

รูปแบบเชิงเหตุและผลของปัจจัยที่มีผลต่อ
ระยะเวลาก่อนการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อน
จังหวัดบุรีรัมย์

ญาดา โตอุตชนม์
โกเมศ อุรัตน์
นิยม ไกรปุย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

บทคัดย่อ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่สามารถทำให้เกิดความพิการ ซึ่งความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นสาเหตุที่ทำให้โรคเรื้อนเป็นปัญหาสำคัญทั้งทางสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม สาเหตุของความพิการนั้นส่วนใหญ่แล้วพบว่า เกิดจากการมารับการรักษาที่ล่าช้า การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยทำการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ในรูปแบบเชิงเหตุและผล ภายใต้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังรับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 87 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ระหว่างวันที่ 2-30 เมษายน 2547 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหลักการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54) มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (45.40 ปี) มีระดับการศึกษาต่ำ (ประถมศึกษา ร้อยละ 58.6) ฐานะยากจน (รายได้ 1-2,500 บาท ร้อยละ 47.1) มีระยะเวลาก่อนรักษาอยู่ระหว่าง 0-12 เดือน (ร้อยละ 56.3) และส่วนใหญ่ไม่มีความพิการ (ร้อยละ 77) พบว่าคะแนนเฉลี่ย (เมื่อปรับให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน) การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อนมีคะแนนสูงที่สุด (87.26 คะแนน) รองลงมาคือ คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน (29.28 คะแนน) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภายใต้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งตัวแปรที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน พบว่าการรับรู้ภาวะคุกคาม มีผลโดยตรงในทางบวกกับ ระยะเวลาก่อนการรักษาโรคเรื้อน ($\beta = 0.233$) และ การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน มีผลโดยตรงในทางลบต่อ ระยะเวลาก่อนการรักษา ($\beta = -0.192$) และพบว่า รายได้ของครอบครัว มีผลโดยตรงในทางบวกกับ การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน ($\beta = 0.035$) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อนนั้น ได้แก่ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน และรายได้ของครอบครัว โดยพบว่าสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน มีผลโดยตรงในทางบวกกับ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน ($\beta = 0.089$ และ 0.291 ตามลำดับ) ส่วน รายได้ของครอบครัว มีผลโดยตรงในทางลบกับ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน ($\beta = -0.074$) นอกจากนี้ยังพบว่า รายได้ของครอบครัว มีผลโดยตรงในทางบวกกับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน ($\beta = 0.124$) แต่ในขณะเดียวกันยังพบว่า รายได้ของครอบครัว มีผลโดยอ้อมต่อ การรับรู้

ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน โดยส่งผ่านมาทาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน และพบว่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางระหว่างตัวแปรที่พบมีเพียงความสัมพันธ์ของ เส้นทาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน กับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

จากผลการศึกษาที่กล่าวมา สามารถให้ข้อเสนอแนะในการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเรื้อน การให้สุขศึกษา การผลิตสื่อสุขศึกษา โดยควรเน้นเนื้อหาในเรื่อง โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อน ความรุนแรงของโรคเรื้อน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน เพื่อเร่งรัดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนออกมารับการรักษาก่อนที่จะ ปรากฏความพิการ

Abstract

The leprosy is a contagious chronic disease causing permanent disability in patients. Therefore, it has been a crucial problem for public health, economics and society. Disability causation in leprosy mainly is from delay treatment. Hence, this study aimed to determine the factors related to time before treatment seeking among leprosy patients using path analysis based on psychosocial model ; Health Belief Model. Samples of the study were 87 leprosy patients who received treatment from general hospital and community hospitals located at Buri-Ram province. The data were collected by structured interview during April 2-30, 2004. Then, descriptive statistic and path analysis were used to analyze the data.

The results revealed that majority of samples were male (54%), mean age at 45.40 years, low educated (primary school 58.6 %), very poor (1-2,500B, 47.1%), time before treatment seeking 0-12 month (56.3%), and without disability (77 %). Moreover, mean score (after adjusting to 0-100) of perceived threat of leprosy was found to be the highest ($\bar{x} = 87.26$), while, perceived susceptibility and perceived seriousness of leprosy were fairly high ($\bar{x} = 29.28$). According to path analysis, the results are as followed : the variables which had direct effect to time before treatment were perceived threat, and perceived benefits minus barrier to disease prevention. While, the perceived threat had positive effect directly to time before treatment ($\beta = 0.233$), perceived benefits minus barriers to disease prevention had negative direct effect ($\beta = -0.192$). The household income had positive direct effect to perceived benefits-perceived barriers of disease preventive ($\beta = 0.035$). Regarding the perceived threat, the variables which had effect to it were cues to action, perceived susceptibility & perceived seriousness and household income. The cues to action and the perceived susceptibility and perceived seriousness had positive direct effect to perceived threat ($\beta = 0.089, 0.291$ respectively). At the same time, the household income had negative direct effect to perceived threat ($\beta = -0.074$) and positive direct effect to perceived susceptibility & seriousness ($\beta = 0.124$). In addition, it had indirect effect to perceived threat via perceived susceptibility and perceived seriousness. Of all causal relationships of the path, the only relationship which had statistically significant was perceived susceptibility and perceived seriousness to perceived threat ($P < 0.05$).

The results of this study will be useful for the policymakers to plan leprosy control, prevention strategies, health education, and health media production emphasizing on leprosy

patients' perception of susceptibility and seriousness, perceived benefits, perceived barriers of disease preventive in order them to seek treatment earlier before disability occur.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก นายแพทย์สมชาย ตั้งสุภาชัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ที่อนุญาติให้เดินทางไปเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ ดร. รัตนาภรณ์ อวิพันธ์ อาจารย์จิตชนก จันทรเจียว และ นายแพทย์กฤษฏา มโหทาน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ขอขอบคุณ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคเรือนจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจในการศึกษาครั้งนี้มาโดยตลอด

คณะผู้ศึกษาวิจัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ก	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค	
กิตติกรรมประกาศ	จ	
บทที่ 1 บทนำ	1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1	
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3	
ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา	4	
คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา	4	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6	
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน	6	
ความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วย	10	
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย	11	
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	12	
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	21	
การวิเคราะห์เส้นทาง	23	
กรอบแนวคิด	25	
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	26	
รูปแบบการศึกษา	26	
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	27	
การวิเคราะห์ข้อมูล	28	
บทที่ 4 ผลการศึกษา	30	
ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	30	
ผลการศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนาของแต่ละตัวแปร	32	
ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	33	
ผลการตรวจสอบสมมติฐานและการตรวจสอบเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปแบบ(model)	37	

บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	42
สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	42
ข้อจำกัดของการศึกษา	46
ข้อเสนอแนะ	46
บรรณานุกรม	48
ภาคผนวก แบบสอบถาม	53
ประวัติผู้วิจัย	62

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อนเป็นปัญหาสำคัญทั้งทางสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังไม่ได้รับการรักษายังสามารถเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเรื้อนที่สำคัญ (ธีระ รามสูต, 2535 : 385) ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดจากการทำลายเส้นประสาทซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของอวัยวะสำคัญ 3 ส่วนของร่างกาย อันได้แก่ ตา มือ เท้า โดยที่โรคเรื้อนจะทำให้มีการทำลายเส้นประสาทซึ่งมีหน้าที่รับความรู้สึก เส้นประสาทควบคุมการทำงานของต่อมเหงื่อและเส้นประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ผลที่ตามมาคือเกิดการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะดังกล่าวจนเกิดความพิการ โรคเรื้อนยังคงเป็นปัญหาสำคัญของหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนาในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในปี พ.ศ. 2545 พบว่าทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 486,412 ราย หรือมีอัตราความชุกเท่ากับ 3.17 รายต่อประชากร หมื่นคน (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2546 : 1)

หลังจากประเทศไทยปรับเปลี่ยนการรักษาโรคเรื้อนด้วยยาแดปโซน (Dapsone monotherapy) ที่ใช้มาตั้งแต่ปี 2507 มาเป็นยาผสมเคมีบำบัดแบบใหม่ขององค์การอนามัยโลกในปี 2532 ส่งผลให้สามารถรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้หายจากโรคและจำหน่ายจากทะเบียนได้เร็วยิ่งขึ้น อัตราความชุกของโรคลดลงอย่างรวดเร็วจาก 7.9 ต่อประชากรหมื่นคนในปี 2527 เหลือเพียง 3.0 รายต่อประชากรหมื่นคนในปี 2532 (กองโรคเรื้อน, 2535 : 7) และลดลงเหลือเพียง 0.36 รายต่อประชากรหมื่นคน แต่ในความเป็นจริงนั้นอัตราความชุกโรคที่ลดลงมิได้สะท้อนสถานการณ์ที่เป็นจริง เนื่องจากยังพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กถึงร้อยละ 4.31 และผู้ป่วยใหม่พิการระดับ 2 สูงถึงร้อยละ 14.08 จากรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานควบคุมโรคเรื้อนปีงบประมาณ 2545 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 พบว่ามีอัตราความชุกของโรคเรื้อนเท่ากับ 0.60 รายต่อประชากรหมื่นคน มีอัตราผู้ป่วยใหม่พิการเกรด 2 ร้อยละ 6.4 ผู้ป่วยใหม่วัยเด็กร้อยละ 5.57 จังหวัดบุรีรัมย์มีอัตราความชุก 1.04 รายต่อประชากรหมื่นคน ผู้ป่วยใหม่ที่พิการระดับ 2 ร้อยละ 7.5 ผู้ป่วยใหม่วัยเด็กร้อยละ 5.06 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา, 2546 : 20)

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นว่าแม้อัตราความชุกโรคเรื้อนของประเทศไทย โดยเฉลี่ยอยู่ที่ระดับไม่เกิน 1 ต่อหมื่นประชากร ซึ่งองค์การอนามัยโลกถือว่าควบคุมได้ จนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขแล้ว แต่จังหวัดบุรีรัมย์ยังมีอัตราความชุกที่เกิน 1 ต่อหมื่นประชากร ซึ่งในจำนวนนี้รวมถึงผู้ป่วยเด็กด้วย แสดงให้เห็นว่ายังมีการระบาดของโรคเรื้อนในพื้นที่ และการมีผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการเกรด 2 แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า ถึงแม้ว่าสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้จัดกิจกรรมในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนครบทุกกิจกรรมแล้วก็ตาม ยังพบว่า มีผู้ป่วย โรคเรื้อนออกมารับการรักษาล่าช้า ทำให้เกิดความพิการและการแพร่เชื้อในชุมชน ซึ่ง ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และคนอื่นๆ (2531 : 35-39) ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยพบว่าเมื่อผู้ป่วย โรคเรื้อนทราบว่าตนเองมีอาการผิดปกติบริเวณผิวหนังซึ่งเป็นอาการระยะแรกของโรคนั้น ผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเริ่มค้นรักษาตัวเองด้วยวิธีต่างๆ อย่างน้อย 2-3 วิธี เกือบทั้งหมดเริ่มต้นด้วยการซื้อยา จากร้านขายยา มาทา หรือกิน โดยส่วนมากมีการรับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อนเป็นโรคธรรมดา อาการไม่รุนแรงหรือคิดว่าเป็นกลาก เกื้อน และเมื่อรักษาช่วงเวลาหนึ่งแล้วอาการไม่ดีขึ้นก็จะเปลี่ยน วิธีการรักษา ซึ่งมีทั้งรักษาด้วยยาแผนโบราณ และไสยศาสตร์ (หมอเป่า หมอพระและหมอสมุนไพร) ผู้ป่วยบางรายเมื่อเห็นว่าการรักษาด้วยวิธีโบราณไม่ได้ผลก็เลิกรักษา และบางรายก็มีได้ แสวงหาการรักษาด้วยวิธีใดๆ เลย ซึ่งพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษารูปแบบต่างๆ ของ ผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อและการรับรู้ต่างๆ ตลอดจนสถานะทางสังคมของผู้ป่วย

ในปัจจุบันแนวทางการป้องกันปัญหาโรคเรื้อนที่ดีที่สุดคือ การหยุดการแพร่ระบาดของโรค การพยายามค้นหาผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเพื่อให้การรักษา เพราะในระหว่างที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ รับการรักษา เชื้อโรคเรื้อนจะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะเส้นประสาท อักเสบ ซึ่งเป็นจุดเริ่มแรกที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการได้ เมื่อพบผู้ป่วยแล้วจะต้องสอนการดูแล ตัวเองเพื่อป้องกันการเกิดความพิการ หรือหากเกิดความพิการขึ้นแล้วก็ให้รู้จักวิธีป้องกันไม่ให้ ความพิการที่มีอยู่เดิมนั้นลุกลามเป็นมากขึ้นจนเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตและการประกอบ อาชีพ ผู้ป่วยบางรายมีความพิการจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ จากบาดแผล และความพิการที่มองเห็นได้ชัดก่อให้เกิดความรังเกียจกลัวทั้งต่อตนเองและต่อสังคม อันเป็นการ ประทับตราบาปให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องทนทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2536 : 6-18) ต้องเป็นภาระของครอบครัวในการเลี้ยงดู ทำให้เกิดปัญหาสังคม และเศรษฐกิจตามมา (WHO, 1988 : 33-38)

จากแผนการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9 ได้ กล่าวถึงความพยายามในการลดอัตราความพิการในผู้ป่วยใหม่ให้อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 5 โดย

จะต้องรับดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้พบโดยเร็วก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดความพิการ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดจากปัจจัยหลายๆปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค จะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นและเชื่อว่าเมื่อเกิดเป็นโรคนั้นจะทำให้เกิดความรุนแรง มีผลกระทบกระเทือนต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ และตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรทางจิตสังคมจะส่งผลทางอ้อมต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค จากงานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนแต่ไม่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ที่เป็นสาเหตุและผล (วราภรณ์ พรหมพินใจ ,2540 : นฤมล ใจดี, 2543) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่ต้องการศึกษาถึงความสัมพันธ์ที่เป็นสาเหตุและผลเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่เริ่มการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อที่จะได้นำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการวางแผน กำหนดแนวทางปรับปรุงพัฒนางานควบคุมโรคเรื้อนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านรายได้ของครอบครัว ครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ และระยะเวลาก่อนการรักษาโรคเรื้อน
2. เพื่อทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ระหว่างตัวแปรด้านรายได้ของครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ และระยะเวลาก่อนการรักษาโรคเรื้อน

สมมุติฐานในการศึกษา

รายได้ของครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์-การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน และระยะเวลาก่อนการรักษาโรคเรื้อน มีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลต่อกัน

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังมารับการรักษาโรคเรื้อน ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 23 แห่ง ในช่วงวันที่ 2 – 30 เมษายน 2547

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติงานควบคุม โรคเรื้อน
2. สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อเร่งรัดให้ผู้ที่มมีอาการนำสงสัยรีบมารับการตรวจวินิจฉัย ซึ่งเป็นการลดความล่าช้าในการออกมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคเรื้อน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อน โดยเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์

ระยะเวลาก่อนการรักษา หมายถึง ระยะเวลาที่เริ่มปรากฏอาการจนกระทั่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยดูจากบัตรทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อน

รายได้ หมายถึง รายได้ต่อเดือนของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อน หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อโอกาสที่จะเกิดโรคเรื้อน รวมทั้งโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน อันตรายต่างๆจากโรคเรื้อน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อนเกี่ยวกับอันตรายของโรคเรื้อนที่มีต่อชีวิต หรือผลของโรคนั้นมีความรุนแรงที่สามารถทำให้เกิดความพิการ หรือความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผลกระทบต่อ การปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน หรือฐานะทางสังคมของผู้ป่วย

การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคเรื้อน หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อนเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่เป็นมากขึ้นที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจ

การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน หมายถึง การประเมินถึงผลประโยชน์หรือผลที่ดีที่จะได้รับเมื่อปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเรื้อน ได้แก่ การรักษาที่หายขาด การป้องกันอันตรายจากความพิการและภาวะแทรกซ้อนของโรค

การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน หมายถึง การประเมินถึงอุปสรรคหรือผลเสียที่จะได้รับเมื่อมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการเดินทางมารับการตรวจรักษา ความไม่สะดวกสบายในการเดินทาง ความวิตกกังวลถึงการยอมรับของสังคมต่อการป่วยเป็นโรคเรื้อน รวมทั้งความวิตกกังวลในการติดต่อสื่อสารกับแพทย์และเจ้าหน้าที่

สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน เช่น บทความหรือสิ่งพิมพ์โฆษณาโรคเรื้อนในวารสาร, สิ่งพิมพ์, สื่อมวลชน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของบุคลากรทางการแพทย์ การมีสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านที่เคยป่วยเป็นโรคเรื้อนมาก่อน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้ารวบรวมเอกสาร ตำรา บทความและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถสรุปประเด็นตามลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน
2. ความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วย
3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
5. การวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน

คำจำกัดความ

โรคเรื้อน (Leprosy) เป็นโรคทางผิวหนังและโรคทางระบบภูมิคุ้มกัน จัดเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง พบและติดต่อเฉพาะในคน โดยทั่วไปโรคเรื้อนมักเกิดอาการที่ผิวหนัง เส้นประสาทส่วนปลาย และต่อทางเดินหายใจส่วนบน (ธีระ รามสูต, 2522 :1)

เชื้อโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรียม เลแปร์ (Mycobacterium leprae) ซึ่งมีรูปร่างเป็นแท่ง มีคุณสมบัติติดสีทึนกรด (Acid-Fast Stain) และติดสีกรัมบวก (Gram's Stain) ตรวจพบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อน และเพาะเลี้ยงได้ในสัตว์ทดลองบางชนิด เช่น หนูและตัวนิ่มแก้วลาย ปัจจุบันยังไม่มีผู้ใดสามารถเพาะเลี้ยงเชื้อโรคเรื้อนโดยใช้อาหารเลี้ยงเชื้อได้สำเร็จ (กระทรวงสาธารณสุข, 2537 : 2)

การแพร่เชื้อโรคเรื้อน

เชื้อโรคเรื้อนแพร่ออกจากร่างกายของผู้ป่วยได้สองทาง คือ ทางผิวหนัง และเยื่อจมูก ทางที่เชื่อว่ามีผลต่อการแพร่ติดต่อได้มาก คือ ทางเยื่อจมูก ในผู้ป่วยระยะติดต่อที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อน จะสามารถปล่อยเชื้อโรคเรื้อนที่ยังมีชีวิตผ่านทางเยื่อจมูกออกมาในสิ่งแวดล้อมได้มากถึงวันละ 10 ล้านตัว สำหรับวิธีการแพร่เชื่อนั้น ปัจจุบันเชื่อว่าการแพร่เชื้อจะเกิดขึ้นโดยเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผ่านทางระบบทางเดินหายใจของผู้รับเชื้อ ส่วนวิธีการแพร่เชื้อโดยวิธีอื่นๆ เช่น โดยการกลืนกิน หรือโดยผ่านแมลงนำโรคนั้นมีผู้ตั้งสมมุติฐานไว้แต่ยังมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ

การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน

โรคเรื้อนสามารถแบ่งได้เป็นชนิดต่างๆ ตามลักษณะอาการที่ปรากฏดังนี้

1. อินดีเทอร์มิเนท (indeterminate) เป็นโรคเรื้อนที่พบในระยะเริ่มแรกลักษณะอาการพบเป็นวงด่างสีขาว 1-3 วง ขอบจางไม่ชัดเจน ผิวหนังแห้งเล็กน้อย หรือปกติ มีอาการเสียวความรู้สึกรหรือชาเพียงเล็กน้อย การตรวจเชื้อมักไม่พบเชื้อ ส่วนมากถ้าภูมิคุ้มกันสูงราวร้อยละ 60-80 มักจะหายไปเองแม้ไม่ได้รับการรักษา แต่ถ้าภูมิคุ้มกันต่ำก็อาจจะกำเริบกลายเป็นโรคเรื้อนชนิดอื่นต่อไป

2. ทิวเบอร์คิวลอยด์ (tuberculoid) มักตรวจไม่พบเชื้อ อาการระยะแรกพบเป็นวงด่างสีขาวขอบชัดเจน หรือแผ่นนูนแดงรูปวงแหวน ผิวหนังแห้งชัดเจน จำนวนที่พบประมาณ 1-3 วง มักมีอาการหายดีขึ้นตรงกลางวงก่อนและขอบบริเวณนั้นมักกว้าง เส้นประสาทมักโตคล้ำได้ บางรายอาจพบอาการทางประสาทอย่างเดียว โดยไม่พบอาการทางผิวหนังเลย

3. บอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ (borderline tuberculoid) ลักษณะอาการคล้ายทิวเบอร์คิวลอยด์แต่มีจำนวนมากขึ้นและมักจะกระจายสองข้างของร่างกายเฉพาะตามแขนขา มีวงหรือแผ่นหนาเกิดขึ้นใหม่รอบวงหรือแผ่นนูนหนาจะมีสีแดงเข้ม และเป็นมันมากขึ้น อาการทางประสาทพบมากขึ้น ขอบนอกไม่เด่นชัดแต่ลาดลง ผิวมักไม่แห้ง การตรวจเชื้อมักพบเชื้อเล็กน้อย

4. บอเดอร์ไลน์ (borderline) ส่วนมากมักพบเป็นแผ่นนูนหนา 2 แบบ แบบแรกอาจเป็นแผ่นนูนหนาตรงกลางหรือลาดลง โดยขอบด้านนอกมักแบนลาดลงไม่เด่นชัด หรืออีกพวกเป็นแผ่นนูนหนาและตรงกลางปุ่มเป็นรู บางพวกเป็นรูปวงแหวนซึ่งขอบด้านในและด้านนอกนูนเด่นชัดเจน และมักพบแผ่นหนาที่เกิดขึ้นใหม่ วงด่างขาวเป็นวงกลมล้อมรอบแผ่นนูนแดงเสมอ

5. บอร์เดอร์ไลน์ เลปโรมาตัส (borderline lepromatous) มักพบรอยโรคหลายชนิด

เช่น วงค่าง แผ่นหนาและคุ่มผสมกัน มีจำนวนมากมาย กระจายสองข้างของร่างกาย โดยส่วนมากที่พบเป็นแผ่นนูนหนาขนาดเล็ก ตรงกลางนูน ขอบแบนลาดลงผิวหนังไม่แดงจัดและไม่เป็นมันเลื่อม อาการขามีเล็กน้อย เส้นประสาทมักโต

6. เลปโรมาตัส (lepromatous) อาการที่พบชัดเจนมากที่สุด 2 ข้างของร่างกายทั้งในแบบวงแหวนสีแดง คุ่มเล็ก คุ่มใหญ่ แผ่นนูนหนา จำนวนมากกระจายทั่วร่างกายใบหู ใบหน้าหนาชัดเจน เป็นหน้าสิงห์โต เส้นประสาทมักโตทั้ง 2 ข้าง มือเท้ามักชาและมีความพิการของมือ เท้าหรือใบหน้าร่วมด้วย การตรวจเชื้อจะพบเชื้อโรคเรื้อนมากมาย (ธีระ งามสุต, 2535)

ระดับความพิการ

ระดับความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนของประเทศไทย ได้แบ่งระดับความพิการตามหลักเกณฑ์ของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997 : 83) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตา

ระดับ 0 คือ ไม่มีปัญหาทางตาที่เกิดจากโรคเรื้อน

ระดับ 1 คือ มีปัญหาทางตาที่เกิดจากโรคเรื้อน แต่ตามัวไม่มาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตร ได้ถูกต้อง)

ระดับ 2 คือ ตามัวมาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรไม่ได้) กระจกตาสิ้นความรู้สึก ตาหลับไม่สนิท และม่านตาอักเสบ

มือและเท้า

ระดับ 0 คือ ไม่ชา ไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 1 คือ ชา แต่ไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 2 คือ มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ความสูญเสียที่กล่าวถึง ได้แก่ การหดสั้น การผิดรูป ข้อติดแข็ง การกุด หรือการสูญเสียเนื้อเยื่อ และกระดูกของมือหรือเท้า ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน

การวินิจฉัยโรค

โรคเรื้อนสามารถให้การวินิจฉัยได้จากประวัติการตรวจร่างกาย และการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนจากผิวหนัง ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997 : 18) กล่าวว่าอาการสำคัญ (Cardinal signs) ที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นเป็นโรคเรื้อนได้จากการ 1 ใน 2 ลักษณะ คือ มีรอยอันเป็นลักษณะของโรคเรื้อนที่ผิวหนัง และมีอาการชาบริเวณรอยโรคนั้น

ตรวจพบเชื้อรูปแท่งดิดีทนครด (acid fast bacilli) จากการตรวจหาเชื้อโดยกิริยาจากผิวหนัง หรือ โดยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

หลักเกณฑ์การรักษาโรคเรื้อน (กองโรคเรื้อน, 2542 : 8-10)

1. วัตถุประสงค์ในการรักษา คือ รักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคและไม่เกิดความพิการ ตัดวงจรการแพร่เชื้อ
2. ยาที่ใช้ในการรักษา
 - 2.1 ผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อย ยาที่ใช้ได้แก่ ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) 600 มิลลิกรัม ต่อเดือน โดยให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าหรือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แคปโซน (Dapsone) 100 มิลลิกรัมต่อวัน
 - 2.2 ผู้ป่วยประเภทเชื่อนมาก ยาที่ใช้ได้แก่ ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) 600 มิลลิกรัมต่อเดือน โดยให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าหรือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แคปโซน (Dapsone) 100 มิลลิกรัมต่อวัน โคลฟาซิมิน (Clofazimine) 300 มิลลิกรัมต่อเดือน โคลฟาซิมิน (Clofazimine) 50 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ 100 มิลลิกรัม วันเว้นวัน
3. ระยะเวลาการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อย ใช้เวลารักษา 6 เดือน ผู้ป่วยประเภทเชื่อนมากใช้เวลารักษา 2 ปี
4. การติดตามผลหลังจากหยุดยา ผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อย ต้องตรวจร่างกายปีละครั้งเป็นเวลา 3 ปี ผู้ป่วยประเภทเชื่อนมาก ต้องตรวจร่างกายปีละครั้งเป็นเวลา 5 ปี

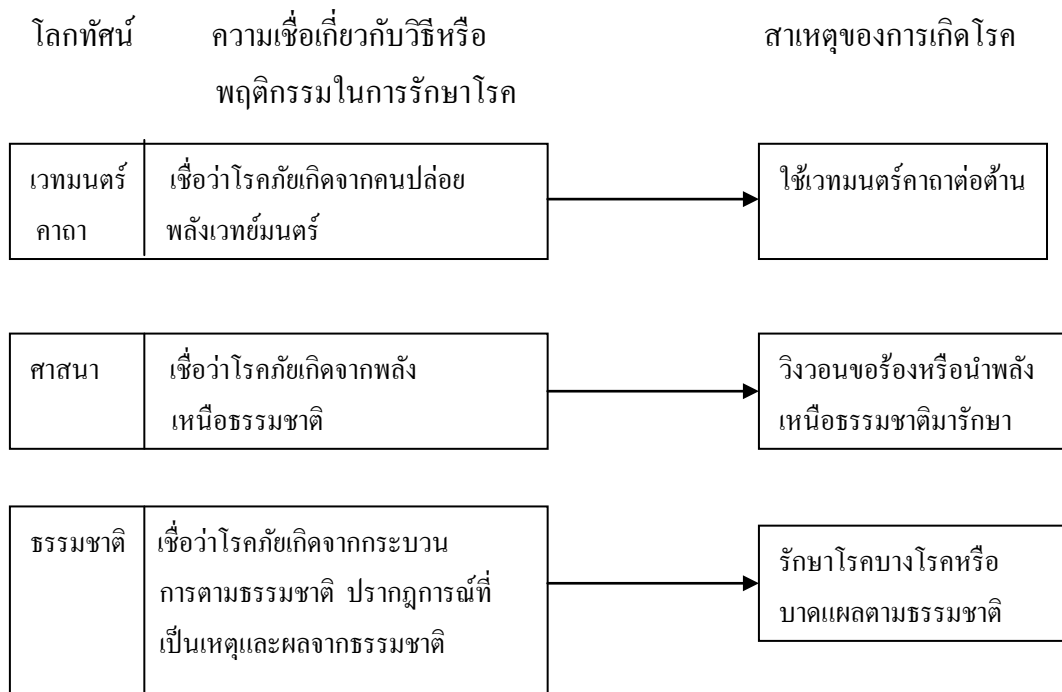
การป้องกันและการควบคุมโรคเรื้อน

การป้องกันและควบคุมโรคแบ่งได้เป็น 2 ระยะดังนี้ (สมชาย สุพันธ์วิช , 2532 : 132-133)

1. การป้องกันล่วงหน้า คือ การให้สุขศึกษาแก่ประชาชนให้เข้าใจว่า โรคเรื้อนสามารถรักษาหายได้ หากได้รับการรักษาแต่เริ่มแรกและติดต่อกันไป และแจ้งสถานที่ตรวจรักษาที่จะให้ผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาได้โดยสะดวกด้วย
2. เฝ้าระวังการค้นหาผู้ป่วยและให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และเฝ้าสังเกตผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน หรือผู้สัมผัสโรค (3 ปี ในผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อย, 5 ปี ในผู้ป่วยประเภทเชื่อนมาก)

2. ความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยเริ่มสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ซึ่งมีอาการลักษณะเดียวกับอาการของโรคเรื้อน และมีได้มีพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรกนั้น เป็นสิ่งที่แสดงถึงว่าผู้ป่วยอาจขาดการรับรู้ว่าการของตนนั้นเป็นอาการของโรคที่มีความร้ายแรง บางคนมีความตระหนักในอาการเจ็บป่วยและเห็นว่าการวินิจฉัยและการรักษาเป็นขั้นตอนที่สำคัญต่อการกลับสู่สภาวะปกติของการมีสุขภาพอนามัยที่ดี แต่ยังคงมีความคิดเห็นว่าการวินิจฉัยโรคและการรักษาเป็นสิ่งที่เสียค่าใช้จ่าย เสียเวลา ดังนั้นบุคคลจึงอยู่ในสภาวะของการขัดแย้ง โดยในด้านหนึ่งเขาต้องการได้รับการรักษาพยาบาล เพราะรู้ว่าสามารถนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยดีเป็นปกติ แต่ในอีกด้านหนึ่งการวินิจฉัยโรคและการรักษาเป็นสิ่งที่เจ็บปวด เสียเงิน เสียเวลา หรือต้องพึ่งพาคนอื่น เมื่อบุคคลเกิดความตระหนักถึงอาการเจ็บป่วยของตนเองแล้ว บางคนจะเพิกเฉยไม่แสวงหาการรักษา บางคนก็มีการแสวงหาการรักษาด้วยวิธีต่างๆ แตกต่างกันไป บางคนอาจไปซื้อยามารักษาตัวเอง บางคนไปหาหมอกกลางบ้าน ไปโรงพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ รวมทั้งโลกทัศน์ความเชื่อเกี่ยวกับลักษณะ และสาเหตุของโรคร้ายไข้เจ็บ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527 : 166) ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างโลกทัศน์ ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและพฤติกรรมในการรักษาโรค (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527 : 166)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะแสดงการยอมรับความเจ็บป่วยด้วยการแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีต่างๆ เช่น การไปหาเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้องหรือไปพบแพทย์เพื่อปรึกษาถึงความผิดปกติของตน แต่บางคนมีความลังเลใจ ในการที่จะปรึกษาถึงอาการผิดปกติของตนเอง โดยคำนึงถึงผลได้และผลเสียจากการแสวงหาความช่วยเหลือนั้น ซึ่งสาเหตุของความล่าช้าในการรักษานั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 173-185) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคล ได้แก่

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันในลักษณะและความมากน้อย บางคนจะมีองค์ประกอบนี้ในลักษณะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีหรือที่พึงปรารถนา แต่บางคนอาจจะมีลักษณะที่ขัดขวางต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือพึงปรารถนา

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ กลุ่มบุคคลในสังคม ครอบครัว สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยของบุคคลทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ รายได้มีผลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของบุคคล ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ถูกลักษณะ การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้รายได้ของประเทศโดยรวมก็มีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน กล่าวคือเศรษฐกิจของประเทศจะส่งผลถึงความเพียงพอและความทั่วถึงของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รัฐบาลจัดให้กับประชาชน ซึ่งจะจัดได้ดีมากน้อยเพียงใดนั้น เศรษฐกิจของประเทศจะเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยอย่างมาก

4. องค์ประกอบทางการศึกษา การศึกษาทำให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติและมีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอย่างถูกต้อง ระดับการศึกษาจะมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับฐานะทางเศรษฐกิจ ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ก็มักจะมีการศึกษาต่ำ ทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ มีทัศนคติที่ไม่ดี และมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเมื่อเจ็บป่วยก็จะขาดรายได้ ทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จึงเกิดวงจรของความสัมพันธ์ระหว่าง ความเจ็บป่วย การด้อยการศึกษา และความยากจน

5. องค์ประกอบทางการเมือง นโยบายทางการเมืองส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้ารัฐเห็นความสำคัญและความจำเป็นก็จะให้งบประมาณทางการแพทย์และการสาธารณสุขมาตลอดจนโครงการที่จะช่วยให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางสุขภาพย่อมจะขยายมากขึ้นด้วย

6. องค์ประกอบทางด้านระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ ความทั่วถึงของสถานบริการ ขั้นตอนความยุ่งยากซับซ้อนของระบบบริการ และคุณภาพในการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีผลต่อการใช้บริการทางด้านสาธารณสุขของประชาชน หากระบบบริการเหล่านี้มีความทั่วถึงและมีคุณภาพดี จะทำให้เกิดความสะดวกและความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลของประชาชน

7. องค์ประกอบด้านแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัว มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคล ด้วยเหตุที่ครอบครัวเป็นแหล่งปฐมนิคมในการปลูกฝังสุขนิสัย เช่น การเลือกบริโภค การแปรงฟัน การล้างมือ นอกจากนั้นครอบครัวยังเป็นที่พักในยามเจ็บป่วยและเป็นกำลังใจให้สามารถต่อสู้กับโรคร้ายได้อย่างดีด้วย

4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งสามารถทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาได้ตอบในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น โดยอาจจะรู้ตัว หรือไม่รู้จักก็ตาม ความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมุติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (Rokeach, 1970) ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในแนวคิด ความเข้าใจ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต, 2536) สรุปได้ว่าความเชื่อเป็นความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ซึ่งจะเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ

บุคคลจะรับเอาแนวความคิดความเชื่อจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น บิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย อย่างค่อยเป็นค่อยไป ในลักษณะที่เป็นตัวบังคับ หรือข้อห้าม ซึ่งได้กำหนดโดยบรรพบุรุษมานานแล้ว ความเชื่อจึงอาจเป็นตัวกำหนดที่อยู่เหนือเหตุผล และมีบทบาทสำคัญในการวางแผนหลักแห่งการกระทำ หรือวางกรอบแนวคิดในด้านต่างๆ ของบุคคล ความเชื่อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำ ซึ่งความเชื่อนี้จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการแสวงหาหรือเลือกวิธีการรักษาเมื่อเกิดความเจ็บป่วย และมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลในด้านการป้องกันโรค และการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (King, 1984 : 55)

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) ในการที่จะอธิบายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น ได้มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนนี้ได้แสดงถึงความแตกต่างด้านจิตสังคมของบุคคล เพื่อค้นหาคำตอบที่ว่าทำไมบุคคลบางคนทำกิจกรรมป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ในขณะที่บางคนไม่ทำกิจกรรมนั้นๆ (Becker and Maiman, 1975) ในการที่จะอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยนั้น เป็นสิ่งที่ยุ่งยากและสลับซับซ้อนอย่างยิ่ง เพราะการตัดสินใจกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดแต่ละครั้งจะขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ ซึ่งเกิดมาจากความเชื่อของบุคคลภายหลังจากการเปรียบเทียบข้อได้เปรียบและเสียเปรียบของผลลัพธ์ที่ตามมา อันเนื่องจากการปฏิบัตินั้นๆ (ทองหล่อ เดชไทย, 2526 : 12)

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยใดๆ นั้น จะต้องมียังต่อไปนี้เป็นคือ 1) แรงจูงใจให้หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย หรือวิธีทำให้สบายใจขึ้น 2) ความต้องการมีสุขภาพดี และ 3) ความเชื่อว่าพฤติกรรมอนามัยนั้นๆ จะป้องกันความเจ็บป่วยหรือรักษาโรคได้ (Becker et al., 1977)

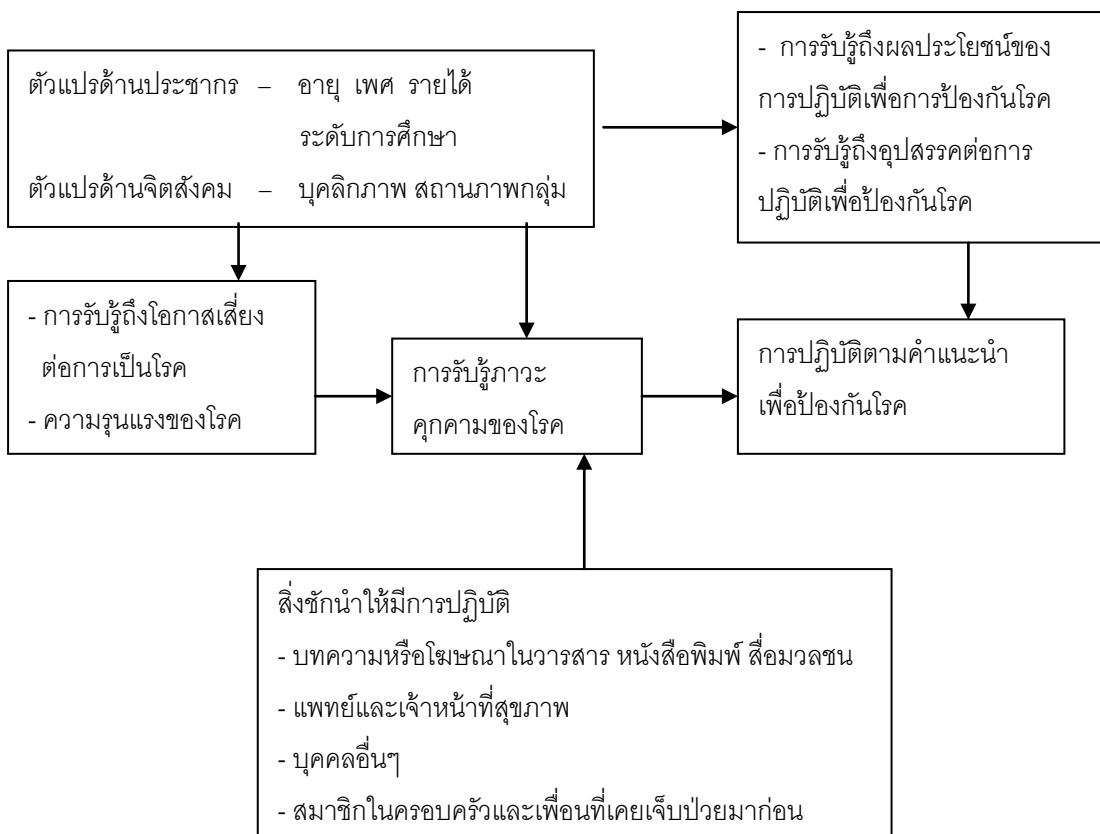
ดังนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงถูกนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ เคิร์ต เลวิน (Kert Lawin) ที่เชื่อว่าบุคคลโดยทั่วไปมักจะไม่ได้แสวงหาการดูแลการป้องกันโรค ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ นอกจากจะรับรู้ว่าคุณอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Rosenstock, 1974 ; Becker and Maiman, 1975)

ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานที่โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) กล่าวถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคว่าบุคคลที่สามารถปฏิบัติ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้นั้น ต้องมีความเชื่อดังต่อไปนี้ 1) เชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น 2) เชื่อว่าเมื่อเกิดเป็นโรคนั้นจะทำให้เกิดความรุนแรง และมีผลกระทบกระเทือนการดำรงชีวิต ประจำวัน และ 3) เชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ต่อมาเบคเคอร์และคณะ (Becker et al., 1975 ; 1977) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล จนกระทั่งได้รูปแบบที่ค่อนข้างชัดเจน ในรูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะมี

กระทำพฤติกรรมการป้องกัน กล่าวคือ การรับรู้ของบุคคลจะส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกัน ส่วนปัจจัยร่วมที่เป็นตัวแปรประชากร ตัวแปรทางจิตสังคม และปัจจัยโครงสร้าง จะส่งผลทางอ้อมต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม การป้องกันโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker and Maiman, 1974 : 83-89) เกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย มีองค์ประกอบดังนี้ (ภาพประกอบ 2)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและค่าใช้จ่าย
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป
6. ปัจจัยร่วมอื่นๆ



ภาพประกอบที่ 2 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker and Maiman, 1975 : 12)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย

เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย และได้รับทราบการวินิจฉัยของตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยจะแตกต่างไปจากผู้ที่มีความสุขภาพดีทั่วไปในลักษณะต่อไปนี้

1) ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีผลคุกคามต่อชีวิต บุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิดๆ หรือไม่มีความเชื่อมั่นในแพทย์ จะไม่ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์ ทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง

2) ในแต่ละบุคคลจะคาดคะเนได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้าบุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยมาก่อน

3) ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

ได้มีผู้ศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ในส่วนที่เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมของผู้ป่วยไว้ ได้แก่ การศึกษาของซซ์แมน (Suchman, 1970 : 105-110) พบว่าผู้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง จึงจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยดี ฮาลาล (Hallal, 1982 : 137-141) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับนิตยา เย็นฉ่ำ (2535 : ก) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตน เพื่อดูแลสุขภาพหรือของบุคลากรชายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สุพรรณิ อินตะนัย (2538 : ข) พบว่าความล่าช้าในการรักษาวัณโรคปอดส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่ตระหนักถึงโอกาสติดเชื้อที่ทำให้เกิดวัณโรค และจากการศึกษาของวราภรณ์ พรหมพินใจและคณะ (2541 : 18-26) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อน

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และน่าจะมีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน เช่น ด้านครอบครัว การทำงาน ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงอาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน ดังที่โรเซนสตอค (Rosenstock, 1974 : 354-380) ได้กล่าวไว้ว่า

การรับรู้ความรุนแรงของโรค มิได้หมายความว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่หมายถึงการประเมินตามความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความร้ายแรงของโรค

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคล และมีผลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยอมรับว่าบุคคลถึง แม้จะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยก็ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา หากแต่บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคมของเขาด้วยจึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น มิคเฮล (Mikhail, 1981 : 69) ได้กล่าวถึงการศึกษาของเค็กเกลล์ ในปี ค.ศ. 1963 และการศึกษาของเท็สและคนอื่นๆ ในปี ค.ศ. 1969 ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพฟัน ไฮน์เซลมานน์ (Heinzellmann, 1962 : 73-81) ทำการศึกษาการรับประทานยาเพนนิซิลินเพื่อป้องกันการเกิดไข้รูมาติกของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาตามคำแนะนำคือ ผู้ที่มีความเชื่อว่าไข้รูมาติกเป็นโรคที่รุนแรง สำหรับการศึกษารับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการชลอการรักษาโรคนั้น กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ข) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์กับการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และการศึกษาของนฤมล ใจดี (2543 : 80) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และน่าจะมีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคต่างๆ

ความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคต่างๆ เป็นตัวทำนายนที่สำคัญของพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้ว บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามเหล่านั้นด้ วยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับหรือปฏิเสธในสิ่งใดนั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อ่ววิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ที่จะไม่ให้ป่วยเป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อ่วค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในที่นี้ นอกจากจะหมายถึงเงินที่ต้องเสียไปแล้ว

ยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น เบคเคอร์และไมมาน ได้กล่าวถึงแม้บุคคลจะมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ คือมีการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคแล้วก็ตาม การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ จะขึ้นอยู่กับความเชื่อต่อประสิทธิผลของการกระทำที่จะช่วยลดภาวะคุกคามเปรียบเทียบกับความยุ่งยาก หรืออุปสรรคที่เกิดจากการกระทำนั้นๆ (Mikhail, 1981 : 65-82)

ได้มีผลงานวิจัยจำนวนมาก พบว่าการรับรู้ประโยชน์ ที่จะได้รับจากการปฏิบัติในการป้องกันโรคและปฏิบัติตนตามแบบแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมการรักษาโรคของผู้ป่วย เช่น การศึกษาของเทอร์เรลและฮาร์ท (Tirrel and heart, 1980 : 492) พบว่า การรับรู้ถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาลาล (Hallal, 1982 : 140) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และจากการศึกษาของสุพรรณิ อินตะนัย (2538 : 87) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการไปตรวจรักษามีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับการรักษา โดยผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับรู้ว่าการไปตรวจรักษามีประโยชน์น้อยจะมีความล่าช้าในการรักษามากกว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับรู้ว่าการไปตรวจรักษามีประโยชน์มาก สอดคล้องกับการศึกษาของวารการณั พรหมพินิจ และคณะ (2541 : 18-26) พบว่า การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อน

สรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และน่าจะ มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติงาน

การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ความเจ็บป่วย ความอาย เป็นต้น ซึ่งอุปสรรคในการปฏิบัติตนเป็นตัวแปรที่สำคัญสามารถทำนายพฤติกรรมการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ สำหรับการวิจัยด้านการรับรู้ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในการรักษานั้น จากการศึกษาของเทอร์เรลและฮาร์ท (Terrel and hart) พบว่า การรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคลิงเกอร์ (Klinger, 1984 : 37) พบว่าเวลา ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากการรักษา ตลอดจนการได้รับคำแนะนำที่ไม่

ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างยิ่ง บุคคลที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคโปลิโอ เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคที่มีผลทางสังคมต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการป่วยเป็นโรคแล้วนั้น ผู้ป่วยจะมีการเชื่อมโยงถึงการดำรงชีวิตในสังคม การรับรู้การถูกตีตราเป็นการรับรู้อุปสรรคของการรักษาด้วยอย่างหนึ่ง เบญจวีร์ สุเอียนทรเมธี (2527 : 85-87) พบว่าการชลอการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การถูกตีตราจากสังคม และจากการศึกษาของทัตติยา มานิจสิน (2534 : 60-61) พบว่าการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมมีความสัมพันธ์กับการดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคเรื้อนในด้านต่างๆ ได้แก่ การรักษา การควบคุมป้องกันโรค และการดูแลตัวเองด้านจิตสังคม ดังนั้นอาจจะกล่าวได้ว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและน่าจะมีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

5. การรับรู้ภาวะคุกคาม

การรับรู้ภาวะคุกคามเป็นผลที่เกิดจาก ตัวแปรด้านประชากร ด้านจิตสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และมีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค

6. แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป

แรงจูงใจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แรงจูงใจหมายถึง ภาวะใดๆ ก็ตามที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา แรงจูงใจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ตามความต้องการของมนุษย์ ซึ่งความต้องการทำให้สภาวะของร่างกายเกิดความไม่สมดุล เมื่อร่างกายเกิดความไม่สมดุลจะทำให้มีแรงขับ ที่จะกำหนดทิศทางเพื่อแสดงพฤติกรรมและการกระทำไปสู่เป้าหมาย แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปนั้นเป็นลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการดำรงชีวิต คือ เมื่อร่างกายอยู่ในภาวะไม่สมดุล ความไม่สมดุลทางด้านร่างกายจะเป็นแรงจูงใจให้ร่างกายได้มีพฤติกรรมต่างๆ เกิดขึ้น เพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาวะที่สมดุล อันเป็นผลให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับความตาย เพราะบุคคลทุกคนมักจะให้ความสนใจในเรื่องเกี่ยวกับความตาย เกรงกลัวว่าตนจะถึงแก่ความตาย ดังนั้นทำให้สนใจในสุขภาพอนามัยของตนเองไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา (อารี พันธุ์มณี, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเคอร์ และคณะ (Becker, et. al. 1977 : 353-360) ทำการศึกษาการให้ความร่วมมือในการควบคุมน้ำหนักบุตร พบว่า มารดาที่รับรู้ว่ามีบุตรของตนมีโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย จะเห็นความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เกิดจากความอ้วน เห็นประโยชน์ของการรักษา และเชื่อว่าการลดอาหารจะทำให้ภาวะเสี่ยงลดลง จะให้ความร่วมมือในการลดน้ำหนักเด็ก ยังแสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจสามารถทำนายความร่วมมือของมารดาได้อีกด้วย และทำนายการ

ไปใช้บริการเพื่อการป้องกันตัว และจากการศึกษาของนิทยา ภาสุนันท์ (2530 : 90) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และน่าจะมีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

7. ปัจจัยร่วมอื่นๆ

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม มีดังนี้ (Becker et. al., 1974)

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วย เช่น สัมพันธภาพระหว่างแพทย์หรือพยาบาล กับผู้ป่วยที่มีความตึงเครียดในการสนทนา ไม่เป็นกันเองต่อผู้ป่วย การใช้คำสั่งหรือบังคับผู้ป่วย และไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แต่การสนทนาติดต่อสื่อสารที่เป็นไปด้วยดี การแสดงความเอื้ออาทร เข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย จะสร้างความประทับใจ ความพึงพอใจต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. ความต่อเนื่องในการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิม การได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิมอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและมั่นใจ และมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วย

3. ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษา และสถานภาพสมรส จะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

3.1 เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการดูแลตนเอง และอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1985 : 22) จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่าเพศเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัวและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534 : 33) รุท (Ruth, 1973 : 136-156) กล่าวว่า เพศเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรม การเจ็บป่วย เพศชายไม่ยอมรับการเจ็บป่วยเพราะมองว่าเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอและแสดงความเป็นเพศหญิง ซึ่งได้มีการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดของรุท เช่น การศึกษาของค็อกเคอร์แฮม (Cockerham, 1982 : 70) ศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าเพศหญิง ไปตรวจรักษา มากกว่าเพศชาย ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของ เฟรดเดอริก เอ เคย์ และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (1977 : 66-86) พบว่าเพศหญิงไปใช้บริการของโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัดมากกว่า

เพศชาย ทั้งที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับนฤมล ใจดี (2543 : 74-75) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

3.2 อายุ Orem (1985 : 35) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับอายุ โดยที่ในวัยเด็กจะมีการพัฒนาเพียงเล็กน้อยและค่อยๆพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขีดสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อสูงอายุ ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นระดับพัฒนาการ การเรียนรู้ และการใช้ความรู้ในการดูแลตนเองจะมากขึ้นด้วย จากการศึกษาของเบลคเวลล์ (Blackwell, 1973 : 249) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยส่วนมากปฏิเสธที่จะรับประทานยาที่มีรสไม่ดี เช่น รสขม นอกจากนี้ยังพบว่าความหลงลืม หรือความไม่สนใจตนเองของผู้ป่วยสูงอายุทำให้ขาดยาได้บ่อยครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : ก-ข) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี และการศึกษาของวรภรณ์ พรหมพินิจ (2541:18-25) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อน

3.3 ระดับการศึกษา ตามแนวคิดของโอเร็ม (1985 : 175) เชื่อว่าการศึกษาคือเป็นสิ่งสำคัญเพื่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย โอเร็ม (1985 : 108-109) ยังกล่าวว่า ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองพัฒนาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต พัฒนามาจากการใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ดังนั้นระดับการศึกษาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการพัฒนาสุขภาพตนเอง ซึ่งการศึกษาของรูทส์ (Ruth, 1973 : 135-136) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำมักประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติเนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนได้ถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพร์ซ์ (Price, 1983 : 129-137) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พิการและพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำมักเชื่อว่าโรคเรื้อนเกิดจากอำนาจนอกเหนือธรรมชาติ และจากการศึกษาของนฤมล ใจดี (2543 : 74-77) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้ามาก ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับต่ำ

3.4 รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คาส์ล

และคอบบี้ (Kasl and Cobb, 1966 : 250) กล่าวว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความร่วมมือในการป้องกันและรักษา จากการศึกษาของเดวิส (Davis, 1968 : 274-275) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ผู้มีรายได้น้อยมักจะมีการศึกษาต่ำและไม่ค่อยเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่มีรายได้สูงกว่าและมีการศึกษาสูง เช่นเดียวกับที่เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 91) พบว่าผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะมีพฤติกรรมเจ็บป่วยที่ดีกว่า และสอดคล้องกับเกศินี ไชน์นิล (2536 : ก-ข) พบว่ารายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด บุคคลใดที่มีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง ย่อมมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคสูงด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่า สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ นอกเหนือจากตัวแปรดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีพบว่าสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งชักนำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ อาจเป็นสิ่งกระตุ้น มาจากภายใน เช่น การรับรู้สุขภาพของตนเอง หรือสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อสารมวลชนต่างๆ บุคลากรสุขภาพ เป็นต้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไพรัช (Price, 1983 : 129-137) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาและการบำบัดทางกายภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เมืองบอมเบย์ ประเทศอินเดีย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ร้อยละ 80.00 ทำงานรับจ้าง และในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งมีงานทำและมีรายได้ประจำ อีกครึ่งหนึ่งรายได้ไม่แน่นอน จากการศึกษาพบว่า อัตราความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อาชีพ ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การเดินทางไปรับบริการ ระยะทางระหว่างที่พักอาศัยกับสถานบริการ

แลงฮอร์น และคณะ (Langhorne and others, 1986 : 12-30) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทางตอนใต้ของอินเดีย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา ได้แก่ ความพิการ วิธีการในการตรวจพบผู้ป่วย ระยะเวลาในการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาเองจะมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบโดยเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแคปไซซินชนิดเดียวนานๆ จะมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแคปไซซินชนิดเดียวในเวลาอันสั้น

เวก และคณะ (Weg and others, 1998 : 382-389) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อน ทำการศึกษาในประเทศไนจีเรีย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนจำนวน 60 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนร้อยละ 68 มีความล่าช้าในการมารับการรักษามากกว่า 1 ปี ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการชะลอการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ ความพิการที่มองเห็นได้ และการไม่ได้รับการศึกษาของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา และชนิดของโรค

เวฮิป และคณะ (Wehip and others, 1998 : 1-9) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการเจ็บป่วยของโรคเรื้อนในประเทศเอธิโอเปีย โดยการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีความพิการกับผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ รวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีความพิการ จำนวน 105 คน และผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ จำนวน 168 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความพิการมีค่ามัธยฐานของความล่าช้าในการมารับการรักษา เท่ากับ 26 เดือน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการมีค่ามัธยฐานของความล่าช้าในการมารับการรักษา เท่ากับ 12 เดือน และพบว่าผู้ป่วยที่มีความพิการมีอายุมากกว่า และไม่ได้รับการศึกษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการส่วนใหญ่มารับการรักษาด้วยการปรากฏอาการทางผิวหนัง และไม่เคยมารับรักษาด้วยวิธีอื่นมาก่อน

วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง (2532 : 58-64) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัจจัยด้านอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

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

เนตรนภา คู่พันธ์ (2534 : ก-ข) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่องมาก ส่วนความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต และความรู้สึกรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้ร้อยละ 44.60

เปรมปรีดี ชวนะนรเศรษฐ์ และคณะ (2540 : 27-36) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนของผู้สัมผัสโรคเรื้อน อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.7 ความรู้เรื่องโรคเรื้อนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.8 เจตคติเกี่ยวกับโรคเรื้อนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.8 และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อน

วราภรณ์ พรหมพินใจ และคณะ (2541 : 18-25) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อนจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องระดับปานกลาง ร้อยละ 39.60 และพบว่า อายุ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อน และพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อน สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อนได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน ตามลำดับ

นฤมล ใจดี (2543 : ก-ข) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

5. การวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis)

การวิเคราะห์เส้นทางหรือการวิเคราะห์สาเหตุ เป็นเทคนิคการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลายตัว เป็นการศึกษาเพื่อสนับสนุนหรือยืนยันความสัมพันธ์ในรูปแบบที่เป็นสาเหตุและผล และสาเหตุดังกล่าวนี้เป็นสาเหตุโดยตรง หรือโดยทางอ้อม ในการวิเคราะห์ด้วย Path analysis นั้น จะต้องมีการสร้างในรูปแบบที่เป็นสาเหตุและผลก่อน ซึ่งจะต้องสร้างจากทฤษฎีแนวความคิดและจากผลการวิจัย มีเหตุผลที่น่าเชื่อถือที่ว่าตัวแปรอิสระนั้นๆ เป็นสาเหตุต่อตัวแปร

ตาม ตามโครงสร้างหรือรูปแบบนั้นจริง ซึ่งจะต้องตรวจสอบคุณลักษณะของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุผลหรือไม่ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2541)

1. มีนิยามระบบสาเหตุที่ชัดเจน
2. การวัดค่าตัวแปร จะต้องมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงสูง
3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ในแผนภาพ เป็นความสัมพันธ์แบบสมการเส้นตรงและเป็นสาเหตุทางเดียว ไม่ใช่ต่างก็เป็นสาเหตุและผลซึ่งกันและกัน
4. ระดับของการวัดตัวแปรต่างๆอยู่ในระดับมาตราอันตรภาค (interval scale)
5. ความคลาดเคลื่อนของการวัดของตัวแปรต่างๆ ไม่สัมพันธ์กัน
6. ตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรที่กำหนดขึ้น (fixed) ไม่ได้เกิดจากการสุ่ม

ในการวิเคราะห์ด้วย Path analysis หลังจากที่ได้คำนวณค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆแล้ว ขั้นตอนของเทคนิคการวิเคราะห์มี 5 ขั้นตอน คือ

1. เขียนสมการพยากรณ์ในรูปของคะแนนมาตรฐาน โดยเขียนจากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆในรูปแบบ
2. คำนวณค่า Path Coefficient (β) โดยอาศัยสมการแสดงองค์ประกอบของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยอย่างง่าย และสมการถดถอยพหุคูณ
3. พิจารณาค่า Path Coefficient แต่ละค่า ถ้าค่าใดมีค่าต่ำมาก คือไม่มีนัยสำคัญ จะตัดค่า Path Coefficient นั้นออกแล้วคำนวณค่า Path Coefficient ใหม่
4. คำนวณหา r แต่ละตัวโดยใช้ค่า Path Coefficient ที่ได้ แทนค่าลงในสมการต่างๆ
5. นำค่า r ที่ได้จากการคำนวณในขั้นที่ 4 ไปเปรียบเทียบกับค่า r เดิม ถ้าพบว่าเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมาก ก็แสดงว่าค่า P ที่คำนวณได้มีความถูกต้อง

ในการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (r) จะสามารถแยกส่วนความสัมพันธ์ได้ว่าความสัมพันธ์นั้นเป็นอิทธิพลโดยตรง อิทธิพลโดยอ้อม อิทธิพลตรง หรือเป็นอิทธิพลที่ไม่นำมาวิเคราะห์ โดยจะต้องนำเส้นทางที่ได้จากการคำนวณมาเปรียบเทียบกับเส้นทางความสัมพันธ์ของรูปแบบ ซึ่งแสดงไว้ในภาคผนวก ข จึงจะทำให้ทราบว่าเป็นความสัมพันธ์ชนิดใด โดยมีสมการแสดงความสัมพันธ์ดังนี้ (บุระชัย เปี่ยมสมบูรณ์, 2527 : 100)

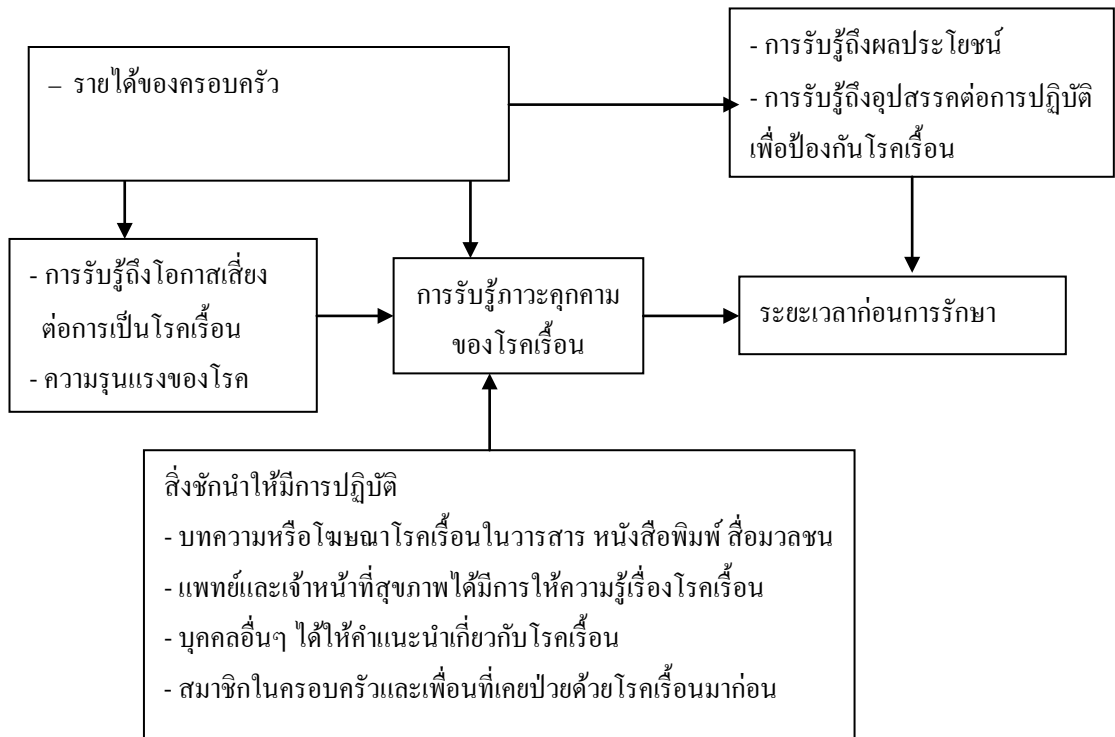
$$\text{อิทธิพลรวม} = \text{อิทธิพลโดยตรง} + \text{อิทธิพลโดยอ้อม}$$

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาล่าช้านั้นสามารถเกิดจากปัจจัยหลายปัจจัย ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตสังคม การรับรู้

โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค
 สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วย
 โรคเรื้อนจังหวัดบุรีรัมย์ โดยศึกษาภายใต้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 ในรูปแบบเชิงเหตุและผล ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ศึกษา ดังกรอบ
 แนวคิดต่อไปนี้

กรอบแนวคิด



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อทดสอบรูปแบบเชิงเหตุผลและผลระหว่างตัวแปรด้านรายได้ของครอบครัว การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ และระยะเวลาก่อนการรักษาโรคเรื้อน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รับการรักษาโรคเรื้อน และมีชื่ออยู่ในทะเบียนรักษาของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 97 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รับการรักษาโรคเรื้อนและมีชื่ออยู่ในทะเบียนรักษาของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 87 ราย ที่มารับบริการระหว่างเดือนเมษายน 2547 (ผู้ป่วยจำนวน 10 รายไม่อยู่ในภูมิลำเนาในระหว่างที่ดำเนินการเก็บข้อมูล)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระดับความพิการสูงสุด ลักษณะคำถามจะเป็นคำถามปลายเปิด ยกเว้น เพศ ระดับการศึกษา ระดับความพิการสูงสุด เป็นคำถามปลายปิด

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ที่ให้ผู้ป่วยประเมินเพื่อวัดความคิดเห็น หรือความรู้สึของผู้ป่วยที่มีต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อน อันตรายของโรคเรื้อนที่มีต่อชีวิต ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวัน โดยมีข้อคำถามทางบวกและลบ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการรักษา เพื่อวัดความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อน เกี่ยวกับผลของการตรวจร่างกายตนเองการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันผลเสียที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อมารับการตรวจรักษาโรค โดยมีข้อคำถามทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค เพื่อวัดความคิดเห็นต่อการคุกคามของโรค เกี่ยวกับความพิการและอาการของโรคที่จะเกิดมากขึ้นหากมารักษาช้า โดยมีข้อคำถามทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน โดยมีข้อคำถามทางบวกและทางลบ

ทั้งนี้ข้อมูลวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ เป็นการวัดแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างที่สุด เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ได้หาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบสัมภาษณ์ในการวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นผู้ศึกษาได้นำไปทำการสัมภาษณ์กับผู้ป่วย โรคเรื้อนจำนวน 30 ราย เพื่อนำผลที่ได้มาทำการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนบร็คอัลฟาของแต่ละตัวแปรดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค = 0.77 2) การรับรู้ประโยชน์ = 0.82 และอุปสรรคของการรักษา = 0.67 3) การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค = 0.78 4) การรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ = 0.60

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา รายละเอียด ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้างาน ควบคุมโรค และผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคเรื้อน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคเรื้อนจังหวัดบุรีรัมย์ แจ้งหมายกำหนดการ การเก็บข้อมูล เพื่อที่จะได้แจ้งไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อทำการนัดผู้ป่วยที่มารับการรักษาให้มาตรงตามหมายกำหนดการ

2. ผู้ศึกษาเดินทางไปทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนตามวัน เวลา ที่ได้กำหนดไว้แล้ว โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างคนละประมาณ 20- 30 นาที หากในวันที่ทำการสัมภาษณ์ มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ได้มาตามกำหนดนัด จะทำการติดตามผู้ป่วยไปที่บ้านเพื่อทำการสัมภาษณ์ โดยทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 2-30 เมษายน 2547

3. ผู้ศึกษาตรวจสอบข้อมูลที่ทำการศึกษาเสร็จเรียบร้อยแล้ว จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window (Version 11.0)

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน ระดับรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ปรากฏอาการก่อนที่จะมารับการรักษา รวมทั้งข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา การรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (percentage) ค่าสูงสุด (max) ค่าต่ำสุด (min) พิสัย (range) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าความเบ้ (skewness)

2. การวิเคราะห์รายละเอียดของข้อมูล สำหรับการตอบวัตถุประสงค์และสมมุติฐานของงานวิจัยโดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร และใช้หลักการวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis) สร้างสมการโครงสร้างของรูปแบบ (Model) เชิงสาเหตุ โดยใช้สถิติการถดถอยพหุ (multiple regression analysis) เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์และหาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเส้นทางต่าง ๆ ในรูปแบบจำลอง ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) เขียนสมการพยากรณ์ในรูปของคะแนนมาตรฐาน โดยใช้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบ (Model)

2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการถดถอยอย่างง่าย และการถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรเข้า (enter) เพื่อคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเส้นทางต่าง ๆ (β) ของรูปแบบ

3) พิจารณาตัดเส้นทางความสัมพันธ์ในรูปแบบโมเดลที่สร้างขึ้น โดยผู้ศึกษาจะใช้เกณฑ์พิจารณาการมีความหมายของเส้นทางความสัมพันธ์เป็นหลัก ซึ่งหมายความว่าค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางมาตรฐานมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.05 โดยไม่คำนึงว่าจะมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่สร้างขึ้นอยู่บนพื้นฐานการสนับสนุนทางทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้ศึกษาจะคงเส้นทางไว้ เมื่อค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางมาตรฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 0.05 แต่ถ้าน้อยกว่า 0.05 ถึงแม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ศึกษาจะตัดเส้นทางความสัมพันธ์นั้น เนื่องจากถือว่า

เป็นค่าที่ความสัมพันธ์ไม่มากพอต่อการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์นั้น (ชวิชัย วรพงศธร. 2530 ; pedhazur, 1982)

4) เปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal Correlation Coefficients) ระหว่างรูปแบบตามสมมุติฐานการวิจัย (full model) และรูปแบบลดรูป (reduced model)

5) ขั้นตอนสุดท้ายทำการจำแนกอิทธิพลโดยตรง โดยอ้อม และความสัมพันธ์ลวงระหว่างตัวแปรในรูปแบบเต็มรูป จากการนำค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทาง แทนลงในสมการโครงสร้าง

สถานที่ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดบุรีรัมย์ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังรับยารักษาโรคเรื้อน จำนวน 23 แห่ง

ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา

ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2546

– 30 มิถุนายน 2547

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน จังหวัดบุรีรัมย์ การนำเสนอผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง สามารถแบ่งได้เป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนาของแต่ละตัวแปร

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบสมมุติฐานและผลการตรวจสอบเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปแบบ (Model)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังรับการรักษาโรคเรื้อน จำนวน 87 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 47 คน (ร้อยละ 54) เพศหญิง จำนวน 40 คน (ร้อยละ 46) กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุระหว่าง 12 – 80 ปี อายุเฉลี่ย 45.40 ปี ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มอายุ 31 – 40 ปี จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 24.1) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 51 – 60 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีจำนวนเท่ากันคือ 18 ราย (ร้อยละ 20.7) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 58.6) รองลงมาเป็นการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 24.1)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่มีความพิการ จำนวน 60 ราย (ร้อยละ 77.0) รองลงมาในระดับความพิการเกรด 1 และเกรด 2 จำนวนเท่ากัน คือ 10 ราย (ร้อยละ 11.5) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน ระหว่าง 1-2,500 บาท มากที่สุด จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 55.2) รองลงมาไม่มีรายได้เลย จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 21.8) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ คือ ระหว่าง 1 – 2,500 บาท จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 47.1) รองลงมามีรายได้อยู่ระหว่าง 2,501-5,000 บาท จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 39.1)

จากการศึกษาถึงระยะเวลาที่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคเรื้อนจนกระทั่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ปรากฏอาการอยู่ในช่วง

1 – 12 เดือน จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 56.3) รองลงมามีระยะเวลาที่ปรากฏอาการอยู่ในช่วง
13-24 เดือน จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 21.8)

ตาราง 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			รายได้ส่วนตัว		
ชาย	47	54	0 บาท	19	21.8
หญิง	40	46	1-2,500 บาท	48	55.2
			2,501-5,000 บาท	17	19.5
อายุ			5,001-7,500 บาท	2	2.3
ต่ำกว่า 15 ปี	4	4.6	7,501-10,000 บาท	1	1.1
15-20 ปี	4	4.6			
21-30 ปี	9	10.3	ระยะเวลาที่ปรากฏอาการ		
31-40 ปี	21	24.1	0-1 เดือน	49	56.3
41-50 ปี	13	14.9	13-24 เดือน	19	21.8
51-60 ปี	18	20.7	25-36 เดือน	7	8.0
60 ปีขึ้นไป	18	20.7	37-48 เดือน	3	3.4
ระดับการศึกษา			49-60 เดือน	3	3.4
ต่ำกว่าประถมศึกษา	13	14.9	มากกว่า 60 เดือน	6	6.9
ประถมศึกษา	51	58.6			
มัธยมศึกษา	21	24.1	ระดับความพิการ		
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	2	2.3	ไม่มีความพิการ	60	77.0
รายได้ของครอบครัว			พิการเกรด 1	10	11.5
1-2,500 บาท	41	47.1	พิการเกรด 2	10	11.5
2,501-5,000 บาท	34	39.1			
5,001-7,500 บาท	8	9.2			
7,501-10,000 บาท	4	4.6			

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนาของแต่ละตัวแปร

ตาราง 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ (Skewness) ของแต่ละตัวแปร ในรูปแบบ (Model)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความเบ้
	ต่ำสุด	สูงสุด				
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเรื้อน	12.50	100	87.50	66.52	20.25	-0.73
- การรับรู้ประโยชน์-การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน (ผลต่าง)	-50	58.33	108.33	12.74	24.24	-0.19
- การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน	41.67	100	58.33	87.26	15.76	-0.93
- การรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ	0	100	100	46.55	26.73	-0.18

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน

คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน (ตาราง 2) มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 12.50-100 คะแนน ค่าเฉลี่ย 29.28 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.48 การกระจายของคะแนนมีลักษณะเบ้ซ้ายค่อนข้างมาก (Skewness -0.73) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเรื้อนค่อนข้างน้อย

การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน

คะแนนการรับรู้ประโยชน์ -อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน เป็นผลต่างระหว่างคะแนนการรับรู้ประโยชน์และคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน (ตาราง 2) โดยพบว่าคะแนนดังกล่าวมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง -50 ถึง 58.33 คะแนน ค่าเฉลี่ย 12.74 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 24.24 การกระจายของคะแนนมีลักษณะเบ้ซ้าย

ค่อนข้างน้อย (Skewness -0.18) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลต่างของการรับรู้ประโยชน์ -อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคเรื้อนค่อนข้างน้อย

การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน

คะแนนการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน (ตาราง 2) มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 41.67-100 คะแนน ค่าเฉลี่ย 87.26 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.76 การกระจายของคะแนนมีลักษณะ เบ้ซ้ายค่อนข้างมาก (Skewness -0.93) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อนค่อนข้างน้อย

การรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ

คะแนนการรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (ตาราง 2) มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน ค่าเฉลี่ย 46.55 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 26.73 การกระจายของคะแนนมีลักษณะ เบ้ซ้ายเล็กน้อย (Skewness -0.18) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติค่อนข้างน้อย

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปแบบ (Model)

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
ระยะเวลาก่อนการรักษา(X ₁)	1.00					
รายได้ของครอบครัว(X ₂)	.099	1.00				
การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรค (X ₃)	-.062	.035	1.00			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง(X ₄)	-.120	.124	.354**	1.00		
การรับรู้ภาวะคุกคาม (X ₅)	.110	-.032	.584**	.300**	1.00	
การรับรู้ต่อสิ่งชักนำ(X ₆)	.160	.064	-.064	.203	.143	1.00

** P < .01

จากตาราง 3 พบว่าตัวแปรส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับต่ำ โดยตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเรื้อน กับ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อนมีความสัมพันธ์สูงสุด คือ ที่ระดับความสัมพันธ์ = 0.584 ($P < .01$)

การทดสอบเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปแบบเชิงสาเหตุที่สร้างขึ้น ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การรับรู้ถึงผลประโยชน์ -อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน การรับรู้ภาวะคุกคาม ของโรคเรื้อน สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ และระยะเวลาก่อนการรักษา (ตามภาพประกอบที่ 3) โดยเริ่มจากการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (Simple Regression) เพื่อทำนาย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน จากตัวแปร รายได้ของครอบครัว (ตาราง 4) และทำนาย การรับรู้ถึงผลประโยชน์ -อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน จากตัวแปร รายได้ของครอบครัว (ตาราง 5) จากนั้นใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบบังคับเข้า (Enter) ทำนาย การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน โดยตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน รายได้ของครอบครัว สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (ตาราง 6) นอกจากนี้ยังได้ทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบบังคับเข้า (Enter) เพื่อทำนาย ระยะเวลาก่อนการรักษา จากตัวแปร การรับรู้ถึงผลประโยชน์ -อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน (ตาราง 7)

ตาราง 4 การทำนายการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรคเรื้อน โดยการวิเคราะห์การถดถอยแบบง่าย

แหล่งความแปรปรวน	R-square	b	β	t	P-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน					
รายได้ของครอบครัว	0.015	0.001	0.124	1.154	0.252

จากผลในตาราง 4 พบว่า รายได้ของครอบครัวมีผลโดยตรงในทางบวกกับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน โดยพบว่า รายได้ของครอบครัว สามารถทำนายการ

รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อนได้ร้อยละ 1.5, $\beta = 0.124$, $t = 1.154$,
P-value = 0.252

ตาราง 5 ทำนายการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการป้องกันโรคเรื้อน โดยการวิเคราะห์การถดถอยแบบง่าย

แหล่งความแปรปรวน	R-square	b	β	t	P-value
การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรค ของการป้องกันโรคเรื้อน					
รายได้ของครอบครัว	0.001	0.0004	0.035	0.325	0.746

จากผลในตาราง 5 พบว่า รายได้ของครอบครัว มีผลโดยตรงในทางบวกกับ การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน โดยพบว่า รายได้ของครอบครัว สามารถทำนายการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อนได้ร้อยละ 0.1, $\beta = 0.035$, $t = 0.325$ P-value = 0.746

ตาราง 6 การทำนายการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

แหล่งความแปรปรวน	RSQ change	b	β	t	P-value
การรับรู้ภาวะคุกคาม					
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงของโรคเรื้อน	0.081	0.227	0.291	2.724	0.008
- รายได้ของครอบครัว	-0.008	-0.0005	-0.074	-0.708	0.481
- สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ	0.011	0.052	0.089	0.834	0.406

Overall F (3 , 83) = 3.159 (P-value = 0.03) $r^2 = 0.102$

จากตาราง 6 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน รายได้ของครอบครัว และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ สามารถทำนาย การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ร้อยละ 10.2 $F(3, 83) = 3.159$ (P-value = 0.029) เมื่อใส่ตัวแปรทั้งหมดเข้าไปในสมการ พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนาย การรับรู้ภาวะคุกคามได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียงตัวเดียว คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน โดยสามารถทำนายการรับรู้ภาวะคุกคามได้ร้อยละ 8.1, $\beta = 0.291$, $t = 2.724$ (P-value = 0.008) ส่วนตัวแปรทำนายอีก 2 ตัวแปร ซึ่งได้แก่ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ สามารถทำนายการรับรู้ภาวะคุกคามได้ร้อยละ 1.1, $\beta = 0.089$, $t = 0.834$ (P-value = 0.406) และ รายได้ของครอบครัว สามารถทำนาย การรับรู้ภาวะคุกคามได้ร้อยละ -0.8, $\beta = -0.074$, $t = -0.708$ (P-value = 0.481)

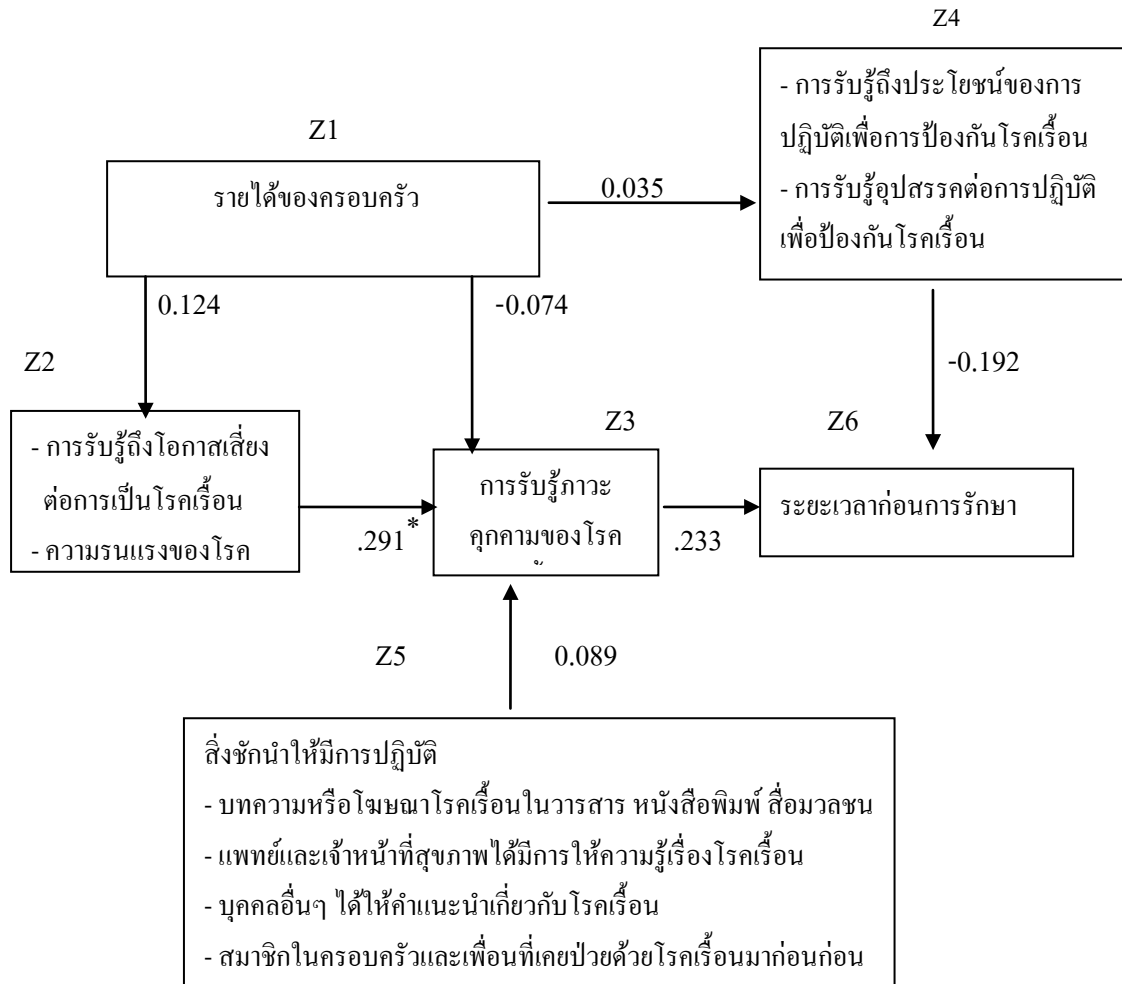
ตาราง 7 การทำนายระยะเวลาก่อนการรักษา โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

แหล่งความแปรปรวน	RSQ change	b	β	t	P-value
ระยะเวลาก่อนการรักษา					
- การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคต่อการป้องกันโรคเรื้อน	0.025	-0.289	-0.192	-1.458	0.566
- การรับรู้ภาวะคุกคาม	0.033	0.514	0.223	1.688	0.309

Overall $F(2, 84) = 1.594$ (P-value = 0.209) $r^2 = 0.037$

จากตาราง 7 พบว่า การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน (ผลต่าง) การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน สามารถทำนาย ระยะเวลาก่อนการรักษา ได้ร้อยละ 3.7 $F(2, 84) = 1.594$ เมื่อใส่ตัวแปรเข้าไปในสมการเพื่อทำนาย พบว่า การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน (ผลต่าง) สามารถทำนายระยะเวลาก่อนการรักษาได้ ร้อยละ 2.5, $\beta = -0.192$, $t = -1.458$ (P-value = 0.566) การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน สามารถทำนายระยะเวลาก่อนการรักษาได้ ร้อยละ 3.3, $\beta = 0.223$, $t = 1.688$ (P-value = 0.309)

ส่วนที่ 4 ผลการตรวจสอบสมมติฐานและการตรวจสอบเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
ในรูปแบบ (Model)

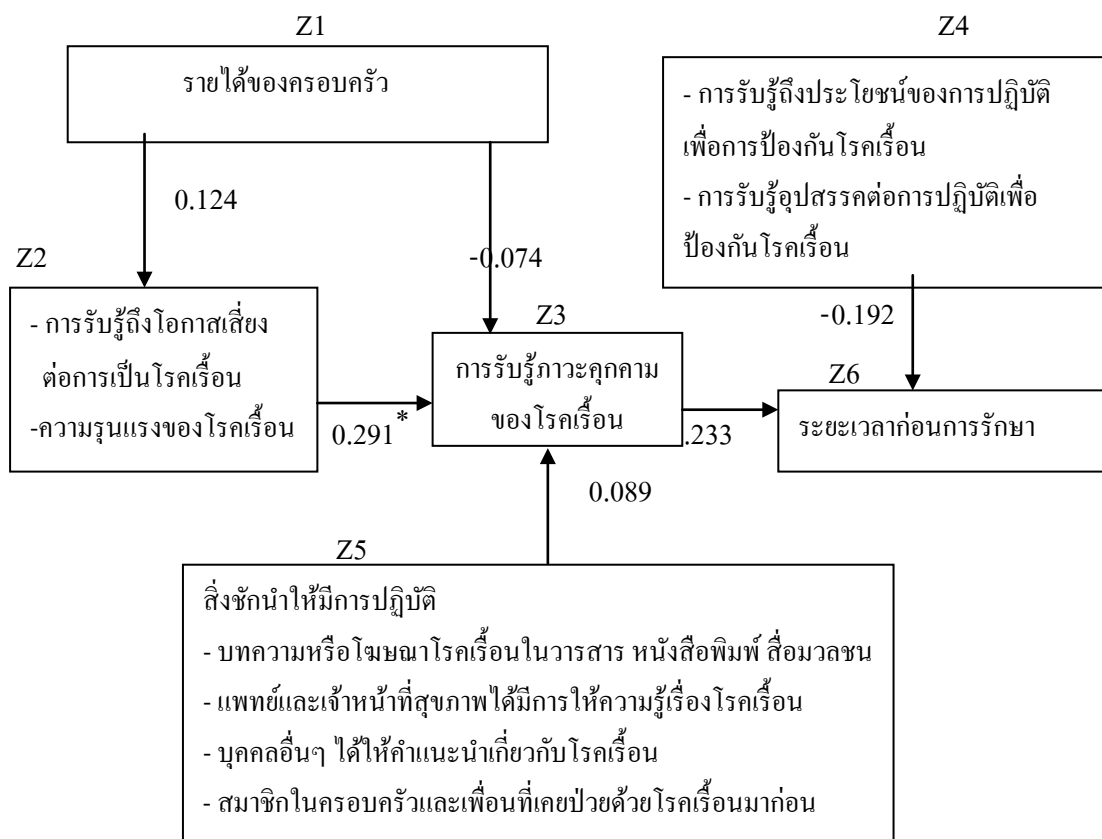


หมายเหตุ * $P < 0.05$

ภาพประกอบ 4-1 รูปแบบเชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจังหวัดบุรีรัมย์เต็มรูปแบบ (Full Model)

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยการใช้สมการถดถอยดังที่ได้กล่าวมาแล้วในส่วนที่ 3 ทำให้สามารถหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ดังภาพประกอบ 4-1 และจากการตรวจสอบเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงสาเหตุที่สร้างขึ้น พบว่าเส้นทางที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ของครอบครัว กับ การรับรู้ประโยชน์ -อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง (ผลต่าง) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อรังที่ $\beta = 0.035$ และ 0.124 ตามลำดับ และพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อรัง มี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อนที่ $\beta = 0.291$ ($P < 0.05$) และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การรับรู้ภาวะคุกคามที่ $\beta = 0.089$ โดยที่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาก่อนการรักษาที่ $\beta = 0.233$ และยังพบว่าเส้นทางความสัมพันธ์ที่เป็นลบ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะคุกคามที่ $\beta = -0.074$ และพบอีกว่า การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน (ผลต่าง) มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ระยะเวลาก่อนการรักษาที่ $\beta = -0.192$



หมายเหตุ * $P < .05$

ภาพประกอบ 4-2 รูปแบบเชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดบุรีรัมย์ หลังจากการปรับเส้นทางหรือลดรูป (Reduced Model)

การตรวจสอบเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปแบบเชิงสาเหตุที่สร้างขึ้น (ตามภาพประกอบ 4-1) พบว่าขนาดของสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทางระหว่างตัวแปร (β) ในรูปแบบมีค่า ≥ 0.05 เป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นความสัมพันธ์ของเส้นทางความสัมพันธ์

ระหว่าง รายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ถึงผลประโยชน์ – อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน (ผลต่าง) ซึ่งมีค่า (β) = 0.035 ผู้ศึกษาจึงได้ทำการปรับรูปแบบ (Model) หลังการปรับเส้นทางแล้วจึงได้รูปแบบเชิงสาเหตุลดรูป (ดังแสดงในภาพประกอบ 4 – 2) จากนั้นคำนวณความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ เพื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบเต็มรูป (Full Model) กับรูปแบบลดรูป (Reduced Model) พบว่า ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร Reduced Correlation Matrix และ Original Correlation Matrix (ตาราง 8) มีความแตกต่างกัน แสดงว่า ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับรูปแบบลดรูป (Pedhazur, 1982 : 617) ดังนั้นจึงยังคงใช้รูปแบบเต็มรูปในการวิเคราะห์ต่อไป

ตาราง 8 เปรียบเทียบ Reduced Correlation Matrix กับ Original Correlation Matrix ระหว่างรูปแบบตามสมมุติฐานการวิจัยและรูปแบบลดรูป

	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6
Z1	1.00	.124	-.038	0	0	0
Z2	.124	1.00	.282	0.004	0	-0.075
Z3	-.038	-.282	1.00	-.0013	.089	.233
Z4	.035	.004	-.0013	1.00	0	-.192
Z5	0	0	.38	0	1.00	0
Z6	0	-0.075	.233	-.192	0	1.00

** P<.01

หมายเหตุ : Z1 = รายได้ของครอบครัว

Z2 = การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน

Z3 = การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน

Z4 = การรับรู้ประโยชน์ – อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน (ผลต่าง)

Z5 = สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ

Z6 = ระยะเวลาก่อนการรักษา

ตาราง 9 ความสัมพันธ์โดยตรง โดยอ้อมและความสัมพันธ์รวม ระหว่างตัวแปรในรูปแบบเต็มรูป

ความสัมพันธ์ เชิงเหตุและผล	อิทธิพลโดยตรง D	อิทธิพลโดยอ้อม I	อิทธิพลรวม T	ความสัมพันธ์ รวม S
Z1Z2	.124	-	.124	-
Z1Z3	-.074	.036	-.038	-
Z1Z4	.035	-	.035	-
Z2Z3	.291	-	.291	-.009
Z3Z6	.233	-	.233	.003
Z4Z6	-.192	-	-.192	-.0003
Z5Z3	.089	-	.089	-

หมายเหตุ : Z1 = รายได้ของครอบครัว

Z2 = การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน

Z3 = การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน

Z4 = การรับรู้ประโยชน์ – อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน

Z5 = สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ

Z6 = ระยะเวลาก่อนการรักษา

จากตาราง 9 พบว่าเมื่อจำแนกอิทธิพลระหว่างตัวแปรที่ศึกษา จากการนำค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเส้นทาง (Path Coefficients) มาแทนค่าในสมการโครงสร้างของตัวแปรแต่ละตัว ดังรายละเอียดการคำนวณ ซึ่งแสดงไว้ในภาคผนวก ข พบว่ารายได้ของครอบครัว มีผลทางตรงกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน ($P21 = 0.124$) การรับรู้ประโยชน์ – อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน ($P41 = 0.035$) และมีผลทางตรงกับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน ($P31 = -0.074$) แล้ว ยังพบอีกว่า รายได้ของครอบครัว มีผลทางอ้อมโดยส่งผ่านมาทางการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน ($P32$ $P21 = 0.036$) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน มีผลทางตรงกับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน ($P32 = 0.291$) และพบว่า สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน มีผลทางตรงกับ

การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน ($P35 = 0.089$) และยังพบอีกว่า การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน มีผลทางตรงกับ ระยะเวลาก่อนการรักษา ($P63 = 0.233$), การรับรู้ประโยชน์ – อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน ($P41 = .035$) และมีผลทางตรงกับ ระยะเวลาก่อนการรักษา ($P64 = -0.192$)

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากพัฒนาการแผนสาธารณสุขฉบับที่ 9 ซึ่งตั้งเป้าหมายให้มีอัตราความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 5 โดยมีกลยุทธ์หลักคือการดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้พบโดยเร็วก่อนที่จะปรากฏความพิการ ทั้งโดยการค้นหาเชิงรุกและแบบตั้งรับ อย่างไรก็ตามในจังหวัดบุรีรัมย์ยังคงพบผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ถึงร้อยละ 7.5 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่เกินเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาถึง ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะที่จะทดสอบรูปแบบเชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรด้านรายได้ของครอบครัว การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน (ผลต่าง) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน กับระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยได้ทำการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนทุกโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนรับยารักษาโรคเรื้อน

จากการศึกษาพบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พบในประเทศไทย (ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, 2540 : นฤมล ใจดี, 2543 : ศรีสุนทร วิริยะภาค, 2544) โดยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีระดับการศึกษาต่ำ ฐานะยากจน มีระยะเวลาก่อนการรักษาอยู่ระหว่าง 0-12 เดือน และส่วนใหญ่ไม่มีความพิการ

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า เมื่อปรับคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมี การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อนด้วยคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (87.26 คะแนน) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก โรคเรื้อนเป็นโรคที่สังคมรังเกียจกลัว และทำให้เกิดความพิการได้ และจากการที่จังหวัดบุรีรัมย์มีอัตราความชุกของโรคเรื้อนสูงเป็นระยะเวลาหลายปี อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะคุกคามมากกว่าด้านอื่น รองลงมาคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน (66.52 คะแนน) โดยที่การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อนมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (12.74 คะแนน) ลักษณะของคะแนนความเชื่อและการรับรู้ที่ได้ดังกล่าว อาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วยโรคอื่น เช่น ในโรคไวรัสตับอักเสบบีเมื่อใช้แบบจำลองแบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพ (Health Belief Model) ที่พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนสูงกว่าตัวแปรอื่น (สุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534 : ข)

จากการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาโรคเรื้อน ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน มีผลโดยตรงในทางบวกกับระยะเวลาก่อนการรักษาโรคเรื้อน ($\beta = 0.233$, P-value = 0.309) หมายความว่าถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อนมาก จะทำให้มี ระยะเวลาก่อนการรักษาโรคเรื้อนมาก และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน สามารถทำนาย ระยะเวลาก่อนการรักษาโรคเรื้อน ได้ร้อยละ 3.3 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคเรื้อนเป็นโรคที่สังคมรังเกียจกลัว แม้กลุ่มตัวอย่างจะมี การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อนมากเพียงใดก็ตาม แต่ถ้าการออกมารับการรักษาทำให้ได้รับความรังเกียจกลัวจากบุคคลรอบข้างหรือสังคม ย่อมจะมีผลทำให้ ระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นไปอย่างล่าช้า และอาจมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล จะไม่สามารถไปรับการตรวจรักษาที่สถานบริการสุขภาพได้โดยลำพัง เป็นต้น และพบว่า การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน มีผลโดยตรงในทางลบกับ ระยะเวลาก่อนการรักษาโรคเรื้อน ($\beta = -0.192$, P-value = 0.566) กล่าวคือ ถ้ามี การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อนมาก จะทำให้ ระยะเวลาก่อนการรักษาโรคเรื้อนมีจำนวนน้อยลง และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน สามารถทำนาย ระยะเวลาก่อนการรักษาโรคเรื้อน ได้ร้อยละ 2.5 ความสัมพันธ์ที่ได้นี้สามารถอธิบายได้ว่าในจังหวัดบุรีรัมย์มีการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนแก่ประชาชน โดยเน้นถึงประโยชน์และประสิทธิภาพของยารักษาโรคเรื้อนที่หายขาดด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน รวมถึงการป้องกันการเกิดความพิการเมื่อรับมารับการรักษาโรคเรื้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มี การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคมาก มีระยะเวลาก่อนการรักษาน้อยคือมารับการรักษาเร็วขึ้น

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน ได้แก่ รายได้ของครอบครัว จากผล การศึกษานี้พบว่า รายได้ของครอบครัว มีผลโดยตรงในทางบวกกับ การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน ($\beta = 0.035$, P-value = 0.746) ซึ่งหมายถึงว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมี รายได้ของครอบครัวมาก จะมี การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อนมาก และ รายได้ของครอบครัว สามารถทำนาย การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อนได้เพียงร้อยละ 0.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การ

ป้องกันโรครี้นของผู้สัมผัสโรครี้น อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า อาชีพ รายได้ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรครี้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรครี้น (เปรมปรีดี ชวนะนเรศรชฐ์, 2540 : 27-36) และสอดคล้องกับการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ Mammography ที่พบว่าตัวแปรด้านสังคมและเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้อุปสรรคในการมาตรวจด้วยเครื่อง Mammography (Stein JA, Fox SA, Mutara PJ, Morisky DE, 1992 : 447-462) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่มียารายได้สูงจะมีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยที่มักจะให้ความสนใจเรื่องการหารายได้มากกว่าการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรครี้น ได้แก่ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรครี้น และรายได้ของครอบครัว ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ มีผลโดยตรงในทางบวกกับ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรครี้น ($\beta = 0.089$, P-value = 0.406) หมายความว่า ถ้ามี สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรครี้นมาก เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรครี้นจากเอกสารสิ่งพิมพ์, สื่อสารมวลชน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือมีญาติและเพื่อนบ้านที่เคยป่วยเป็น โรครี้นมาก่อน จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรครี้นสูงขึ้น และ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ สามารถทำนาย การรับรู้ภาวะคุกคามของโรครี้นได้ร้อยละ 1.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งกระเพาะอาหารในเมืองไมยา ประเทศญี่ปุ่น พบว่า สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหาร (Tsubono Y, Fukao A, Hisamichi S, Sugawara N, Hosokawa T, 1993)

จากผลการศึกษายังพบอีกว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรครี้น มีผลโดยตรงในทางบวกกับ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรครี้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.291$, P-value = 0.008) หมายความว่าถ้าผู้ป่วยมี การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรครี้นมาก จะมีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรครี้นสูงตามไปด้วย และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรครี้นนี้ สามารถทำนาย การรับรู้ภาวะคุกคามของโรครี้นได้ร้อยละ 8.1 โดยผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรครี้น (ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน) จังหวัดนครราชสีมา (วารกรณ์ พรหมพันธุ์, 2541 : 18-26) ซึ่งพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรครี้น การรับรู้ความรุนแรงของโรครี้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรครี้น และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรครี้น ศูนย์โรค

เรือน เขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น (นฤมล ใจดี, 2543 : 74) ซึ่งพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน และจากผลการศึกษายังพบอีกว่า รายได้ของครอบครัว มีผลโดยตรงในทางลบกับ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน ($\beta = -0.074$, $P = 0.481$) ซึ่งหมายถึงว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัวต่ำผู้ป่วยจะมีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อนมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีฐานะยากจนเป็นส่วนใหญ่ จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้ผลการศึกษาที่ออกมาไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ (Kasl and Cobb, 1966 : เกติณี ไช้ณิล, 2536 : ก-ข) ที่พบว่าผู้ที่มียาได้ของครอบครัวมากจะมีการดูแลตนเองดี และในการศึกษานี้ยังพบอีกว่า รายได้ของครอบครัว มีผลทางอ้อมต่อ การรับรู้ภาวะคุกคาม โดยส่งผ่านมาทาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน และพบว่า รายได้ของครอบครัว มีผลโดยตรงในทางบวกกับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน ($\beta = 0.124$, $P = 0.252$) หมายความว่า ถ้ารายได้ของครอบครัวมากจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อนมาก โดยรายได้ของครอบครัว สามารถทำนาย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน ได้ร้อยละ 1.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนของผู้สัมผัสโรคเรื้อน อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า อาชีพ รายได้ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเรื้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อน (เปรมปริดี ชวนะนรเศรษฐ์ , 2540 : 27-36) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น (นฤมล ใจดี, 2543 : 74) ซึ่งพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาล่าช้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีรายได้น้อย มักจะมีการศึกษาต่ำและไม่ค่อยเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่มีรายได้สูงกว่าและมี การศึกษาสูงกว่าจะมีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า

โดยสรุป ผลการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ถึงแม้ว่าค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่ที่พบจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สามารถบอกได้ถึงแนวโน้มของความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางในการวางแผนดำเนินงานควบคุม โรคเรื้อนต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษานี้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษา ซึ่งบางรายได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลาหนึ่ง อาจทำให้ข้อมูลมีอคติจากความจำของผู้ถูกสัมภาษณ์ (Recall Bias) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตัวแปร ระยะเวลาก่อนการรักษา อย่างไรก็ตามผู้ศึกษาได้พยายามลดอคติดังกล่าว โดยทำการตรวจสอบระยะเวลาก่อนการรักษาที่ผู้ป่วยให้สัมภาษณ์ กับแบบบันทึกข้อมูลประจำตัวผู้ป่วยโรครีออน เพื่อให้ได้ข้อมูลตามความเป็นจริงมากที่สุด
2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนน้อย ทำให้ข้อมูลมีการกระจายที่ไม่ดีพอ จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ที่ได้คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ช่วยให้เกิดความรู้ซึ่งสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรครีออน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการลดการมารับการรักษาล่าช้า ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรครีออน มีผลโดยตรงในทางบวกกับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรครีออน ดังนั้นในการวางแผนในการดำเนินงานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์สำหรับโรครีออนจังหวัดบุรีรัมย์ จึงควรเน้นให้ประชาชนทราบถึง โอกาสเสี่ยงต่อและความรุนแรงของโรครีออน เช่น ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรครีออนจะมีโอกาสติดโรครีออนมากกว่าผู้อื่น ดังนั้นจึงควรประชาสัมพันธ์ให้ผู้สัมผัสโรครีออนมารับการตรวจร่างกายทุกปี หรือให้สังเกตอาการที่น่าสงสัยที่จะเป็นโรครีออน หากมีอาการดังกล่าวก็ให้รีบออกมารับการตรวจรักษา และจะเน้นการประชาสัมพันธ์ให้มี การรับรู้ภาวะคุกคามของโรครีออน เพราะอาการเริ่มแรกของโรคจะไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอักเสบหรือคันจนทำให้เกิดความรำคาญ แต่จะมีการทำลายเส้นประสาทส่วนปลายไปเรื่อยๆ จนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการได้ถ้าปล่อยทิ้งไว้นานๆ และในการผลิตสื่อสุขศึกษาโรครีออน ควรเน้นเนื้อหาในเรื่อง โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรครีออน และความรุนแรงของโรครีออนให้มากขึ้นด้วย นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบอีกว่า การรับรู้ประโยชน์อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรครีออน มีผลโดยตรงในทางลบกับ ระยะเวลาก่อนการรักษา ดังนั้น จึงควรเน้นให้ประชาชนทราบถึงประโยชน์และประสิทธิภาพของยาที่ใช้ในการรักษาโรครีออนได้หายขาดด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน รวมถึงการป้องกันการเกิดอาการเมื่อรับการรักษาโรครีออนโดยเร็ว

1.2 จากผลการศึกษาพบว่า ลักษณะผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีระดับการศึกษาต่ำ และมีรายได้น้อย ดังนั้นจึงควรเน้นการให้สุขศึกษา หรือประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะดังผลการศึกษาข้างต้น

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ในระหว่างที่ดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาได้พบประเด็นที่น่าสนใจสำหรับผู้สนใจจะทำการศึกษาเรื่องนี้ต่อไปดังนี้

2.1 จากการศึกษารูปแบบเชิงสาเหตุและผลของปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนในครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเรื้อนในจังหวัดบุรีรัมย์เท่านั้น ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาในจังหวัดอื่น หรือภาคอื่นๆ ของประเทศ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาที่ได้ และนำผลการศึกษานั้นไปดำเนินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โรคเรื้อนให้เหมาะสมในแต่ละท้องถิ่นต่อไป

2.2 จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา โดยการวิเคราะห์รูปแบบเชิงสาเหตุและผลของปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนในครั้งนี้ ควรมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายที่เหมาะสม และทำการเก็บข้อมูลด้านจิตสังคมเพิ่ม เช่น บุคลิกภาพ ฐานะทางสังคม

2.3 อาจใช้ทฤษฎีอื่นในการวิเคราะห์รูปแบบเชิงเหตุและผลของปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน หรือใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในรูปแบบอื่น เช่น รูปแบบของ Rosenstock ซึ่งมีความแตกต่างของเส้นทางความสัมพันธ์ โดยที่ไม่ปรากฏตัวแปรการรับรู้ภาวะคุกคาม เนื่องจากเชื่อว่า การรับรู้ภาวะคุกคาม มาจากตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นเอง ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการอธิบายระยะเวลาก่อนการรักษาสำหรับโรคเรื้อนต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือสำหรับประชาชนเรื่องโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2540.
- กระทรวงสาธารณสุข. งานโรคเรื้อนในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2537.
- กรแก้ว กอวัฒนา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อุดสำเนา.
- กองโรคเรื้อน. การดำเนินงานโรคเรื้อนในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 และทิศทางการดำเนินงานในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง การพัฒนางานควบคุมโรคเรื้อนระดับจังหวัด และระดับอำเภอให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543.
- กองโรคเรื้อน. โรคเรื้อน. นนทบุรี : กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2542.
- กองโรคเรื้อน. คู่มือประเมินผลงานควบคุมโรคเรื้อนระดับเขต. นนทบุรี : กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2542.
- เกศินี ใจนิล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อุดสำเนา.
- จรรยา สุวรรณทัต. “ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก.” ใน เอกสารสอนชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2527.
- ธวัชชัย วรพงศธร. สัมมนาวิธีการทางสถิติ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2530.
- ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิเวศรรวมการพิมพ์, 2535.
- ทองหล่อ เดชไทย. ความเชื่อและพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย. วารสารสุขศึกษา. 6 (24) :12-16, 2526.
- หัตติยา มานิจลิน. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534. อุดสำเนา.
- นฤมล ใจดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ศูนย์โรคเรื้อน เขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น.

ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2543.
 อัดสำเนา.

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

นิตยา เย็นจำ. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรง
 พยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

เนตรนภา คู่พันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับ
 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12.
 วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

บุญชม ศรีสะอาด. วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2541.

เบญจวีร์ สุเอียนทรเมธี. ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจและการถูกตีตราที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกา
 รเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
 อัดสำเนา.

เบญจพร แก้วมีศรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกาเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
 วิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. “พฤติกรรมศาสตร์,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 4.
 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527. อัดสำเนา.

ประภาเพ็ญ และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : จุฬ
 ลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534. อัดสำเนา.

ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. การวิเคราะห์เส้นโยงทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ . กรุงเทพฯ
 : โอเดียนสโตร์, 2527.

เปรมปรีดี ชวนะนรเศรษฐ์ และคนอื่นๆ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาป้องกันโรค
 เรื้อนของผู้สัมผัสโรคเรื้อน อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา, วารสารสำนักงานควบคุม
คุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา. 4 (2) : 18-25 ; กุมภาพันธ์-พฤษภาคม, 2541.

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. ร่างกายความสกปรกและภัยอันตราย ตราบาป โรคเรื้อนและโรคเอดส์.
 วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์. 4 (1) : 6-18, 2536.

พิมล เพราพิศกริมย์. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อกาการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อน
 จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

อัสตานา.

- ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาด้วยยาผสมของผู้ป่วยโรคเรื้อน ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 นครราชสีมา, วารสารสำนักงานคุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา. 3 (2) : 20-28 ; กุมภาพันธ์-พฤษภาคม, 2540.
- วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รักษาด้วยยาผสมในจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัสตานา.
- วราภรณ์ พรหมพันธุ์ และคนอื่นๆ. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อนจังหวัดนครราชสีมา, วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา. 4 (2) : 18-25 ; กุมภาพันธ์-พฤษภาคม, 2541.
- ศรีสุนทร วิริยะวิภาต และคนอื่นๆ. สาเหตุการวินิจฉัยล่าช้ากับการเกิดความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนในศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น, วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น. 8 (4) : 22-29 ; กรกฎาคม-กันยายน, 2544.
- สมชาย สุพันธ์วิช. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2532.
- สุพรรณิ อินตะนัย. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัสตานา.
- สุวิมล ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัสตานา.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา. รายงานประจำปี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา. นครราชสีมา : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา, 2546.
- สถาบันราชประชาสมาสัย. (2546, พฤษภาคม). กลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อลดอัตราความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้ต่ำกว่าร้อยละ 10. เอกสารประกอบการประชุมแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน ประจำปี 2546. ชลบุรี.
- อารี พันธุ์มณี. จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ : บริษัทต้นอ้อ. 2534.
- 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 others. "Selected Psychosocial Model and Correlation of Individual Health Related Behavior," Medical Care. 15 : 27-46 ; May, 1977.
- Cockerham, W. C. Medical Sociology. 2nd ed. New Jersey : Eglewood Cliff : Prentice-Hall Inc., 1982.
- Davis, M. S. "Variations in Patients Compliance with Doctor's advice: An Empirical analysis of Communication." American Journal of public Health. 58 (March-April 1968) : 274-288.
- Day, F. A. and Boonlert Leoprapi. "Pattern of Health Utilization in upcountry Thailand, A Report of the Research project on the effect of Location and Family planning Health Facility use." Institute for Population and Social Research, Mahidol University Thailand, 1977.
- Dorothe E. Orem. "Antecedent Nursing Knowledg : Self-care and Therapeutic Self-care Demand." Nursing : Concept of Practice. New York : 82-103 ; 1985.
- Hallal, J. C. The Relationship of Health Belief, 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 of Behavior with Respect to Rheumatic Fever," Journal of Health Behavior. 3 : 73-81 ; January. 1962.
- Kasl, S. V. and Cobb, S. Health Behavior, Illness Behavior Archive Environment Health. 12 : 246 : 261 ; February, 1966.
- King, J. B. The Heshth Belief Model. Nursing Times. 80 : 53-55 ; 1984.
- 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 ; 1968.
- Mikhail, B. "The Health Belief Model : A Review and Clitical Environment of The Model, Research, and Practice, " Advance in Nursing Science. 4 : 65-82 ; October, 1981.
- Pedhazur.1982
- Price, E. "A Study of Leprosy Patient with Deformities and the Implication for the Treatments of Leprosy Patients, " Leprosy Review. 54 : 129-137 ; 1983.
- 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.
- Rokeach, M. Belief Attitude and Value. San Francisco : Jossey Bass Inc. 1970.
- Ruth, W. U. Behavior and Illness. New Jersey : Eglewood Cliffs : Prentice-Hall inc., 1973.
- Stein JA, Fox SA, MUTARA PJ, Mutara PJ, Morisky DE. “Mammography usage and the health belief model.” [Online]. Available [http:// www. Entrez-Pubmed.htm](http://www.Entrepreneur-Pubmed.htm) [2004, January 27].
- Suchman, E. A. “Health Attitudes and Behavior”, Achieves of Environment Health. 20 : 105-110 ; January, 1970.
- Terrell, B. E. and Hart, L. K. “ The Relationship of Health Belief and Knowledge to Exercise Compliance in Patient After Coronary Bypass”, Heart & Lung. 9 : 487-493 ; may-june, 1980.
- Tsubono Y, Fukao A, Hisamichi S, Sugawara n, Hosokawa T. “Health Belief Model and attendance at screenings for gastric cancer in a population in Miya Japan.” [Online]. Available [http:// www. Entrez-Pubmed.com](http://www.Entrepreneur-Pubmed.com). [2004, January 27].
- Wehip, B. and others. “Delay in Presentation and Start of Treatment in Leprosy Patient : A Case Control Study of Disable and Non-Disable Patient 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 Adamawa State, Nigeria”, Leprosy Review. 69 : 382-389 ; 1998.
- WHO Expert Committee on Leprosy. Sixth report. Technical Report Series 768. Geneva : World Health Organization, 1988 ; 33-38.
- World Health Organization. A Guide to Eliminating Leprosy as a Public Health Problem. Geneva : WHO, 1997.

ภาคผนวก

ภาคผนวก.

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

แบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความและเขียนเครื่องหมาย (4) ลงในวงเล็บ และในช่องข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา (เมื่อเริ่มรักษา)

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อุดมศึกษา หรือสูงกว่า

4. รายได้ (หรือเงินที่ได้รับจากการให้) เฉลี่ยต่อเดือน (เมื่อเริ่มรักษา).....บาท
 รายได้ของครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความจริง ซึ่งเป็นความรู้สึกเมื่อมารับการรักษา
ครั้งแรกของผู้ป่วย

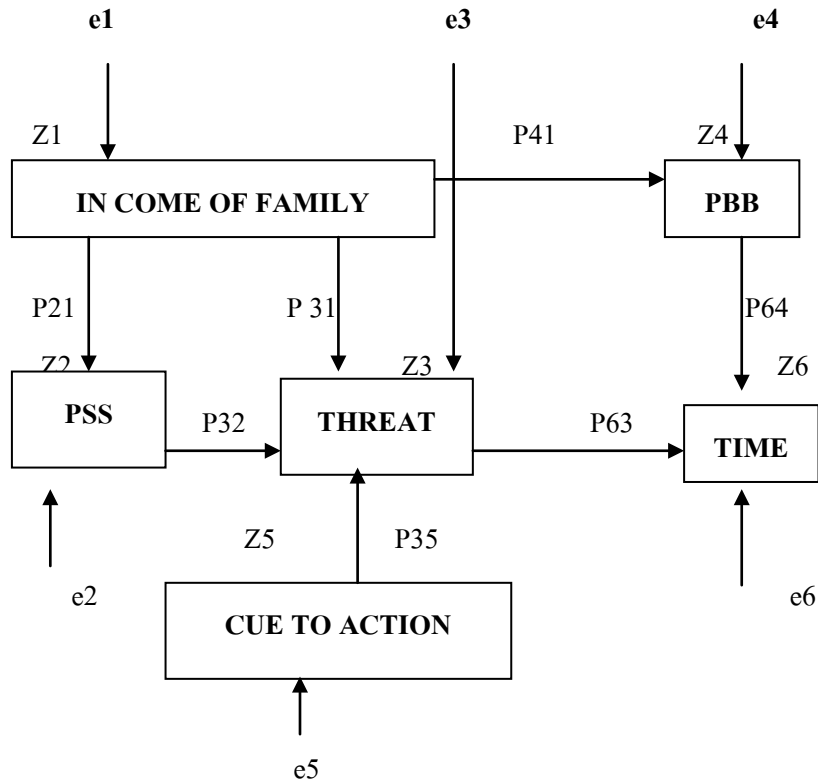
ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ที่สุด	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ที่สุด
ตอนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและ ความรุนแรงของโรค					
1. ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อน.....
2. ถ้าท่านอยู่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนจำนวนมาก ท่านจะมีโอกาสเป็นโรคเรื้อน.....
3. ถ้ามีบุคคลในครอบครัวของท่านเป็นโรคเรื้อน ท่านมี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อนสูง.....
4. เมื่อท่านนึกถึงโรคเรื้อนจะทำให้ท่านรู้สึกกลัว.....
5. โรคเรื้อนทำให้เกิดความพิการ เช่น มือ เท้าหงิกงอ ตาบอด.....
6. ถ้าท่านเป็นโรคเรื้อนจะมีผลกระทบต่ออาชีพของท่าน
7. โรคเรื้อนจะมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างท่าน และสมาชิกในครอบครัว.....
8. โรคเรื้อนเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ.....

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ที่สุด	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ที่สุด
<p>ตอนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา</p> <p>1. การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันสามารถรักษาโรคเรื้อนให้หายได้.....</p> <p>2. หากท่านรีบมารับการรักษาโรคเรื้อนจะป้องกันความพิการได้.....</p> <p>3. ท่านไม่สามารถตรวจอาการผิดปกติที่ผิวหนังได้ด้วยตนเอง เนื่องจากรอยโรคอยู่ในบริเวณที่มองไม่เห็น เช่น บริเวณหลัง.....</p> <p>4. ท่านไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นอาการแสดงของโรคเรื้อน.....</p> <p>5. ท่านคิดว่าการมาพบแพทย์ต้องเสียเวลารอคอยนาน.....</p>
<p>ตอนที่ 4 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค</p> <p>1. โรคเรื้อนถ้าไม่รักษาปล่อยทิ้งไว้นานๆ จะทำให้เกิดความพิการได้.....</p> <p>2. โรคเรื้อนถ้าไม่รักษาจะทำให้รอยโรคกระจายทั่วร่างกาย.....</p> <p>3. โรคเรื้อนถ้าไม่รักษาสามารถแพร่เชื้อให้กับคนอื่น.....</p>

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ที่สุด	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ที่สุด
ตอนที่ 5 การรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ					
1. บุคคลอื่นๆ เช่น เพื่อนบ้าน, อสม., ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเรื้อน.....
2. สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านเคยป่วยเป็นโรคเรื้อนมาก่อน.....
3. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนที่สถานบริการสุขภาพของรัฐ เช่น โปสเตอร์ เสียงตามสาย.....
4. ท่านได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อนจากการประชาสัมพันธ์ของหน่วยบริการตรวจโรคผิวหนังในหมู่บ้าน.....

ภาคผนวก ข.

การคำนวณเส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (รูปแบบตามสมมุติฐานการวิจัย)



$P_{21} = 0.124$, $P_{31} = -0.074$, $P_{32} = 0.291^*$, $P_{35} = 0.089$

$P_{41} = 0.035$, $P_{63} = 0.236$, $P_{64} = 0.236$

สร้างสมการโครงสร้าง (structure equation)

$Z_1 = e_1$ (1)

$Z_2 = P_{21}Z_1 + e_2$ (2)

$Z_3 = P_{31}Z_1 + P_{32}Z_2 + P_{35}Z_5 + e_3$ (3)

$Z_4 = P_{41}Z_1 + e_4$ (4)

$Z_5 = e_5$ (5)

$Z_6 = P_{63}Z_3 + P_{64}Z_4 + e_6$ (6)

คำนวณความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (causal correlation)

$$r_{ij} = \frac{\sum Z_i Z_j}{N}$$

$$r_{12} = \frac{\sum Z_1 Z_2}{N}$$

$$\begin{aligned} r_{12} &= \frac{\sum Z_1}{N} (P_{21} Z_1 + e_2) \\ &= P_{21} \frac{\sum Z_1^2}{N} + \frac{\sum Z_1^2 e_2}{N} \end{aligned}$$

เนื่องจากค่า $\frac{\sum Z_1^2}{N} = \text{variance ของค่ามาตรฐาน} = 1$ และค่า $\frac{\sum Z_1^2 e_2}{N} = 0$

คือค่า covariance ตัวแปร residual e_2 จะไม่มีความสัมพันธ์กับ Z_1 ดังนั้น

$$r_{12} = P_{21} = \beta_{21} = 0.124$$

$$\begin{aligned} r_{13} &= \frac{\sum Z_1 Z_3}{N} \\ &= P_{31} + P_{32} P_{21} \\ &= -0.074 + (0.291 \times 0.124) \\ &= -0.038 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{14} &= \frac{\sum Z_1 Z_4}{N} \\ &= P_{41} = \beta_{41} = 0.035 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{23} &= \frac{\sum Z_2 Z_3}{N} \\ &= P_{32} + P_{31} P_{21} \\ &= 0.291 + (0.074 \times 0.124) \\ &= 0.282 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{36} &= \frac{\sum Z_3 Z_6}{N} \\
 &= P_{63} + P_{64} (P_{41} r_{13}) \\
 &\quad D \quad I \\
 &= 0.236 + [-0.199 (0.035 \times -0.038)] \\
 &= 0.236
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{46} &= \frac{\sum Z_4 Z_6}{N} \\
 &= P_{64} + P_{63} P_{41} \\
 &\quad D \quad I \\
 &= -0.199 + (0.236 \times 0.035) \\
 &= -0.192
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{53} &= \frac{\sum Z_4 Z_6}{N} \\
 &= P_{35} = 0.089 \\
 &\quad D
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{26} &= [P_{63} r_{23}] + [P_{64} r_{24}] = -0.075 \\
 &\quad S \quad S
 \end{aligned}$$

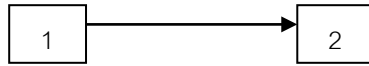
$$\begin{aligned}
 r_{24} &= P_{41} r_{12} = 0.004 \\
 &\quad S
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 r_{34} &= P_{41} r_{13} = -0.0013 \\
 &\quad S
 \end{aligned}$$

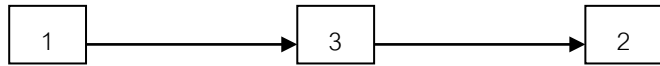
$$r_{15} = 0, r_{16} = 0, r_{45} = 0, r_{56} = 0, r_{25} = 0$$

Decomposition of Correlations

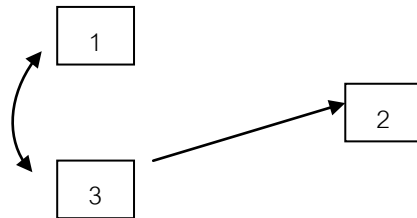
Direct Effect (ED)



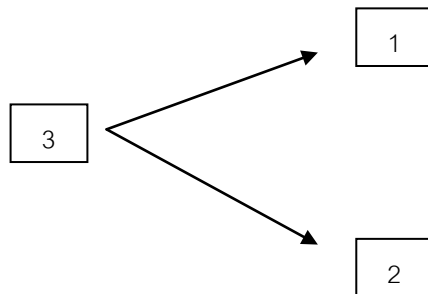
Indirect Effect (ID)



Unanalyzed Effect (U)



Spurious Effect (S)



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - ชื่อสกุล	ญาดา โตอุตชนม์
วัน เดือน ปี เกิด	3 กุมภาพันธ์ 2510
ที่อยู่ปัจจุบัน	1164/304 หมู่ 1 ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 36000
ที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 36000
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2532	ประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา
พ.ศ. 2547	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่