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์นั้น ต้องเผชิญภาวะความกดดันทางจิตใจเช่นเดียวกันและต้องการ

ความมีชีวิตที่ยืนยาวเช่นเดียวกันจึงทำให้พบว่าการดูแลตนเองของเพศชายและหญิงไม่แตกต่างกัน ซึ่งต่างกับโรคเรื้อน กล่าวคืออาการและการลุกลามของโรคเรื้อนจะเกิดช้ามากกว่าวัณโรคและโรคเอดส์จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีเวลาตัดสินใจ ในการแสวงหาการรักษาด้วยวิธีต่างๆ มากกว่าโรคอื่น โดยมีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจของผู้ป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับคำกล่าวของรูธ (Ruth. 1973 : 136-156) ที่กล่าวว่าเพศเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่สำคัญ ซึ่งเพศชายต้องการที่จะแสดงความแข็งแรง เช่นชายชาตรีทำให้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย เพราะมองว่าเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอ และเนื่องจากโรคเรื้อนนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นผู้มีรายได้น้อย จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักให้ความสนใจในเรื่องของการทำงานหารายได้มากกว่าการสนใจเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว จึงทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเพศชายมีความล่าช้าในการมารับการรักษามากกว่าเพศหญิง

2. อายุมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษามาก ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 31 ปี สอดคล้องกับผลการศึกษาความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมารับการรักษาสม่ำเสมอน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ (วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง. 2532 : 58) สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ที่พบว่าสตรีที่มีอายุมากจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (เพชรรัตน์ อมรชีวิน. 2541 : 100) สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อย (เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 71) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมาก มักมีประสบการณ์ในการพบเห็นผู้ที่มีลักษณะอาการเช่นเดียวกับตนเอง และรู้ว่าเมื่อเกิดอาการเช่นนั้นจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร

ผลการศึกษาวิจัยครั้งไม่สอดคล้องกับการศึกษาความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค (สุพรรณี อินตะนัย. 2538 : 89) ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ (ทรงพล ผุดผาด. 2541 : 107) ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน (อรชร ศรีไทรล้วน. 2541 : 78) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย มีจำนวนน้อย และกระทรวงสาธารสุขก็ได้ประกาศว่า โรคเรื้อนในประเทศไทยเป็นโรคที่สามารถควบคุมได้จนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขแล้วทำให้การรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคเรื้อนมีน้อย เมื่อ

เปรียบเทียบกับวัณโรค และโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ทำให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุมีโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรคและโรคเอดส์ จากการเผยแพร่ทางสื่อต่างๆ เช่นเดียวกัน แต่สำหรับโรคเรื้อนซึ่งมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ค่อนข้างน้อยนั้น การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนจึงต้องอาศัยประสบการณ์จากการพบเห็นผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน หรือชุมชนใกล้เคียงเท่านั้น ดังนั้นประสบการณ์ที่ได้จากรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน จึงอาจมีเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วย ทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ต่างไปจากการศึกษาอื่นๆ ดังกล่าว

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับเหตุผลทางทฤษฎีที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึงการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ (Orem. 1985 : 154) ดังนั้นจึงทำให้พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอายุมากมีความล่าช้าในการมารับการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

3.ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความล่าช้าในการรักษามากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ประยงค์ สัจจพงษ์. 2534 : ข) สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ที่พบว่าสตรีที่มารับบริการที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่าสตรีที่มารับบริการที่มีการศึกษาต่ำ (เพชรรัตน์ อมรชีวิน. 2541 : 101) สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ (เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 71) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาจะช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ถูกต้อง ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสที่จะแสวงหาความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่างๆ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค (กรแก้ว กอวัฒนา. 2531 : 98 และ สุพรรณี อินตะนัย. 2538 : 90) ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน (อรชร ศรีไทรล้วน. 2541 : 79) ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำอาจได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตัวเองจากการประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ

หรือโดยการพบเห็นประสบการณ์จากคนอื่น หรือโดยการพูดคุยกับบุคคลอื่นที่เคยป่วยเป็นโรคนั้นมาแล้ว ทำให้ทั้งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงและต่ำมีการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยหรือมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งโรคเรื้อนนั้นมีผู้ป่วยจำนวนน้อย ทำให้ผู้ที่มีความสงสัยว่าตนเองจะเป็นโรคเรื้อน อาจไม่เคยรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนมาก่อน และผู้ป่วยโรคเรื้อนโดยปกติมักไม่เปิดเผยตัวเองและมักไม่เป็นที่ปรึกษาให้ใคร จึงทำให้พบว่าผลการศึกษาเกี่ยวกับโรคเรื้อนในครั้งนี้มีความแตกต่างกับการศึกษาดังกล่าวข้างต้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับเหตุผลที่ว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงขึ้น จะทำให้มีความรอบรู้ มีเหตุผล รู้จักใช้ความรู้และทักษะที่เคยมีมาแก้ไขปัญหา เข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี และปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม (Jalowice and Powers. 1971 : 10-15) และผู้ที่มีการศึกษาสูงเมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใดๆ ก็จะพยายามสนใจใคร่รู้ในเรื่องนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย (Roger. 1959 : 157) จึงทำให้พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

4. รายได้มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความล่าช้าในการมารับการรักษามาก ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีรายได้ต่ำมีพฤติกรรมการชลอการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูง (กรแก้ว กอวัฒนา. 2531 : 97) สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ที่พบว่าสตรีที่มีรายได้สูงมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (เพชรรัตน์ อมรชีวิน. 2541 : 103) สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ(เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 71) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่รายได้สูงจะมีเวลาในการดูแลสุขภาพและให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ ที่มักจะให้ความสนใจเรื่องการหารายได้มากกว่าการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ (ทรงพล ผุดผาด. 2541 : 107) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ร้ายแรงมากทำให้เสียชีวิตได้ในเวลาอันสั้น ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อต้องใช้ความพยายามเต็มที่ในการดูแลตนเองให้มีชีวิตยืนยาว ดังนั้นทุกคนจึงให้ความสนใจกับเรื่องการดูแลตนเองอย่างมาก และมีการดูแลตัวเองอย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้เงินมากมายนัก ทั้งผู้ที่มีรายได้น้อยและรายได้มากจึงมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิตอยู่แล้ว ความแตกต่างเรื่องรายได้จึงพบได้น้อย ดังนั้นการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยโรคนี้จึงขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอื่นมากกว่า แต่สำหรับโรคเรื้อนนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อยจึงมักให้ความสนใจกับเรื่องปากท้อง ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญเฉพาะหน้ามากกว่าการดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพตนเอง จึงทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของผู้วิจัยอื่น

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรายได้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการครองชีพ ผู้ที่มีรายได้น้อยมักต้องนำรายได้ที่มีอยู่น้อยนั้นไปใช้ในการดำรงชีพ เพื่อการอยู่รอด ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จึงทำให้ไม่มีเงินสำหรับใช้จ่ายในการมาพบแพทย์ และผู้มีรายได้น้อยมักให้ความสนใจเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ หารายได้เลี้ยงตัวเอง และจุนเจือครอบครัว จึงทำให้ไม่สนใจแสวงหาการรักษาตั้งแต่เริ่มมีความผิดปกติของร่างกายเพียงเล็กน้อย ซึ่งต่างกับผู้มีรายได้สูง ซึ่งมักมีเวลาให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพมากกว่า จึงทำให้พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 5 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้ามากส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีการชลอการรักษามาก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย (กรแก้ว กอวัฒนา. 2531 : 99) สอดคล้องกับผลการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่พบว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากจะมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย (ประยงค์ สัจจพงษ์. 2534 : ก) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรค จะทำให้มีความสนใจใคร่รู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ และเมื่อพบว่ามีความผิดปกติต่างๆ เกิดขึ้นกับตนเองก็จะมีการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นๆ

การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม (เพชรรัตน์ อมรชีวิน. 2541 : 104) ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา พฤตกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 69) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรงมาก ดังนั้นทุกคนจึงให้ความสำคัญในการดูแลตนเองทั้งในการป้องกันการเกิดโรค หรือการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรค จึงทำให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ต่างกับโรคเรื้อน ซึ่งเป็นโรคที่ไม่ค่อยมีคนรู้จัก นอกจากเคยพบเห็นคนบ้านใกล้กัน หรือมีคนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน ดังนั้นเมื่อคน

เหล่านี้เกิดมีความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะรีบไปรับการตรวจรักษามากกว่าคนที่ไม่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เมื่อมีความเจ็บป่วยหรือมีความผิดของร่างกาย ดังคำกล่าวของฮอคบาม (Hocbaum. 1956 : 373-380)ที่ว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้นเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนที่เหมาะสม เพื่อสุขภาพของตน จึงทำให้พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

6. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 6 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้ามากส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย จะมีการชลอการรักษามากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมาก (กรแก้ว กอวัฒนา. 2531 : 99 และ สุพรรณี อินตะนัย. 2538 : 86) สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย (เพชรรัตน์ อมรชีวิน. 2541 : 104) ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค หรือมีการดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง โดยเฉพาะหากโรคนั้นเป็นโรคที่มีความรุนแรงมาก ก็ยิ่งทำให้เห็นความแตกต่างในการดูแลตนเอง ระหว่างบุคคลที่มีการรับรู้ความรุนแรงมากและมีการรับรู้ความรุนแรงน้อย จึงทำให้พบว่าความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเอง

การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 70) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค (ประยงค์ สัจจพงษ์. 2534 : 66) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า แม้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่ความรู้สึกอื่นๆ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล หรือการขาดความพร้อมหรือการไม่รู้วิธีเผชิญต่อเหตุการณ์ ก็มีส่วนทำให้บุคคลยังไม่แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง

โรคเรื้อนเป็นโรคหนึ่งที่มีความรุนแรงของโรคมาก กล่าวคือโรคเรื้อนทำให้เกิดความพิการ เช่น มือเท้ากุดด้วน หรืออาจทำให้ตาบอดได้ ดังนั้นจึงพบว่าการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน สอดคล้องกับคำกล่าวของ

โรเซนสตอค (Rosenstock. 1974 : 330) ที่กล่าวว่าถ้าบุคคลใดรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และกระทบกระเทือนต่อหน้าที่ในสังคม บุคคลนั้นย่อมเกิดความกลัวและจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น

7. การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 7 สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ ที่พบว่าการรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ (นิตยา เย็นฉ่ำ. 2535 : 60) สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่าการรับรู้ผลประโยชน์ในการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (สุวิชา จันทรสุริยกุล. 2536 : ก-ข) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 70) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า แม้ว่าบุคคลจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนแล้ว แต่การที่จะมีการปฏิบัติหรือไม่นั้นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ เช่น ความพร้อมในการยอมรับความเจ็บป่วย วุฒิภาวะ ความกลัว ความวิตกกังวล อีกด้วย ดังนั้นจึงทำให้บุคคลยังไม่แสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามาก จะมีการชลอการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามาก (กรแก้ว กอวัฒนา. 2531 : 99 และ สุพรรณี อินตะนัย. 2538 : 87) ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามาก จะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาน้อย (ประยงค์ สัจจพงษ์. 2534 : ก) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า วัณโรคเมื่อรักษาแล้ว จะสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของอาการว่ามีอาการดีขึ้น อย่างเห็นได้ชัด มากกว่าโรคเรื้อน หรือผู้ป่วยอาจมีประสบการณ์จากการได้พบเห็นคนที่ป่วยเป็นวัณโรคมารักษาแล้ว สามารถหายจากโรคได้ โดยใช้เวลาไม่นานนัก จึงทำให้พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของรักษากับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค แต่สำหรับโรคเรื้อนนั้น เป็นโรคที่ใช้เวลารักษานาน ผู้ป่วยจึงมีความลังเลใจในการยอมรับการรักษา แม้ว่าจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามากก็ตาม จึงทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกัน

แม้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการรักษากับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยความสมัครใจเพราะมีความเชื่อถือในระบบการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน จึงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามาก ทั้งผู้ป่วยที่มารับ

การรักษาล่าช้ามากและน้อย ทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการรักษากับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

8. การรับรู้อุปสรรคของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 8 สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วย (จินตนา มณฑลปัญญากุล. 2542 : 93) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ทั้งโรคเรื้อนและการตาบอด เป็นโรคที่มีความร้ายแรงมาก เนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการได้ ดังนั้นทั้งผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการรักษามากและน้อย จึงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาการชลอการรักษาของผู้ป่วย ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการรับรู้อุปสรรคในการไปตรวจรักษาน้อย จะมีความล่าช้าในการรักษามากกว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการไปตรวจรักษามาก (กรแก้ว กอวัฒนา. 2531 : 99 และสุพรรณี อินตะนัย. 2538 : 87) ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติน้อย จะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมาก (เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 70) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคเรื้อนเป็นโรคที่แตกต่างจากวัณโรคและโรคมะเร็ง เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคที่สังคมรังเกียจมาก ทำให้ทั้งผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคมากและน้อย ต่างก็มีความวิตกกังวลในการเข้ารับการตรวจรักษาเพราะเกรงว่าจะถูกสังคมรังเกียจเมื่อรู้ว่าเป็นโรคเรื้อน จึงมีความล่าช้าในการมารับการรักษาเช่นเดียวกัน ซึ่งผลการศึกษานี้ต่างไปจากการศึกษาเกี่ยวกับวัณโรค ซึ่งเป็นโรคที่มีความรังเกียจน้อยกว่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคมะเร็งนั้นสังคมมักให้ความสงสารเห็นใจมากกว่าจะแสดงความรังเกียจ ดังนั้นความรังเกียจของสังคมอาจไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงพบว่าผลการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของผู้วิจัยอื่นๆ โดยพบว่าการรับรู้อุปสรรคในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

9. แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 9 สอดคล้องกับผลการศึกษาการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วย (สนิท พึ่งสาย. 2539 : 137) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า อิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ตลอดจนลักษณะส่วนตัวของผู้ป่วย อาจจะส่งผลต่อการตัดสินใจ และการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของผู้ป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย (ประยงค์ สัจจพงษ์ . 2534 : ก-ข) ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย จะมีความล่าช้าในการรักษามากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก (สุพรรณี อินตะนัย. 2538 : 88) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยและจะมีการตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมักจะปรึกษากับคนในครอบครัวประกอบการตัดสินใจ เมื่อได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ก็จะทำให้สามารถตัดสินใจอย่างถูกต้อง และรวดเร็วกว่าคนที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือได้รับแรงสนับสนุนน้อย แต่สำหรับโรคเรื้อนนั้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนมากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก เนื่องจากเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ นอกจากรังเกียจตัวผู้ป่วยแล้ว ครอบครัวของผู้ป่วยก็ถูกรังเกียจตามไปด้วย ทำให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวมีความรู้สึกในการร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมากทั้งผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้ามากและน้อย ทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความล่าช้าในการมารับการรักษา และทำให้พบว่าผลการศึกษามีความแตกต่างกับการศึกษาดังกล่าวข้างต้น

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า แม้ว่า ครอบครัว ญาติพี่น้องจะเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุคคล (กรแก้ว กอวัฒนา. 2531 ; อ้างอิงมาจาก Friedson. 1973)และเมื่อคนในครอบครัวเจ็บป่วยก็มักจะรายงานให้บุคคลในครอบครัวทราบก่อนเป็นอันดับแรก (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528 : 581) แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ทั้งนี้เนื่องมาจากสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อนจะเป็นสังคมของคนในชนบท มีความใกล้ชิด ช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างคนในครอบครัว จึงทำให้พบว่าทั้งผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้าน้อยและมารับการรักษาล่าช้ามาก ต่างก็ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัวมากเช่นเดียวกัน จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่ามีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะให้นำเอาแนวความคิดนี้ไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่มีอาการน่าสงสัยรีบมารับการรักษา โดยการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อน เช่น ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคเรื้อนจะมีโอกาสติดโรคมากกว่าบุคคลอื่น ดังนั้นจึงควรประชาสัมพันธ์ให้ผู้สัมผัสโรคมารับการตรวจร่างกายทุกปี หรือให้สังเกตอาการที่น่าสงสัยเป็นโรคเรื้อน หากมีอาการน่าสงสัยก็รีบมารับการตรวจรักษา และอีกประเด็นที่สำคัญก็คือจะต้องประชาสัมพันธ์ให้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อนเพราะโรคเรื้อนนั้นอาการเริ่มแรกของโรคจะไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอักเสบหรือไม่ทำให้เกิดความรำคาญ เพราะอาการของโรคเรื้อนจะไม่คัน แต่ถ้าหากมีการรับรู้ว่าโรคเรื้อนทำให้เกิดความพิการได้ จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเมื่อเริ่มปรากฏอาการ ทำให้รักษาหายได้เร็ว และลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความพิการได้

2. จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยที่มีความล่าช้าในการรักษามากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชาย มีอายุต่ำกว่า 31 ปี มีการศึกษาระดับต่ำ และมีรายได้น้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินการประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้คนที่มีอาการน่าสงสัยรีบมารับการตรวจรักษา โดยการมุ่งเน้นให้ความสนใจเป็นพิเศษในกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะดังผลการศึกษาวิจัยข้างต้น เพราะหากคนในกลุ่มนี้เป็นโรคเรื้อน ก็ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดความพิการ ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มที่ควรให้ความสนใจมากเป็นพิเศษ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนนั้นยังมีผู้ทำการศึกษาไว้ไม่มากนัก และการศึกษาครั้งนี้ทำการวิจัยเฉพาะในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน แต่ความคิด ความเชื่อ อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสังคมแต่ละท้องถิ่น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยในจังหวัดอื่น หรือในภาคอื่นๆ ของประเทศ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษา และเพื่อความเหมาะสม ในการดำเนินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้โรคเรื้อนให้เหมาะสมในแต่ละท้องถิ่นต่อไป

2. จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา และแรงสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสามกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ครอบคลุมพอ ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ดังนั้นหากมีการทำวิจัยครั้งต่อไป จึงควรนำตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา และแรงสนับสนุนทางสังคม ไปทำการศึกษาซ้ำอีก เพื่อให้สามารถอธิบายผลการศึกษาได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กองโรคเรื้อน. ผู้ป่วยโรคเรื้อนในทะเบียนรักษา. นนทบุรี : กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2541.

กองโรคเรื้อน. ตัวชี้วัดที่สำคัญของโรคเรื้อน. นนทบุรี : กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2542.

กองโรคเรื้อน. โรคเรื้อน. นนทบุรี : กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2542.

กรแก้ว กอวัฒนา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ สศ.ม กรุงเทพ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

กอบแก้ว คุตตวัส. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

กิตติ กิตติอำพน. "ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน," ใน คู่มือการป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2538.

คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. ศัพทานุกรมสำหรับปฏิบัติการในระบบสารสนเทศทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานและปฏิบัติการของระบบสารสนเทศเพื่อการศึกษา กองสารสนเทศ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2529.

ควบคุมโรคติดต่อ, กรม. คู่มือสำหรับประชาชนเรื่องโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2540.

จุฑารัตน์ วงศ์คงคาเทพ. สถานการณ์และปัจจัยบางประการที่มีผลต่องานควบคุมโรคเรื้อนด้วยการรักษาแบบใหม่ ในระดับสถานีอนามัย จังหวัดขอนแก่น วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

จารุวรรณ ขันติสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

จินตนา มณฑลปัญญากุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2542. อัดสำเนา.

จินตนา เหลืองสุวาลัย. การรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537.

ธีระ รามสูต. เวชปฏิบัติทางโรคเรื้อน. ม.ป.ท., 2525.

_____. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิวธรรมดาการพิมพ์, 2535.

ทรงพล ผุดผาด. พฤติกรรมการดูแลตนองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษษที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

ทัตติยา มานิจสิน. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534. อัดสำเนา.

นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

นิตยา เย็นฉ่ำ. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

เนตรนภา คู่พันทวี. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2535.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยา หน่วยที่ 11. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.

เบญจวีร์ สุเอียนทรเมธี. ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจและการถูกตีตราที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

เบญจพร แก้วมีศรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2525.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "พฤติกรรมสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 4. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.

ประภาเพ็ญ และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

ประยงค์ สัจจพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

สุวิชา จันทรสุริยกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตัวเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และคนอื่นๆ. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่รักษาตัวที่บ้าน. กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2538.

พิมล เพราเพริศภิรมย์. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. "แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดูแลสุขภาพตนเอง ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

เพชรรัตน์ อมรชีวิน. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542. อัดสำเนา.

เพ็ญศรี จิตนำทรัพย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษาสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

มัลลิกา มัติโก. "แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดแลสุขภาพตนเองทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รักษาด้วยยาผสมในจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

วราภรณ์ พรหมพันใจ และคนอื่นๆ. "ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อน จังหวัดนครราชสีมา," วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา. 4 (2) : 18-25 ; กุมภาพันธ์-พฤษภาคม, 2541.

วิเชียร เกตุสิงห์. "ค่าเฉลี่ยและการแปลความหมาย : เรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้," ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 10 ; กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2538.

_____. คู่มือการวิจัย การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC^{+} . กรุงเทพฯ : ชมรมผู้สนใจงานวิจัยทางการศึกษา, 2534.

ศรีสุนทร วิริยะวิภาต และคนอื่นๆ. "ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการมารับการตรวจวินิจฉัยล่าช้าของผู้ป่วยโรคเรื้อน," วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น. 4(1) : 16-26 ; ตุลาคม-ธันวาคม, 2539.

สมชาย สุพันธุ์วนิช. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2532.

สมบูรณ์ ขอสกุล และสรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์. รายงานการวิจัยพฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้าน จังหวัดลำปาง. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.

สรงกฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์. "การนำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในงานสุขศึกษา," เพื่อนสุขภาพ. 6(1) : 30-35 ; 2537.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. สถิติประชากรทั้งประเทศ. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.

สนิท พึ่งสาย. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลตากสิน. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.

สาธารณสุข, กระทรวง. งานโรคเรื้อนในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2537.

สุธีรา อายุวัฒน์. ความเสี่ยงและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดขนิษฐ์การพิมพ์, 2527.

สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.

สุพรรณี อินตะนัย. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.

สุภาพ ใบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

สำเริง บุญเรืองรัตน์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรพหุคูณ. กรุงเทพฯ : ศึกษาพร, 2526.

อรชร ศรีไทรล้วน. ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

อรทัย รวยอาจิณ และกาญจนา แก้วเทพ. "บทบาทแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขของไทย," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.

Battistella, R. M. "Limitations in Use of Concept of Phychological Readiness to Initiate Health Care," Medical Health Care. 6 : 308-319 ; July-August,1968.

Becker, M. H. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. New Jersey : Charles B. Slack, Inc.,1974.

Becker, M.H. and Maiman, L. A. "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendation," Medical Care. 13 : 10-21 ; January, 1975.

Becker, M. H. and Maiman, L. A. "Strategies for Enhancing Patient Compliance," Journal of Community Health. 6 : 113-131 ; Winter, 1980.

Becker, M. H. and others. "Selected Psychosocial Model and Correlations of Individual Health Related Behavior," Medical Care. 15 : 27-46 ; May, 1977.

Caplan, R. D. and Others. Adhearing to Medical Regimens : Pilot Experiment on Patient Educaton and Social Support. An Arbour : University of Michigan, 1976.

Cobb, S. "Social Support as a Moderater of Life Stress," Journal of Psychomatic Medicine. 38 ; September-October, 1976.

Cockerham, W. C. Medical Sociology. 2nd ed. New Jersey : Eglewood Cliff : Prentice-Hall Inc., 1982.

Gochman, D. S. "The Oganization Role of Motivation in Health Belief and Institutions," Journal of Health and Social Behavior. 13 : 286 ; September, 1972.

Hallal, J. C. "The Relationship of Health Beliefs, Health Locus of Control and Self Concept to the Practice of Breast Self-Examination in Adult Woman," Nursing Research 31 : 137-141 ; May-June, 1982.

Heinzellmann, F. "Determinant of Prophylaxis Behavior with Respect to Rheumatic Fever," Journal of Health Behavior. 3 : 73-81 ; January, 1962.

Hertoijs R. "A Study of Some Factors Affectings the Attendance of Patients in Leprosy Control Scheme," International Journal of Leprosy. 42(4) : 419-427 ; 1974.

Hocbaum,Godfrey. M. "Why people seek diagnosostic x-rays," Public Health Department. 71 : 373-380 ; April,1956.

Jalowice, A. and M.J. Powers. "Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Patients," Nursing Research. 30 : 10-15 ; January-February, 1971.

Kasl, S. V. and Cobb, S. Health Behavior, Illness Behavior Archive Environment Health. 12 : 246 : 261 ; February, 1966.

Kerlinger, Fred N. Behavioral Research : A Conceptual Approach. U.S.A. : Holt, Rinehart and Winston, 1979.

Kirscht, J. P. "The Health Belief Model and Illness Behavior," Health Education Monographs : 387-405 ; Winter, 1974.

Klinger, M. "Compliance and the Post- M.I. Patient," The Canadian Nurse. 81 : 32-38 ; January, 1984.

Langhorne, P. and others. "Factors Influencing Clinic Attendance During the Multidrug Therapy of Leprosy," Leprosy Review. 57 : 12-30 ; 1986.

Lin, N. and others. "Social Support, Stressful Life Stress," Journal of Health Behavior. 20 : 108-109 ; June, 1979.

Mathews. C.M.E. and Jesudasan M. "A Leprosy Health Education Project," International Journal of Leprosy. 46 : 414-425 ;1978.

Mikhail, B. "The Health Belief Model : A Review and Clitical Evaluation of of The Model, Research, and Practice," Advance in Nursing Science. 4 : 65-82 ; October, 1981.

Nair, N.G. and others. "A 20 Years Study of the Leprosy Control Programme at the Hemerijekx Leprosy Center in Polambakkam in South India," Indian Journal of Leprosy. 57(3) : 562-574 ; 1985.

Orem, D. E. Nursing Concept of Practice. New York : McGraw-Hill Book Company, 1980.

Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice. Connecticut : Appleton Century Crafts, 1982.

Pilisuk, M. "Delivery of Social Sopport : The Social Innovation," American Journal Orthopsychiatry. 52 : 20-31 ; January, 1982.

Price, E. "A Study of Leprosy Patients with Deformities and the Implication for the Treatments of all Leprosy Patients," Leprosy Review. 54 : 129-137 ; 1983.

Richardson, W. C. "Poverty Illness and use of Health Service in the United States," in Patients, Physician and Illness. New York : Jaco. E. Gartly, 1972.

Roger, G. R. Freedom to Learn. Ohio : Charles E. Merill, 1969.

Rosenstock, I. M. "Historical Origins of the Health Belief Model," Health Education Monographs. 4 : 328-335 ; Winter, 1974.

_____. "The Health Belief Model and Prevention Health Behavior," Health Education Monographs. 2 : 329-386 ; Winter, 1974.

Ruth, W. U. Behavior and Illness. New Jersey : Eglewood Clilfts : Prentice-Hall inc., 1973.

Suchman, E. A. "Health Attitudes and Behavior," Achieves of Environment Health. 20 : 105-110 ; January, 1970.

Terell, B. E. and Hart, L. K. "The Relationship of Health Beliefs and Knowledge to Excercise Compliance in Patients After Coronary Bypass," Heart & Lung. 9 : 487-493 ; May-June, 1980.

Wehib, B. and others. "Delay in Presentation and Start of Treatment in Leprosy Patients : A Case-Control Study of Disable and Non-Disable Patients in Three Difference Settings in Ethiopia," International Journal of Leprosy. 66(1) : 1-9 ; 1998.

Weg, N.V.D. and others. "Explanatory Model and Help-Seeking Behavior of Leprosy Patient in Adamwa State, Nigeria," Leprosy Review. 69 : 382-389 ; 1998.

Willson, R. N. The Sociology of Health: An Introduction. New York : Random Hourse, 1970.

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

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

หนังสือขอความอนุเคราะห์

และ

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสัมภาษณ์

ที่ ทม 1007/ 0477

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

5 กุมภาพันธ์ 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์โรคเรื้อนเขต 1

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางนฤมล ใจดี นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น" โดยมี อาจารย์ เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่และสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับการรักษา จำนวน 40 คน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ และขออนุญาตให้เจ้าหน้าที่ จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ช่วยในการสัมภาษณ์ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางนฤมล ใจดี ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนเพื่อการวิจัยดังกล่าว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664
โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 10/2/0697

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

23 กุมภาพันธ์ 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางนฤมล ใจดี นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น" โดยมี อาจารย์ เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน ในระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางนฤมล ใจดี ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664
โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ 0697

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

23 กุมภาพันธ์ 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางนฤมล ใจดี นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น" โดยมี อาจารย์ เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 100 คน ในระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางนฤมล ใจดี ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664
โทรสาร. 258-4119

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสัมภาษณ์

1. ศาสตราจารย์นายแพทย์ ธีระ รามสูต	อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และอดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ
2. รองศาสตราจารย์ ทวีสิทธิ์ สิทธิกร	อาจารย์พิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3. อาจารย์ ดร. ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์	อาจารย์ ภาควิชาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
4. คุณสมบูรณ์ ชุณหประเสริฐ	นักวิชาการควบคุมโรค 9 วช. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา
5. คุณวิจิตรา ธารีสุวรรณ	นักวิชาการควบคุมโรค 7 กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ข.

แบบสัมภาษณ์ เรื่อง

ความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนผู้ให้สัมภาษณ์ฟัง

1. การสัมภาษณ์ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลที่ส่งผลต่อการมารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคเรื้อน
2. แบบสัมภาษณ์นี้มีทั้งหมด 7 ตอนคือ
   - ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
   - ตอนที่ 2 การมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน
   - ตอนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อน
   - ตอนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน
   - ตอนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคเรื้อน
   - ตอนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเรื้อน
   - ตอนที่ 7 แรงสนับสนุนทางสังคม
3. ผู้วิจัยจะเก็บรักษาคำตอบของผู้ป่วยไว้เป็นความลับและจะไม่มีผลกระทบในทางไม่ดีต่อผู้ป่วยแต่อย่างใด

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่ทำให้การสัมภาษณ์ครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จด้วยดี

นางนฤมล ใจดี
นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความ และเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บ และในช่องข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ (เมื่อเริ่มรักษา) ..... ปี
3. ระดับการศึกษา (เมื่อเริ่มรักษา)
   ( ) ต่ำกว่าประถมศึกษา ( ) ประถมศึกษา
   ( ) มัธยมศึกษา ( ) อุดมศึกษา หรือสูงกว่า
4. รายได้ หรือเงินที่ได้รับจากการให้ เฉลี่ยต่อเดือน (เมื่อเริ่มรักษา) ..... บาท

ตอนที่ 2 การมารับการรักษา

5. ความพิการที่ปรากฏเมื่อมาตรวจรักษาครั้งแรก

ตา

( ) เกรด 0 หรือ ตาไม่มัว มองเห็นได้ชัดเจน
( ) เกรด 1 หรือ ตามัวไม่มาก มองเห็นในระยะ 6 เมตร
( ) เกรด 2 หรือ ตามัวมาก ไม่สามารถมองเห็นในระยะ 6 เมตรได้

มือ

( ) เกรด 0 หรือ รับความรู้สึกจากการสัมผัสได้ดี ไม่มีอาการชา
( ) เกรด 1 หรือ มีอาการชาที่ฝ่ามือ (แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตรวจพบว่ามีอาการชา)
( ) เกรด 2 หรือ นิ้วมืองอ กาง-หุบ กำเหยียดไม่ปกติ หรือนิ้วมือกุด หดสั้น หรือมีการสูญเสียเนื้อเยื่อ และกระดูก หรือมีแผลลึกเรื้อรัง

เท้า

( ) เกรด 0 หรือ รับความรู้สึกจากการสัมผัสได้ดี ไม่มีอาการชา
( ) เกรด 1 หรือ มีอาการชาที่ฝ่าเท้า (แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตรวจพบว่ามีอาการชา)
( ) เกรด 2หรือ นิ้วเท้างอ หรือนิ้วเท้ากุด หดสั้น หรือมีการสูญเสียเนื้อเยื่อและกระดูก

6. **สรุปความพิการรวม คือ** ( ) เกรด 0 ( ) เกรด 1 ( ) เกรด 2

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความจริง ซึ่งเป็นความรู้สึกเมื่อมารับการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วย

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
ตอนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค			
1. โรคเรื้อนเป็นโรคที่ติดต่อกันได้	.....	.....	.....
2. ท่านติดโรคเรื้อนเพราะท่านอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อน.....	.....	.....	.....
3. ท่านคิดว่าท่านเป็นโรคเรื้อนเพราะกินอาหารแสลงผิดสำแดง	.....	.....	.....
4. ท่านคิดว่าถ้าท่านมีร่างกายแข็งแรงดี ท่านจะไม่มีโอกาสป่วยเป็นโรคเรื้อน	.....	.....	.....
5. ท่านคิดว่าท่านเป็นโรคเรื้อนเพราะเคยป่วยเป็นโรคอื่นมาก่อนแล้วลุกลามกลายเป็นโรคเรื้อน	.....	.....	.....
6. ถ้าท่านมีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อนจะทำให้ท่านมีโอกาสเป็นโรคเรื้อนสูง	.....	.....	.....
7. ถ้าท่านอยู่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนจำนวนมากท่านจะมีโอกาสเป็นโรคเรื้อนสูง	.....	.....	.....
8. ท่านป่วยเป็นโรคเรื้อนเพราะท่านมีภูมิต้านทานต่อโรคเรื้อนต่ำผิดปกติ	.....	.....	.....
9. ท่านคิดว่าท่านเป็นโรคเรื้อนเพราะท่านเคยทำบาปกรรมไว้กับผู้อื่น	.....	.....	.....
ตอนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรค			
1. โรคเรื้อนเป็นโรคที่มีอันตราย	.....	.....	.....
2. โรคเรื้อนเป็นโรคที่สังคมรังเกียจมาก	.....	.....	.....
3. โรคเรื้อนทำให้เกิดความพิการ เช่น มือ เท้า หงิกงอ กุดด้วน	.....	.....	.....
4. ผู้ป่วยโรคเรื้อน ระยะติดต่อเท่านั้น จึงจะสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้	.....	.....	.....
5. ความพิการที่เกิดจากโรคเรื้อนไม่มีผลเสียต่อการทำงาน.....	.....	.....	.....
6. ถ้าป่วยเป็นโรคเรื้อนจะประกอบอาชีพอย่างลำบากและทำให้รายได้ลดลง.....	.....	.....	.....
7.ถ้าเป็นโรคเรื้อนและปล่อยทิ้งไว้โดยไม่รักษา ก็ไม่เกิดอันตรายใดๆ	.....	.....	.....
8. เป็นโรคเรื้อนอาจทำให้ตาบอดได้	.....	.....	.....
9. การป่วยเป็นโรคเรื้อนทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ.....	.....	.....	.....
10.โรคเรื้อนอาจทำให้มีอาการอักเสบที่เส้นประสาท มีไข้ เจ็บปวดมาก	.....	.....	.....
11. ความพิการที่เกิดจากโรคเรื้อนนั้น สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้เหมือนเดิม.....	.....	.....	.....
12. การป่วยเป็นโรคเรื้อนทำให้ท่านไม่อยากพบปะพูดคุยกับใคร.....	.....	.....	.....
13. ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่มักจะถูกเพื่อนบ้านรังเกียจ	.....	.....	.....

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
ตอนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการมารับการรักษา			
1. การมารักษาตั้งแต่เนิ่นๆ จะทำให้โรคไม่ลุกลามจนเกิดความพิการ	.....	.....	.....
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อนไม่ว่าจะมารักษาช้าหรือเร็ว ก็มีโอกาสพิการได้เท่าๆกัน	.....	.....	.....
3. โรคเรื้อนแม้ว่าจะรักษาเป็นเวลานาน ก็ไม่มีทางหมดเชื้อได้	.....	.....	.....
4. การรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันมีความเชี่ยวชาญสามารถตรวจได้ว่าเป็นโรคอะไร.....	.....	.....	.....
5. การรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันสามารถรักษาโรคเรื้อนให้หายได้	.....	.....	.....
6. ผู้ป่วยโรคเรื้อน แม้จะกินยาสม่ำเสมอ ก็สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้	.....	.....	.....
7. การไปรักษาตั้งแต่มีอาการเริ่มแรก จะรักษาหายได้เร็วกว่าคนที่เป็นมากๆ ...	.....	.....	.....
8. การรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันทำให้โรคไม่ลุกลาม.....	.....	.....	.....
9. การรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลมากที่สุดเมื่อเทียบกับการรักษาโดยวิธีอื่น	.....	.....	.....
10. แพทย์สามารถช่วยให้หายจากโรคเรื้อนได้	.....	.....	.....
ตอนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคที่ได้รับจากการมารับการรักษา			
1. ท่านยอมรับว่าการไปตรวจรักษา ทำให้เสียเวลาทำงาน	.....	.....	.....
2. ท่านยอมรับว่าการไปตรวจรักษา ทำให้ขาดรายได้	.....	.....	.....
3. ในการไปตรวจรักษาแต่ละครั้ง ต้องเสียเงินมาก	.....	.....	.....
4. ท่านยอมรับว่าขั้นตอนในการตรวจรักษายุ่งยาก จนท่านเบื่อหน่าย.....	.....	.....	.....
5. เมื่อท่านจะเริ่มมารักษา ท่านยอมรับว่า ท่านกลัวจะถูกแพทย์หรือพยาบาลดุ ..	.....	.....	.....
6. เมื่อเริ่มจะมารับการรักษา ท่านกลัวว่าเจ้าหน้าที่ จะต้อนรับท่านไม่ค่อยดี	.....	.....	.....
7. การเดินทางไปพบแพทย์ สะดวก สบายไม่ลำบาก	.....	.....	.....
8. ท่านยอมรับว่า การมาพบแพทย์ต้องเสียเวลารอคอยนาน.....	.....	.....	.....
9. การไปโรงพยาบาลรู้สึกว่าน่าเบื่อหน่าย	.....	.....	.....
10 ถ้าท่านไปตรวจรักษา ท่านกลัวว่าแพทย์ จะใช้คำพูดหรือภาษาที่ท่านไม่เข้าใจ.	.....	.....	.....
11 .เมื่อเริ่มจะมารักษา ท่านยอมรับว่า ท่านกลัวแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่จะพูดจาดูถูกท่าน	.....	.....	.....
12. โดยทั่วไปแล้วท่านมักรู้สึกท้อแท้ใจเมื่อต้องไปพบแพทย์	.....	.....	.....
13. ท่านกลัวว่าถ้ามารับการรักษาจะทำให้คนที่รู้จักท่านรู้ว่าท่านเป็นโรคเรื้อน ...	.....	.....	.....
14. เมื่อท่านจะมารับการตรวจรักษา ท่านกลัวว่าแพทย์จะไม่สนใจรับฟังปัญหาของท่าน	.....	.....	.....
15. ท่านกลัวว่าเมื่อไปรักษาจะมีคนรู้ว่าท่านเป็นโรคเรื้อนทำให้มีผลเสียต่อตัวท่านและครอบครัว	.....	.....	.....

ตอนที่ 7 แรงสนับสนุนทางสังคม จากคนในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 คน)

ข้อความ *** (ถ้าไม่มีใครในครอบครัวรู้ว่าเป็นโรคเรื้อน หรือไม่มีใครสงสัยเลย ลงเครื่องหมาย ✔ช่อง ไม่มี)	ไม่มี (ไม่ได้รับ)	ได้รับจาก							
		พ่อ	แม่	พี่	น้อง	สามี/ภรรยา	ลูก	ญาติ	อื่น ๆ (ระบุ)
1. เมื่อคนในครอบครัวของท่านสงสัย ว่าท่านเป็นโรคเรื้อน ใครเป็นคนแนะนำให้ท่านไปตรวจรักษา.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2. เมื่อท่านมีอาการน่าสงสัย ว่าท่านเป็นโรคเรื้อน มีใครสอบถามถึงการเจ็บป่วยของท่านบ้าง	...	...	...	...	...	...	...	...	...
3. เมื่อคนในครอบครัวของท่านรู้ท่านว่าท่านเป็นโรคเรื้อน ท่านได้รับความเห็นใจและให้กำลังใจจากใครบ้าง	...	...	...	...	...	...	...	...	...
4. เมื่อรู้ว่าท่านป่วยเป็นโรคเรื้อน มีใครดูแลอาการเจ็บป่วยของท่านบ้าง	...	...	...	...	...	...	...	...	...
5. เมื่อท่านต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาโรคเรื้อน มีใครบ้างที่เต็มใจพาท่านไปตรวจ.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
6. เมื่อท่านไม่สบายใจเกี่ยวกับการป่วยเป็นโรคเรื้อน ท่านปรึกษาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านกับใครในครอบครัวบ้าง.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
7. เมื่อท่านมีความจำเป็นต้องใช้เงินในการเดินทางมารักษา ท่านได้รับความช่วยเหลือจากใครบ้างในครอบครัว	...	...	...	...	...	...	...	...	...
8. เมื่อทราบว่าท่านเป็นโรคเรื้อน ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการรักษาต่าง ๆ จากใครบ้างในครอบครัว	...	...	...	...	...	...	...	...	...
9. เมื่อรู้ว่าท่านเป็นโรคเรื้อน มีใครบ้างในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อท่านอย่างปกติธรรมดาเหมือนกับที่ท่านป่วยเป็น โรคอื่นๆ.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
10. เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจเมื่อทราบว่าเป็นโรคเรื้อน ท่านได้รับคำปลอบโยนให้กำลังใจจากคนในครอบครัวบ้างหรือไม่ จากใครบ้าง	...	...	...	...	...	...	...	...	...

ภาคผนวก ค.

การวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ

ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ วัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา

แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.2448
2	.4618
3	.2884
4	.1431
5	.3788
6	.2093
7	.1890
8	.1490
9	.3047

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เท่ากับ .6527

แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.5173
2	.6240
3	.2781
4	.5356
5	.4827
6	.3496
7	.2374
8	.2562
9	.6474
10	.3619
11	.2492
12	.5231
13	.5646

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค เท่ากับ .8006

แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.4258
2	.2163
3	.4578
4	.2412
5	.5459
6	.3072
7	.4715
8	.3126
9	.4715
10	.6146

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา เท่ากับ .6557

แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการรักษา

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.3623
2	.5448
3	.5370
4	.7292
5	.7337
6	.7490
7	.3640
8	.4282
9	.6450
10	.5989
11	.7169
12	.6656
13	.4839
14	.5944
15	.5186

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้อุปสรรคของการรักษา เท่ากับ .8025

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางนฤมล ใจดี
วันเดือนปีเกิด	25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2506
สถานที่เกิด	อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 131 หมู่ 1 ถนนสุขสวัสดิ์ ต. ปากคลองบางปลากด อ. พระสมุทรเจดีย์ จ. สมุทรปราการ
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักวิชาการควบคุมโรค ระดับ 7
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2523	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนราชประชาสมาสัย ฝ่ายมัธยมรัชดาภิเษก ในพระบรมราชูปถัมภ์
พ.ศ. 2524	ประกาศนียบัตรเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ (หลักสูตร 1 ปี) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2529	นิติศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ. 2532	ศึกษาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัย รามคำแหง
พ.ศ. 2543	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

ของ

นฤมล ใจดี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
พฤศจิกายน 2543

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 184 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบค่าไค-สแควร์

ผลการศึกษาพบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา และแรงสนับสนุนทางสังคม

FACTORS RELATED TO DELAYED TREATMENT SEEKING AMONG LEPROSY PATIENTS AT LEPROSY CENTER ZONE 6 AND COMMUNICABLE DISEASE HOSPITAL FOR THE NORTH-EAST REGION AT KHONKAEN PROVINCE

AN ABSTRACT

BY

NAREUMOL CHAIDEE

Presented in partial fulfillment of the requirements for the

Master of Education degree in Health Education

at Srinakharinwirot University

November 2000

The purpose of this study was to determine the factors related to delayed treatment seeking among leprosy patients. The sample consisted of 184 leprosy patients from leprosy center zone 6 and communicable disease hospital for the north-east region in Khonkaen province. The data were collected by structured interview and analysed by Chi-square test.

The results were found as follows :

The factors significantly related at .05 level to delayed treatment seeking among leprosy patients were gender , age , education level , income , perceived susceptibility and perceived severity.

The factors which were not related to delayed treatment seeking among leprosy patients were perceived benefit of treatment , perceived barrier to treatment taking and social support.