ความรู้เรื่องโรคเรื้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ ๔

เพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดราชบุรี
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือของผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกท่านที่ให้ความกรุณาตอบแบบสอบถาม ขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ และต้องขอขอบคุณเพื่อนรวมงานที่ช่วยเป็นกำลังใจในการวิจัยเสมอมา ท้ายสุดต้องขอขอบคุณ ดร.นายแพทย์อนุพงค์ สุจริยากุล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดราชบุรี ที่กรุณาให้คำแนะนำในเรื่องรูปแบบการวิจัยและการวิเคราะห์ ข้อมูล ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

เพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การศึกษาความรู้เรื่องโรคเรื้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ 4 เป็นการวิจัยแบบ Cross – sectional Analytics study วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการเพื่อป้องกันความพิการ เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการกับปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สถานะการรักษา และความพิการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ 4 ระยะเวลาการศึกษา มกราคม ถึง กันยายน 2557 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาและผู้ป่วยเฝ้าระวัง ในเขตสุขสาธารณสุขที่ 4 จำนวน 53 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถาม ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ระดับพอใช้ ร้อยละ 52.8 รองลงมาระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 28.3 และระดับดี ร้อยละ 18.9 มีความแตกต่างระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ที่ระดับ P – Value < 0.05 ได้แก่ ประเภทของผู้ป่วย ความพิการเมื่อแรกวินิจฉัย ความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา และความพิการในวันที่เก็บข้อมูล

พฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 58.5 มีความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการกับปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ที่ระดับ P – Value < 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษาและอาชีพ

การได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.7 มีความแตกต่างระหว่างการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ระดับ P – Value < 0.05 ได้แก่ระดับการศึกษา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรจัดรูปแบบการค้นหา การวินิจฉัย การดูแลรักษาโรคเรื้อน การป้องกันและฟื้นฟูความพิการจากโรคเรื้อนแบบใหม่ โดยสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ควรจัดสรรงบประมาณในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์กันประชาชนกลุ่มเสี่ยง การMonitor Case ผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ว่าจะมีค่าดำเนินการต่อผู้ป่วย1รายต่อปี เป็นเงินงบประมาณเท่าไร และโอนเงินงบประมาณนั้นให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคไปดำเนินการ โดยดำเนินการดังนี้1.ด้านการเตรียมบุคลากรผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 2.ด้านการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ รณรงค์ผ่านสื่อโทรทัศน์ จะเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย Active Case Finding ค้นหาผู้ป่วยใหม่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย ตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ผู้สัมผัสโรคทางสังคม ผลักดันให้มหาวิทยาลัย บรรจุเรื่องโรคเรื้อนไปในเรื่องโรคผิวหนัง สำหรับการสอนนักศึกษาแพทย์ เพื่อให้แพทย์มีความรู้เรื่องโรคเรื้อน จัดอบรมเรื่องโรคผิวหนัง/โรคเรื้อนแก่แพทย์จบใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 3.ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน และการป้องกันความพิการ

หลังจากค้นพบผู้ป่วยรายใหม่จากการสำรวจหมู่บ้าน/การตรวจผู้สัมผัสโรค/การตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อนจากแพทย์ในโรงพยาลแล้ว ให้ผู้รับผิดชอบโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตลงรายงานผู้ป่วยใหม่ในระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อน สถาบันราชประชาจะต้องให้เงินงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน1รายให้ยารักษาโรคเรื้อนแก่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยทีมExpertผู้รับผิดชอบโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค จะทำหน้าที่ดูแลCaseโดยตลอด

ข้อเสนอแนะต่อบุคลากรสาธารณสุข ในการนำผลวิจัยไปใช้

การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากต้องใช้เวลา 2 ปี การที่จะคงไว้ซึ่งความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการในระยะเวลาที่ยาวนานเป็นเรื่องยาก ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงควรเสริมแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะด้านการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการอย่างต่อเนื่องและควรมีการประเมินเป็นระยะๆ ระหว่างการให้การติดตามดูแลรักษา

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

หากสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ซึ่งรับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนระดับประเทศ มีความสนใจที่จะปรับรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน ตามที่ได้นำเสนอข้างต้น ก็ควรทำการศึกษาวิจัยในเรื่อง **ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน** โดยประเมินทั้งในด้าน

-ความรู้และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโรคเรื้อนระดับจังหวัด โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ต่อรูปแบบการดูแลรักษา

-ประสิทธิภาพด้านการรักษาและการป้องกันความพิการในรูปแบบการดูแลที่กำหนดขึ้น

-ความคุ้มทุนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนต่อคน หรือในภาพประเทศ

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	2
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	2
กรอบแนวคิดในการวิจัย	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	3
สมมติฐานการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ความรู้เรื่องโรคเรื้อน	5
แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ	11
แรงสนับสนุนทางสังคม	18
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	26
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	28
ระยะเวลาการศึกษา	28
ขั้นตอนและวิธีการศึกษา	28
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	30
การวิเคราะห์ข้อมูล	30
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	32
ความรู้เรื่องโรคเรื้อน	34
เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับความรู้เรื่องโรคเรื้อน	35
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ	40
เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ	41
การได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	45

สารบัญ

หน้า

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการ จากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข 46

บทที่ 5 สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

อภิปรายผลการวิจัย 50

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย 53

บรรณานุกรม 56

ภาคผนวก 61

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านประชากร	32
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละคะแนนเฉลี่ยรายข้อของความรู้เรื่องโรคเรื้อน จำแนกตามการตอบรายข้อ	34
ตารางที่ 3	คะแนนภาพรวมความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของกลุ่มตัวอย่าง	35
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้	35
ตารางที่ 5	ความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับความรู้เรื่องโรคเรื้อน	35
ตารางที่ 6	ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับประเภทผู้ป่วยระยะรักษากับระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามการพบเชื้อน้อยและเชื้อมาก	37
ตารางที่ 7	ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับผู้ป่วยประเภทรักษาและระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามระดับความพิการเมื่อแรกวินิจฉัย	38
ตารางที่ 8	ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับผู้ป่วยประเภทรักษาและระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามระดับความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา	38
ตารางที่ 9	ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับผู้ป่วยประเภทรักษาและระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามระดับความพิการในวันที่เก็บข้อมูล	39
ตารางที่10	จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติรายข้อ	40
ตารางที่11	คะแนนภาพรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของกลุ่มตัวอย่าง	41
ตารางที่12	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของกลุ่มตัวอย่าง	41
ตารางที่13	ความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ	41
ตารางที่14	ความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการกับผู้ป่วยประเภทรักษาและระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามระดับการศึกษา	43
ตารางที่15	ความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการกับผู้ป่วยประเภทรักษาและระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามอาชีพ	44
ตารางที่16	จำนวนและร้อยละของการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับรายข้อ	45

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่17	คะแนนภาพรวมของการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง	46
ตารางที่18	จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของกลุ่มตัวอย่าง	46
ตารางที่19	ความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างกับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในหารป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	46
ตารางที่20	ความแตกต่างของระดับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประเภทผู้ป่วยระยะรักษา กับระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามระดับการศึกษา	49

Ъ

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังซึ่งในปัจจุบันเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในระดับต่ำ แต่ก็ยังคงเป็นปัญหาสำคัญอยู่ในบางพื้นที่ พื้นที่ที่พบโรคเรื้อนมากที่สุดในประเทศไทย ร้อยละ ๕๐.๐ พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยประสบความสำเร็จ เป็นอย่างดีในการลดขนาดปัญหา โดยในปี พ.ศ. ๒๔๙๘ ได้เริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อน พบอัตราความชุกของโรคอยู่ที่ ๕๐.๐ ต่อ ๑๐,๐๐๐ ประชากร ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๑๔ ได้มอบงานควบคุมโรคเรื้อน ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบ อัตราความชุกของโรคลดลงเป็น ๑๒.๔๐ ต่อ ๑๐,๐๐๐ ประชากร จนการดำเนินการครอบคลุมทุกจังหวัดในปี ๒๕๑๙ อัตราความชุกของโรค ๘.๕๐ ต่อ ๑๐,๐๐๐ ประชากร ประกอบกับในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ ได้มีการเปลี่ยนแผนการรักษาตามหลักเกณฑ์ขององค์การ อนามัยโลก โดยใช้ยาผสมระยะสั้น (Multi Drug Therapy : MDT) ทำให้อัตราความชุกของโรคเรื้อนลดลงอย่างรวดเร็ว (๑)

ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาเป็นผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก (Multi Bacillary Leprosy : MB) จำนวน ๑๔๑ ราย ผู้ป่วยชนิดเชื้อน้อย (Pauci Bacillary Leprosy) จำนวน๖๘ ราย คิดเป็นอัตราความชุกของโรค ๐.๒๐ ต่อ ๑๐,๐๐๐ ประชากร มีความพิการระดับสอง (มีความพิการบริเวณตา มือ เท้า ที่มองเห็นได้ชัดเจนตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก) จำนวน ๒๑ ราย หรือร้อยละ๑๔.๙ (๒)

สถานการณ์โรคเรื้อนปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ในเขตสาธารณสุขที่ ๔ ซึ่งประกอบด้วย ๘ จังหวัดได้แก่ ราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสงคราม สมุทรสาคร เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ มีรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน ๑๗ ราย เป็นผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง ๓๖ ราย มีความพิการระดับสอง ๑๗ ราย พบผู้ป่วยมากที่สุดที่จังหวัดกาญจนบุรี รองลงมาจังหวัดเพชรบุรี คิดเป็นอัตราความชุกโรค ๐.๐๙ ต่อ ๑๐,๐๐๐ ประชากร

จากสภาพปัญหาของเขตสาธารณสุขที่ ๔ ถึงแม้ว่าโรคเรื้อนจะพบว่ามีความชุกของโรคต่ำ แต่เป็นที่ทราบดีว่าที่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อนมีผลกระทบตามมาหลายด้าน เช่น ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคม และความพิการซึ่งเป็นปัญหาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะความพิการสามารถป้องกันได้ หากผู้ป่วยได้รับการรักษาและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระหว่างการรักษาที่ถูกต้อง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนที่ถูกต้อง ได้รับการดูแลสนับสนุนเพื่อแก้ไขปัญหาตลอดระยะเวลาที่ทำการบำบัดรักษา ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการรักษาที่ครบถ้วน ไม่มีความพิการเกิดขึ้น สามารถดำรงตนได้เหมือนคนทั่วไปในชุมชน ตามเป้าหมายหลักในการควบคุมโรคเรื้อน ๔ ประการ คือ ๑.) ควบคุมอัตราความชุกของโรคเรื้อน ไม่ให้เกิน ๑ ต่อ ๑๐,๐๐๐ ประชากร ๒.) ลดอัตราความพิการในผู้ป่วยรายใหม่ไม่ให้เกินร้อยละ ๓.๐ ๓.)หยุดยั้งความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้หายป่วยที่มีความพิการ ๔.) สงเคราะห์และฟื้นฟูสภาพความพิการ ถึงแม้จะมีการดำเนินมาตรการต่างๆมาโดยตลอด เช่นการได้รับการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ ก็ยังพบผู้ป่วยโรคเรื้อนมักมีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อน

ประมาณร้อยละ ๒๕.๐ มักมีความพิการที่ตา มือ เท้า ตามมาเพราะเชื้อโรคเรื้อนจะทำลายเส้นประสาทส่วนปลายจนส่งผลให้เกิดความพิการ สาเหตุมาจากการมารับการตรวจรักษาช้า การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องด้านการดูแลตนเอง ขาดการติดตามดูแล สนับสนุนการแก้ไขปัญหาด้านต่างๆจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถูกสังคมรังเกียจจนเป็นผู้ป่วยที่หลีกสังคม

จากเหตุผลที่กล่าวมาผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตสาธารณสุขที่ ๔ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ว่าเป็นอย่างไร โดยศึกษาในประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเอง ว่าเป็นอย่างไร เพราะจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนมักจะมีความพิการตามมาจากไม่มีความพิการเมื่อเริ่มรักษา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการควบคุมโรคเรื้อน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคเรื้อน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ ๔

๒. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ ๔

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาและผู้ป่วยเฝ้าระวังในเขตสาธารณสุขที่ ๔ ที่ยังมีชีวิตอยู่และยังอาศัยอยู่ในภูมิลำเนาตามที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ ๔ และให้ความยินยอมในการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาและผู้ป่วยเฝ้าระวังในเขตสาธารณสุขที่ ๔ ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน ๕๓ ราย

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

๑. ตัวแปรต้น (Independent Variables)

๑.๑ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สถานะการรักษา และความพิการ

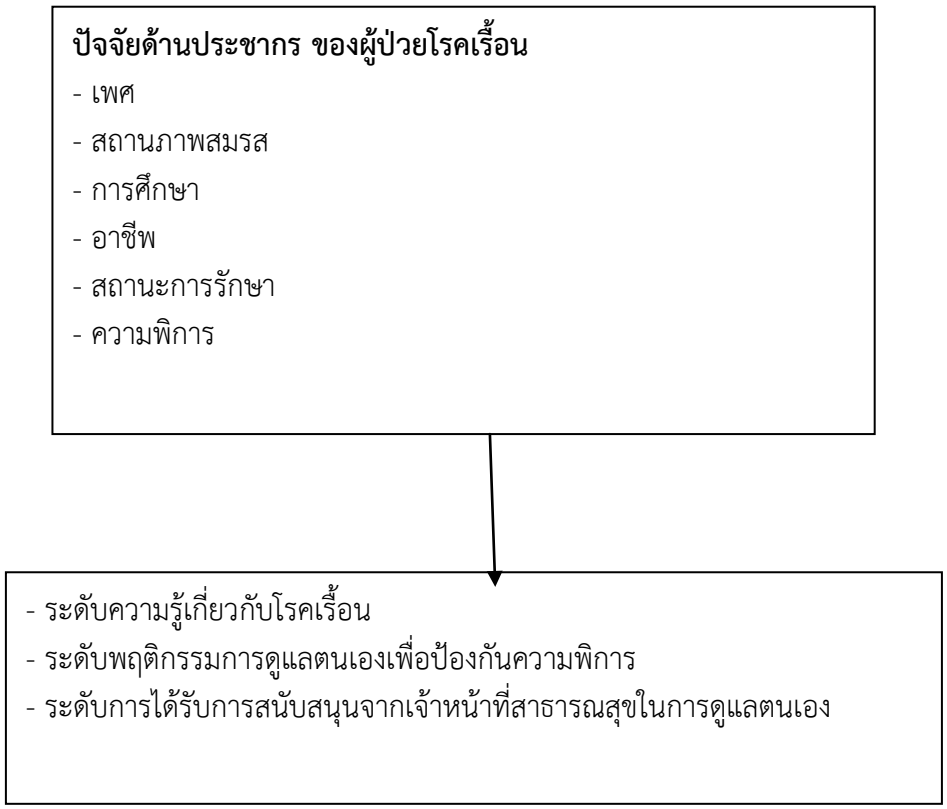
๒. ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

๒.๑ ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวังในเขตสาธารณสุขที่ ๔

๒.๒ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ ๔

๒.๓ ระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ ๔

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Research conceptual Framework)



นิยามศัพท์เฉพาะ

๑. ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อ อาการ อาการแทรกซ้อน การรักษา และการเฝ้าดูอาการตนเอง ระหว่างการรักษา หลังการรักษา ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

๒. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ หมายถึง การดูและสภาพความผิดปกติของตา มือ เท้า การแช่มือ เท้า ในน้ำ การนวดกล้ามเนื้อมือ เท้า การสวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

๓. การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเอง หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนอย่างสม่ำเสมอ แนะนำวิธีการรับประทานยา สอนวิธีดูแลตนเองในการป้องกันความพิการ และการตรวจประเมินวิธีการดูแลตนเองและให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

๔.ผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษา หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเรื้อน และได้ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ ๒๕๕๕-๒๕๕๖ ในเขตสาธารณสุขที่ ๔

๕.ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมากที่รักษาโรคเรื้อนครบ ๒ ปี ตามแผนการรักษา ในปีงบประมาณ๒๕๕๒-๒๕๕๖ และผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อน้อยที่รักษาโรคเรื้อนครบ๖ เดือนตามแผนการรักษา ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔-๒๕๕๖ อยู่ในช่วงเฝ้าระวังการกลับเป็นโรคเรื้อนซ้ำ ในเขตสาธารณสุขที่ ๔

สมมติฐานการวิจัย

๑. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวังในเขตสาธารณสุขที่ ๔ อยู่ในระดับดี

๒. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการกับปัจจัยด้านประชากรของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวังในเขตสาธารณสุขที่ ๔ มีความแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

นำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน การป้องกันความพิการระหว่างการรักษา หลังการรักษา นำผลการวิจัยไปวางแผนแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดจากผลกระทบของโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ ๒

ทบทวนวรรณกรรม

ในการวิจัยเรื่อง ความรู้เรื่องโรคเรื้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ ๔ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ศึกษาระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ เปรียบเทียบความแตกต่างการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ กับปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สถานะการรักษา และความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวังในเขตสาธารณสุขที๔ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามหัวข้อ ต่อไปนี้

๑. ความรู้เรื่องโรคเรื้อน
๒. แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ
๓. แรงสนับสนุนทางสังคม
๔. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
๕. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑. ความรู้เรื่องโรคเรื้อน

โรคเรื้อนคือโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ Mycobacterium Leprae ซึ่งทำให้เกิดอาการโรคเรื้อนบริเวณผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลาย

ลักษณะเฉพาะตามธรรมชาติของโรคเรื้อน (Natural History of Leprosy)

เชื้อโรคเรื้อน (The Agent)

หลังจากในปี พ.ศ. ๒๔๑๖ นายแพทย์ G.H.Armauer แห่งนอร์เวย์(๓) เป็นผู้ค้นพบเชื้อแบคทีเรียชื่อ Mycobacterium Leprae ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเรื้อนเป็นครั้งแรกก็ยังไม่มีผู้ใดสามารถเพาะเลี้ยงเชื้อได้สำเร็จในอาหารเลี้ยงเชื้อ แต่สามารถเพาะเลี้ยงเชื้อได้ในอุ้งเท้าหนู (๔) และในตัวนิ่มเก้าลาย (Nine-banded Armadillo หรือ Dasypus Novemcinctus) (๕) ทำให้สามารถเพาะเชื้อได้แอนติเจนในปริมาณมากและช่วยให้สามารถศึกษาถึงคุณสมบัติและลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน และศึกษาทางวิทยาอิมมิวโนได้ละเอียดแน่นอนยิ่งขึ้น โดยในตับของตัวอามาดิลโลที่ติดเชื้อแล้วจะมีเชื้อโรคมากถึง ๑๐๐๐ ล้านตัวต่อเนื้อตับ ๑ กรัม และร้อยละ ๔๐ ของอามาดิลโลหลังฉีดเชื้อโรคเรื้อนเข้าไปจะเกิด Systemic-infection ได้ภายใน ๑ ปี สาเหตุที่ไม่สามารถเพาะเชื้อขึ้นในอาหารเลี้ยงเชื้อเป็นเพราะเชื้อโรคเรื้อนมี Generation time ๑๑-๑๔ วัน ซึ่งยาวกว่าของเซลล์ในเนื้อเยื่อที่ใช้เพาะเชื้อซึ่งเวลา

ดังกล่าว สั้นเพียง ๒๔ ชั่วโมง นอกจากนั้นยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องอีกหลายอย่างอาทิ เชื้อมักตายก่อนจะถ่ายเพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อต่อไป ปัญหาด้านเชื้อโรคเรื้อนไม่มี Enzyme พวก Catalase ที่เป็นปัจจัยสำคัญและ ไม่มี Metabolic Competent เพียงพอ(๖)(๗)(๘)

เชื้อโรคเรื้อนจัดเป็นเชื้อที่ย้อมติดสีทนกรด (Acid-Fast Bacilli หรือ AFB) ในระยะที่ยังมีชีวิตที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังไม่รับยาเคมีบำบัด รูปร่างเชื้อจะติดสีสม่ำเสมอเป็นแท่งโค้งยาว (Solid-Form) ขนาดยาว ๒ - ๗ ไมครอน และกว้างราว ๐.๓ – ๐.๔ ไมครอน แต่เมื่อได้รับยาเคมีบำบัดหรือเสื่อมสลายตายลง เชื้อจะติดสีทนกรดไม่สม่ำเสมอ โดยพบมีรูปร่างแตกเป็นท่อน (Beaded or Fragmented Form) และในที่สุดจะป่นเป็นผง (Granular or Dusty Form) ก่อนที่จะถูกกินย่อยทำลายหมดไปโดยเม็ดโลหิตขาวขนาดใหญ่ต่อไปในที่สุด(๙)

เชื้อโรคเรื้อนจัดเป็นเชื้อที่ชอบอาศัยและเจริญเติบโตอยู่ภายในเซลล์ (Obligatory Intra-cellular Parasite) โดยมีคุณสมบัติเฉพาะพิเศษชอบที่จะเข้าไปอาศัยอยู่ในเซลล์จำพวกเซลล์ประสาท (Schwann Cells) และเซลล์ในระบบ Reticulo endotherial System(๑๐)

เชื้อโรคเรื้อนจัดเป็นเชื้อแบคทีเรียที่มีฤทธิ์ก่อให้เกิดอัตราการติดเชื้อได้สูง (Highly Infectious) แต่ในขณะเดียวก็จัดเป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดอัตราความก่อโรคต่ำ (Low Pathogenic) เพราะสามารถติดเชื้อเข้าสู่ระยะไม่ปรากฏอาการ (Subclinical Infection) ได้สูง จากการสำรวจในชุมชนในผู้สัมผัส ร่วมบ้านผู้ป่วยระยะติดต่อนานเกิน ๑ ปี โดยวิธีศึกษาทางวิทยาภูมิคุ้มกันเช่น Lymphoblast Transformation Test พบอัตราการติดเชื้อที่ไม่ปรากฏอาการสูงถึงร้อยละ ๕๐(๑๑)มีเพียงร้อยละ๕ เท่านั้นที่จะมีอาการกลายสู่โรคเรื้อนชนิดอื่นใน Spectrum ซึ่งส่วนมากจะกลายเป็นโรคเรื้อนชนิดแรกคือ Indeterminate ราวร้อยละ ๗๕ ก็สามารถหายเองได้โดยไม่ต้องใช้ยาเคมีบำบัด มีเพียงร้อยละ ๒๕ เท่านั้นที่จะมีอาการกลายสู่โรคเรื้อนชนิดอื่นใน Spectrum ซึ่งส่วนมากมักกลายเป็นโรคเรื้อนชนิด Borderline หรือผ่านการเกิดโรคเห่อแบบ Type ๑ Reaction นอกจากนั้นยังพบว่าแม้มีผู้สัมผัสกันใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อน เช่น คู่สมรสเป็นสามีและภรรยาแต่อีกฝ่ายมีโอกาสเกิดป่วยเป็นโรคเรื้อนเพียงร้อยละ ๕.๘ เท่านั้น(๑๒)

นอกจากนั้นจากผลของการที่สามารถเพาะเชื้อโรคเรื้อนขึ้นได้ในอุ้งเท้าหนู (Mouse Foot Pad Model) (๔) ได้ก่อประโยชน์อย่างยิ่งในการประยุกต์ใช้ในด้านต่าง ๆ อาทิ

๑. สามารถ Identify Strains ต่าง ๆ ของไมโครแบคทีเรีย โดยถ้าเป็นเชื้อโรคเรื้อนแล้วจะมีลักษณะเฉพาะคือสามารถเจริญแบ่งตัวได้หลังจากฉีดเชื้อเข้าในอุ้งเท้าหนู

๒. สามารถวัด Generation Time ของเชื้อโรคเรื้อนได้ว่านาน ๑๑ – ๑๔ วัน

๓. ช่วยในการศึกษาเพื่อสร้างความเข้าใจถึง Pathogenesis ของเชื้อโรคเรื้อนในคน อาทิ ผลการศึกษาที่สำคัญของการแพร่เชื้อทางกระแสโลหิต และการแบ่งตัวของเชื้อโรคเรื้อนในบริเวณที่เชื้อชอบอาศัยอยู่ (Sites of Predilection)

๔. ช่วยในการนำไปใช้ Screen ยาบำบัดโรคเรื้อนใหม่ ๆ ที่มีคุณสมบัติฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (Bactericidal) หรือหยุดยั้งการเจริญแบ่งตัว (Bacteriostatic) และใช้วัด Minimum Inhibitory Concentrations (MIC) ของยาบำบัดโรคเรื้อนในโลหิตได้

๕. ใช้ในการ Monitor การทดลองยาใหม่ ๆ โดยสามารถตรวจพบได้ว่าอัตราการมีชีวิตของเชื้อก่อนให้ยา (Pre-treatment Rate of Viable Bacilli) ในอุ้งเท้าหนูได้ตายลงไปได้ถึงร้อยละ ๙๙ หลังให้ยา เมื่อเปรียบเทียบกับการวัดจากการขูดเชื้อจากผิวหนังไปย้อมสีทนกรดและนับจำนวนเชื้อที่ยังพบเป็นแท่งยาวที่ถือว่าเป็นเชื้อที่ยังมีชีวิตและนับจำนวนคิดเป็นอัตราร้อยละของ Morphological Index

(MI) จะลดลงเพียงร้อยละ ๙๐ หลังให้ยาเคมีบำบัด ชี้ให้เห็นว่าเทคนิคของการวัดจากอุ้งเท้าหนูมีความไวสูงกว่าการใช้ขูดหาเชื้อจากผิวหนังถึง ๑๐ เท่า(๑๓)(๑๔)

๖. ใช้ประโยชน์ในการทดสอบพบว่ามี Strains เชื้อโรคเรื้อนดื้อยาบำบัดโรคเรื้อนมากน้อยเพียงไร

แหล่งรังโรค (Reservior)

นอกจากคนที่เป็นแหล่งรังโรคของการแพร่ติดต่อของเชื้อโรคเรื้อนแล้ว เชื้อโรคเรื้อนยังสามารถทำให้เกิดโรคตามธรรมชาติได้ในสัตว์ เช่น อามาดิลโล(๑๖)(๑๗) ลิงชิมแปนซี(๑๘) และลิงแมงกาบี้หรือลิงเขียวองคต(๑๙)(๒๐) จึงมีความสำคัญทางระบาดวิทยาเป็นข้อสงสัยว่าสัตว์ดังกล่าวอาจเป็นแหล่งรังโรคของโรคเรื้อนที่แพร่ติดต่อโรคเรื้อนได้นอกจากคน แต่ก็ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนลงไป โดยข้อสรุปถึงปัจจุบันถือว่าคนเท่านั้นที่เป็นแหล่งรังโรคที่มีความสำคัญต่อการติดเชื้อโรคเรื้อนในคน(๒๑)

วิธีการแพร่ติดต่อโรค (Mode of Transmission)

ก. ทางออกของเชื้อโรคเรื้อนจากร่างการผู้ป่วย (Portal of Exit)

เป็นที่ยอมรับทั่วไปแล้วว่าเชื้อโรคเรื้อนออกจากร่างกายของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้สองทางคือทางผิวหนังและทางเยื่อบุจมูก(๒๒) โดยในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเลโปรมาตัส ผู้ยังไม่เคยรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมาก่อน สามารถจะขับเอาเชื้อโรคเรื้อนที่ยังมีชีวิตออกจากเยื่อบุจมูกได้สูงถึงวันละ ๑๐ ล้านตัว(๒๓) ถึง ๑๐๐ ล้านตัว(๒๔) และเชื้อดังกล่าวสามารถมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกายที่เหมาะสมได้นานถึง ๙ วัน(๒๕) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริเวณร่มไม้ในดินที่ชุ่มชื้นในอุณหภูมิห้องสามารถมีชีวิตได้นานถึง ๔๖ วัน(๒๖) นอกจากนั้นยังพบว่าในผู้ป่วยชนิดเลโปรมาตัส ผู้ยังไม่เคยได้รับยารักษามาก่อนจะตรวจพบว่ามีเชื้อโรคเรื้อนที่มีชีวิตอยู่ในบริเวณรอยโรคที่ผิวหนังได้มากถึง๗พันล้านตัวต่อผิวหนัง ๑ กรัม และถ้าผิวหนังบริเวณดังกล่าวแตกเป็นแผล จะสามารถ จะสามารถขับเชื้อที่มีชีวิตออกมานอกร่างได้ถึงวันละ ๒๐ ล้านตัว แต่อย่างไรก็ตามจากฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดใหม่ ๆ มีประสิทธิภาพมากเช่น ๓ – ๗ วัน หลังให้ยา Rifampicin ขนาด ๖๐๐ – ๑๕๐๐ มิลลิกรัม ครั้งเดียวเท่านั้น(๒๗) จึงช่วยทำให้ระยะแพร่เชื้อที่มีชีวิต (Period of Communicability) ของผู้ป่วยโรคเรื้อนดังกล่าวสั้นลง(๒๘)

ข. ทางเข้าของเชื้อโรคเรื้อนเข้าสู่ร่างกายของผู้สัมผัสหรือรับเชื้อ (Portal of Entry)

ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด แต่เป็นที่เชื่อกันมาแต่อดีตและได้เน้นมากในระยะหลังว่าเชื้อโรคเรื้อนสามารถเข้าสู่ร่างกายคนได้ทางระบบทางเดินหายใจ และทางรอยบาดแผลของผิวหนังก็อาจเป็นอีกทางหนึ่ง(๒๙)(๓๐) ส่วนทางเข้าอื่น ๆ เช่นทางการกลืนเข้าไปหรือทางแมลงนำโรค สรุปได้ว่ายังมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอจะถือเป็นข้อยุติได้(๓๑)

ค. วิธีการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อน (Method of Transmission)(๓๒)

๑) วิธีแพร่ติดต่อทางตรง (Direct Transmission)

ได้แก่การมีโอกาสสัมผัสอย่างใกล้ชิดติดต่อกันเป็นเวลานาน ระหว่างผู้ป่วยกับผู้สัมผัสโดยจากการศึกษาแบบ Longitudinal Study ได้ยืนยันชัดแล้วว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก (MB) ถือเป็นแหล่งติดเชื้อที่สำคัญ แต่ขณะเดียวกันก็ต้องศึกษายืนยันให้ชัดต่อไปด้วยถึงบทบาทของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พบเชื้อน้อย (PB) ซึ่งมักพบในสัดส่วนจำนวนมากกว่าในท้องที่ ๆ มีโรคเรื้อนชุกชุมสูง(๓๓)

อย่างไรก็ตามในบุคคลที่มีภูมิต้านทานต่ำ อาจเสี่ยงต่อการติดโรคง่ายในการสัมผัสใกล้ชิดแม้ในระยะเวลาอันสั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สัมผัสในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยชนิดพบเชื้อมาก (MB) มีโอกาสเสี่ยงสูงมากกว่าผู้สัมผัสที่อยู่นอกครอบครัวผู้ป่วย การสัมผัสไม่จำเป็นต้องใกล้ชิดระหว่างผิวหนังต่อผิวหนังอย่างที่เคยเชื่อมาก่อนในอดีต เพราะว่าดังกล่าวมาแล้วการแพร่เชื้อจากเยื่อบุจมูกของผู้ป่วยชนิด

พบเชื้อมากสามารถพ่นเชื้อที่มีชีวิตออกไปในละอองอากาศได้หลายฟุต และมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นานถึง ๙ วัน โอกาสของการสูดดมเอาเชื้อเข้าไปจึงสามารถรับเชื้อเข้าไปได้ง่ายกว่า(๓๔)

เชื้อโรคเรื้อนไม่ค่อยพบบนผิวหนังภายนอกของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะพบเชื้อมาก (MB) เพราะเชื้อส่วนใหญ่อยู่ใน Granuloma ในชั้น Dermis ซึ่งมี Granuloma-Free Subepidemal Clear Zone กั้นอยู่ใต้ชั้น Basal Layer ของ Epidermis

เชื้อโรคเรื้อนไม่แพร่ทางกรรมพันธุ์ แม้จะสามารถตรวจพบเชื้อในน้ำอสุจิ รังไข่ สายสะดือ รก และแม้ในทารกก็ตาม

๒) วิธีแพร่ติดต่อทางอ้อม (Indirect Transmission)

วิธีแพร่ทางอ้อมยิ่งไม่มีบทบาทสำคัญในการแพร่โรคเรื้อน เชื้อโรคเรื้อนสามารถมีชีวิต นอกร่างกาย ในเสื้อผ้าและของใช้ในบ้านของผู้ป่วยชนิดพบเชื้อมากได้ก็ตาม(๓๕) และแม้จะมีรายงานการติดเชื้อเฉพาะที่เกิดได้จากการสัก รวมทั้งบทบาทของแมลงตามบ้าน แต่ก็ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนถึงความสำคัญทางระบาดวิทยา

ระยะฟักตัวของเชื้อโรคเรื้อน (Incubation Period)

ทั่วไปขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อโรคเรื้อน โดยทั่วไปประมาณ ๓ – ๕ ปี ได้มีผู้คำนวณหาระยะฟักตัวเฉลี่ยได้ต่าง ๆ กัน เช่น จากผู้ป่วยอินเดียตอนใต้และจากการศึกษาพบว่าเวลาต่ำที่สุด ๓ สัปดาห์ และสูงสุด ๓๐ ปี ในการศึกษาจากทหารผ่านศึก โดยพบระยะฟักตัว ๒.๙ – ๕.๓ ปี ในผู้ป่วยชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์ และ ๙.๓ – ๑๑.๖ ปีในผู้ป่วยชนิดเลโปรมาตัส (๓๖)

ปัจจัยด้าน Host (Host Factors)

จากผลของการศึกษาทางวิทยาอิมมิวโน โรคเรื้อนเป็นโรคที่ก่อให้เกิดอัตราการก่อโรคต่ำ (Low Pathogenic) แต่มีอัตราการติดเชื้อได้สูง (Highly Infectious) โดยทำให้เกิด Subclinical Infection ได้มาก แต่โอกาสจะเกิดมีอาการเป็นโรคเรื้อนได้หรือไม่ต้องแล้วแต่ระดับของ Cell-Mediated Immune Response ของ Host ที่มีต่อการ Challenge ของเชื้อโรคเรื้อนที่เข้าไป แม้ว่ากลไกทางวิทยาอิมมิวโนจะยังไม่ชัดเจนก็ตาม(๓๗)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Factors)

บทบาทของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อาทิ สภาพแออัดยัดเยียดในบ้านอาจทำให้มีโอกาสสัมผัสใกล้ชิดกันมากขึ้น ซึ่งก็ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาที่พบว่ามีการลดต่ำลงของโรคเรื้อนในหลายประเทศ เมื่อมีภาวะเศรษฐกิจสังคมโดยเฉพาะสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของคน ในช่วงเวลาที่แม้จะยังไม่มีการควบคุมโรคเรื้อนสมัยใหม่ที่ทันสมัย คงอาจมีแต่การแยกกักผู้ป่วยบ้างในอดีต ในบางประเทศก็ตาม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลโดยเฉพาะต่อการลดต่ำของโรคเรื้อนดังกล่าวจึงยังไม่พบชัดเจน แต่แนวคิดทั่วไปของการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งช่วยลดปัญหาของสภาพแออัดยัดเยียด ความยากจน และมีการปรับปรุงด้านสุขภาพอนามัยดีขึ้นก็อาจมีส่วนช่วยให้โรคเรื้อนลดต่ำลง แต่การจะพิสูจน์ยืนยันในการศึกษาเชิงปริมาณยังไม่มีการดำเนินการที่ชัดเจน(๓๘) กล่าวโดยสรุป การแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยเบื้องต้นของการมีโอกาสเสี่ยงสูงถ้าผู้สัมผัสมีภูมิต้านทานต่ำและมีโอกาสสัมผัสอย่างใกล้ชิดติดต่อกันเป็นเวลานานหรือด้วยความถี่บ่อยครั้งกับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อยู่ในระยะติดต่อที่สามารถแพร่เชื้อได้สูง (๓๙)

ลักษณะทางระบาดวิทยาอื่น ๆ ที่สำคัญ (Main Epidiological Features)

อายุ

โรคเรื้อนมีโอกาสเกิดได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่มักพบได้ยากมากในทารก อุบัติการณ์ทั่วไปของช่วงที่พบในระยะเริ่มมีอาการมักพบมากในกลุ่มอายุ ๑๐ – ๒๐ ปี(๓๔) และต่อไปจะลดลง ซึ่งเป็นข้อสังเกตที่พบได้ในเมียนม่า อินเดียตอนใต้ นอร์เวย์ และฟิลิปปินส์ ส่วนอุบัติการณ์ในแบบของเลโปรมาตัสมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นในกลุ่มอายุสูงกว่า และในทางกลับกันพบว่าจะต่ำกว่าในพวกทิวเบอร์คิวลอยด์ ซึ่งอาจเป็นเพราะระยะฟักตัวในผู้ป่วยชนิดเลโปรมาตัส มักนานกว่าในชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์

สำหรับการกระจายตามกลุ่มอายุในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดพบเชื้อน้อย (PB) จะแสดงกระสวนแบบ Bimodal Pattern ที่ชัดเจนโดย Peak แรกจะพบในอายุ ๑๐ – ๑๔ ปี ส่วน Peak ที่สองพบในอายุ ๓๐ – ๔๐ ปี ลักษณะกระสวนเฉพาะดังกล่าวอธิบายเบื้องต้นได้คือ ใน Peak แรกเป็นผลจากอาการรอยโรคมักหายได้เอง แล้วต่อมาอาจเกิดการติดโรคในช่วงอายุระยะต้นโดยเฉพาะในผู้สัมผัสวัยเด็กร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคเรื้อน แต่ข้ออธิบายนี้ยังไม่ได้รับการยืนยัน(๓๘)

เพศ

ในผู้ป่วยตามภูมิภาคต่าง ๆ ของโลกจะพบว่าทั้งอัตราความชุกและอัตราอุบัติการณ์โรคเรื้อนจะพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเสมอ ยกเว้นในอัฟริกาบางพื้นที่เท่านั้นที่พบในเพศหญิงสูงกว่าในอินเดีย ผู้ป่วยโรคเรื้อนชายจะมากกว่าหญิงราว ๒ ต่อ ๑(๓๙)

ความแตกต่างของเพศมักพบต่างกันมากในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มาว่าในวัยเด็ก รวมทั้งแตกต่างในผู้ป่วยชนิดเลโปรมาตัสมากกว่าในชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์

เชื้อชาติ

พบว่ากลุ่มเชื้อชาติผิวขาวและเหลือง (Caucacian and Mongoloid) มักมีความไวสูง (High-susceptibility Group) ต่อการเกิดโรคเรื้อนง่ายได้แก่อเมริกัน แองโกล อินเดียน Parsees เมียนม่า จีน และญี่ปุ่น พวกนี้ถ้าติดโรคมักมีโอกาสเกิดอาการเป็นแบบเลโปรมาตัส หรือกลุ่มพวกพบเชื้อมากได้สูงกว่าพวกผิวดำเช่น อัฟริกัน และอินเดีย

ดินฟ้าอากาศ (Climate)

ถึงแม้ว่าโรคเรื้อนมีความชุกสูงในกลุ่มประเทศที่อยู่ในเขต Tropic ที่มีอากาศร้อนและ Humid ก็ตามแต่ Climate จะไม่มีบทบาทสำคัญในด้านระบาดวิทยาของโรคเรื้อน

การกระจุกตัวเป็นหย่อม ๆ (Clustering)

โรคเรื้อนมักกระจายอย่างแบบไม่ Uniform และ Random โดยมักพบลักษณะการกระจายเป็นแบบกระจุกตัวเป็นหย่อม ๆ (Clustering) ซึ่งพบชัดเจนมากในพื้นที่ ๆ มีความชุกของโรคเรื้อนต่ำ และในอดีตมักพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนมักเกิดเฉพาะในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนเองเป็นส่วนใหญ่(๖) ดังนั้นจึงชี้ให้เห็นว่า Genetics อาจมีบทบาทสำคัญในการกำหนด Susceptabillity โดยการเกิด Clustering อาจเป็นผลจากการ Share ร่วมกันในด้านสิ่งแวดล้อม Genes หรือการสัมผัสร่วมกับผู้ป่วยระยะติดต่อ ซึ่งยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามลักษณะ Clustering มีนัยสำคัญมาก โดยเฉพาะสามารถนำไปใช้ในการวางรูปแบบและการแปรผลของการสำรวจโรคเรื้อนแบบสุ่มตัวอย่างต่อไปได้

การติดเชื้อไมโคแบคทีเรียอื่น ๆ มาก่อนในพื้นที่

อาจเป็นไปได้ที่การติดเชื้อไมโคแบคทีเรียอื่น ๆ รวมทั้งเชื้อวัณโรคอาจจะมีบทบาทต่อการเกิดโรคเรื้อน โดยอาจจะมี Antigenic Overlap ซึ่งกันและกัน กรณีดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากการสังเกตพบว่าผลของการป้องกันโรคเรื้อนในผู้ฉีดวัคซีนบีซีจีในพื้นที่ภูมิศาสตร์แตกต่างกันจะมีความผันแปร

ต่างกันไป และพบว่ามีผลคุ้มกันโรคเรื้อนได้ดีจำกัดอยู่ในผู้ที่ผลการทดสอบทิวเบอร์คิวลิน ให้ผลบวก ผลการป้องกันโรคเรื้อนจากวัคซีนบีซีจีมักได้ผลดีมากในพื้นที่แตกต่างกัน โดยการจะเพิ่มหรือลดภูมิคุ้มกันต่อโรคเรื้อนแล้ว แต่ว่าจะพบมีไมโครแบคทีเรียอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อมในพื้นที่นั้นๆมากน้อยเพียงไร เพราะเชื้อไมโครแบคทีเรียบางชนิดออกฤทธิ์ในด้านเสริมภูมิต้านทานกับเชื้อบีซีจี (Synegistic) ในขณะที่บางชนิดก็ออกฤทธิ์แบบต่อต้านกัน (Antagonistic) (๒๒)

Time Trends ในความชุกของโรคเรื้อน

ในระยะของการใช้ยาแด๊ปโซนอย่างเดียวในโครงการรักษาและควบคุมโรคเรื้อนมักปรากฏว่ามีระดับของอัตราความชุกค่อนข้างจะอยู่คงที่ในพื้นที่ ๆ มีโรคเรื้อนชุกชุมสูง ร่วมกับพบการเกิดผู้ป่วยใหม่ทุกปีอย่างคงที่เช่นกัน อย่างไรก็ตามพบว่ามีกรณีศึกษาแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของความชุกของโรคเรื้อนได้เกิดขึ้นในบางพื้นที่ของโลกระหว่างศตวรรษที่ผ่านมา โดยหลาย Patterns ได้ปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้นในปัจจุบัน(๓๙) และเปลี่ยนแปลงลดลงได้มากหลังจากใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ (MDT)

การลดต่ำลงตามธรรมชาติของอุบัติการณ์โรคเรื้อน

ได้มีการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์โรคเรื้อนได้ลดต่ำลงเรื่อย ๆ อย่างมากในยุโรปภาคเหนือ ฮาไว ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกาและเวเนซูเอลา และบางรายโรคเรื้อนลดลงตามลำดับจนถึงกับหมดไปได้ในประชากรคนท้องถิ่นที่อยู่ในพื้นที่เอง จากการวิเคราะห์แนวโน้มดังกล่าวพบว่า มีลักษณะปรากฏหลายประการคล้ายคลึงกับที่สังเกตพบในระหว่างที่มีการลดต่ำลงของวัณโรคในประชากรกลุ่มเดียวกัน อาทิ การ Shift ของ Peak-Age-Specific Incidence ไปสู่กลุ่มที่อายุสูงมากขึ้นเป็นต้น(๓๙)

การเปลี่ยนแปลงใน Profile ของโรคเรื้อน

ในระยะ ๒๐ กว่าปีที่ผ่านมาจะพบว่า Clinical Profile ของโรคเรื้อนได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก อาทิ พบว่าปัจจุบันรอยโรคของตุ่มที่แตกเป็นแผลและลักษณะหน้านูนหนาเป็นแบบหน้าสิงโต (Leonine Facies) ในผู้ป่วยชนิดเลโปรมาตัสมักพบได้ยากมาก รวมทั้งอาการแทรกซ้อน พวกอาการทางกล่องเสียงหนาที่ทำให้เสียงแหบ เพดานปากทะลุเป็นรู ทั้งนี้เป็นผลจากประสิทธิภาพที่ดีขึ้นของโครงการควบคุมโรคเรื้อนและเคมีบำบัดโรคเรื้อน

นอกจากนั้น อาการแทรกซ้อนที่รุนแรงเช่น โรคเห่อชนิดที่สองแบบตุ่มเห่อ (ENL) ที่รุนแรงแตกเป็นแผลมาก ๆ จนเป็นผลให้เกิด Amyloidosis, Nephrotic Syndrome ก็พบจำนวนน้อยลงอย่างมากในช่วงสิบปีที่ผ่านมา ซึ่งอาจเป็นผลจากประสิทธิภาพที่สูงขึ้นของการบำบัดรักษาอาการโรคเห่อชนิดที่สองคือตุ่มเห่อ ENL(๓๙)

การกระจายในเขตชุมบทและเทศบาล

ในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม จึงเกิดการพัฒนาเขตเมืองและเขตอุตสาหกรรมมากขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศที่กำลังพัฒนา ทำให้ปัญหาโรคเรื้อนในเขตเมืองและมหานครใหญ่ ๆ มีปัญหาเพิ่มมากขึ้น เช่น ในนครบอมเบย์ กัลกัตตา กรุงเทพฯ จาร์กาตา และมะนิลา เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางนิเวศวิทยาของเชื้อโรคเรื้อนนี้ จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อการดำเนินงานโครงการควบคุมโรคเรื้อนในเขตเมืองต่อไปอย่างมาก และน่าจะพัฒนารูปแบบตัวอย่างไว้สำหรับใช้ประโยชน์แลกเปลี่ยนและขยายรูปแบบใน เมืองใหญ่ ๆ ของภูมิภาคอื่น ๆ ซึ่งประสบปัญหาเช่นกัน(๔๐)

๒. แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ

กรอบแนวคิดด้านความพิการ(๔๑)

ในช่วงก่อนปี พ.ศ.๒๕๔๔ กรอบแนวคิดหลักด้านความพิการมี ๒ รูปแบบ แบบแรกคือแนวคิดทางการแพทย์(Medical model) เริ่มในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ ซึ่งคิดว่าความพิการเป็นการติดเชื้อโปลิโอทำให้อวัยวะบกพร่อง คือ กล้ามเนื้อแขนและขาอ่อนแรงแล้วส่งผลไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Disability) ได้แก่ เดินเองไม่ได้ต้องใช้ไม้ค้ำยันช่วยผลที่ตามมาคือเกิดความเสียเปรียบหรือด้อยโอกาสในการดำรงชีวิตในสังคม (Handicap) เช่น เด็กคนนั้นไม่สามารถกลับไปร่วมชั้นเรียนเดิมได้เนื่องจากห้องเรียนอยู่ชั้น ๓ มีการเดินเรียน เป็นต้น การดูแลคนพิการกลุ่มนี้จึงเน้นไปที่การฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะตัวของคนนั้น ให้บรรลุความสามารถสูงสุดที่พึงจะทำได้ เช่น อัมพาตครึ่งท่อนล่างจะต้องฝึกฝนให้มีกำลังกล้ามเนื้อแขนมาก ๆ เพื่อให้สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้ ใส่เหล็กดามขาเพื่อเดินระยะทางใกล้ๆได้ เป็นต้น

รูปแบบที่สองเป็นแนวคิดทางสังคม (Social model) กล่าวคือ คนพิการเป็นความหลากหลายอย่างหนึ่งของร่างกายมนุษย์เท่านั้น ความพิการจึงมิใช่ปัญหาระดับบุคคล ทว่าเกิดจาก “สังคม” ที่ไม่สามารถจัดการให้คนที่มีความหลากหลายอยู่ร่วมกันได้ เป็นปัญหาที่เกิดจากเงื่อนไขหลาย ๆ อย่างของสังคม เช่น ทัศนคติว่าคนพิการมีความสามารถน้อยจึงไม่รับคนพิการเข้าทำงานทั้งที่ความพิการนั้น ไม่เป็นอุปสรรคต่องานนั้น ทัศนคติว่าคนพิการน่าสงสารต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ จึงทำให้มีผู้คอยทำทุกอย่างให้ทั้ง ๆ ที่ทำเองได้ หรือการสร้างทางขึ้นอาคารมีแต่บันได ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้พิการไม่สามารถใช้อาคารนี้ได้ เป็นต้น คนพิการบางคนขณะอยู่ในโรงพยาบาลสามารถฝึกฝนจนทำกิจกรรมได้เองทุกอย่าง แต่กลับบ้านยังให้คนอื่นป้อนข้าวให้หรือกลับไปบ้านไม่เคยได้เข็นเข้าไปไหนเลยเพราะบ้านไม่มีทางลาด จะเห็นว่าการจะลดความพิการโดยยึดแนวคิดด้านใดด้านหนึ่งจะไม่สามารถแก้ปัญหาความพิการได้ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ องค์การอนามัยโลกจึงเสนอแนวคิด Biopsychosocial model ว่าความพิการนั้นเป็นผลรวมของความผิดปกติของร่างกายและจากปัจจัยแวดล้อม ทั้งนี้ได้จัดกลุ่มองค์ประกอบของ ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health) เป็นรหัสข้อมูลรวมเป็นบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน สุขภาพและความพิการ ขึ้นเพื่อนำเสนอภาษามาตรฐานที่สามารถสื่อสารได้ทั่วโลก

ความหมายของคนพิการและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

“คนพิการ” (๔๒) หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใดประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความต้องการจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใดเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด

“การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” หมายความว่า การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใดเพื่อให้ คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ

“การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต” หมายความว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การจัดสวัสดิการ การส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรี

แห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

“ผู้ดูแลคนพิการ” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ

“ผู้ช่วยคนพิการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งให้ความช่วยเหลือคนพิการเฉพาะบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิต

ลักษณะเฉพาะตามธรรมชาติของปัญหาและผลกระทบของโรคเรื้อน(๙)(๔๓)

๑. การก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนทางจิตวิทยา(Psychological Disturbance) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการศึกษาและวิถีชีวิตในระดับสูง มีฐานะและสถานภาพศักดิ์ศรีในสังคมสูง มีครอบครัวต้องดูแล ย่อมกลัวที่จะถูกรังเกียจและไม่ยอมรับหรือปฏิเสธ(Rejection) โดยสังคมต้องหวั่นวิตกต่อโชคชะตากรรมของตนเองและครอบครัวต่อไปอย่างมาก ผู้ป่วยจะยิ่งมีปมด้อยรุนแรงและตกเป็นเหยื่อของความรังเกียจของสังคมต่อไป จนเกิด Psychological Trauma ที่ยากจะแก้ไขและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการรังเกียจตนเอง(self - stigma) ก็เป็นผลกระทบตามธรรมชาติของโรคเรื้อนด้วย เนื่องจากบุคคลนั้น ๆ จะตำหนิตนเองจากการเจ็บป่วยเป็นโรคโดยการทำเช่นนี้จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกไร้ค่าและสูญเสียความนับถือตนเอง สูญเสียความหวังและเป้าหมายในชีวิต

๒. การก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนทางสังคม (Social Disturbance) นอกจากความชำรุดบกพร่องของร่างกายหรือขีดจำกัดในการทำหน้าที่ที่เป็นปัญหาใหญ่ในโรคเรื้อนแล้ว แต่การรังเกียจและการถูกแยกจากสังคมก็เป็นผลกระทบใหญ่เช่นกัน ผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องคอยหลบซ่อนปกปิดจากการที่สังคมไม่ยอมรับ การรังเกียจเดียดฉันท์(Discrimination) และขับไล่ออกไป(Ostracism) จากครอบครัว จากชุมชน จากบ้าน จากความรัก ความผูกพันต่าง ๆ ไม่มีใครคบค้าสมาคม กลายเป็นพวก Out Cast ต้องมีข้อจำกัดทางสังคม (Social Disability) และแม้ลูกหลานก็มีปัญหาถูกรังเกียจไปด้วยทั้งที่ไม่ได้ติดโรคย่อมก่อปัญหาและผลลัพธ์ทางสังคมตามมาอย่างมากมายหรือแม้ถูกส่งไปรักษาอยู่ตามสถานพยาบาลโรคเรื้อน นิคมโรคเรื้อนจนหายแล้วก็ไม่สามารถกลับสู่สังคมได้ (Social Reintegration) หรือบางคนต้องถูกทอดทิ้งอยู่เดียวดาย(Destitution) ในที่สุด

๓. การก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ (Economic Disturbance) เมื่ออาการโรคเรื้อนปรากฏชัดไม่สามารถปกปิดซ่อนเร้นตนเองต่อไปได้ในที่สุด เมื่อสังคม นายจ้าง ผู้ร่วมงานรู้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนบางส่วนต้องถูกปลดออกจากงาน ถูกหย่าร้าง ถูกทอดทิ้ง ขาดรายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัว อันเนื่องมาจากการรังเกียจทั้ง ๆ ที่ยังมีสมรรถภาพทางร่างกายและสติปัญญาเพียงพอ หรือ บางทีก็ไม่สามารถที่จะทำงานได้ต่อไปเนื่องจากการชำรุดบกพร่องของร่างการจนกลายเป็นทรัพยากรที่ไร้ค่าทางเศรษฐกิจและเป็นภาระแก่สังคมต่อไปภายหลัง อีกทั้งยังอาจส่งผลกระทบต่อการไปรับการรักษาพยาบาล เนื่องจากมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์หรือแม้แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลบางอย่าง

๔. การไม่สนใจรับการรักษาเท่าที่ควรจนพิการและมีข้อจำกัด (Disablement) จากการรังเกียจกลัวสังคม ต้องปกปิดหลบซ่อนตัวไม่ยอมมาตรวจรักษาหรือรักษาไม่เต็มที่ก็จะมีอาการกำเริบทำลายเส้นประสาทจนเสื่อมหน้าที่ (Impairment) ตามด้วยการเกิดความพิการ (Deformity) และมีความบกพร่องหย่อนสมรรถภาพ(Handicap) ในที่สุด ซึ่งความชำรุดบกพร่องหรือการเสื่อมหน้าที่ของ

ร่างกายนี้ก่อให้เกิดผลกระทบทำให้มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น คนที่สูญเสียความรู้สึกที่มืออาจทำให้มีความยากลำบากในการทำงานต่าง ๆ เช่น การหยิบจับช้อนส้อม หรือผู้ป่วยที่มีเท้าตกก็จะมีความยากลำบากในการเดิน

การป้องกันความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน(๔๔)

ความพิการในโรคเรื้อน เกิดเนื่องจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายจนสูญเสียหน้าที่ อวัยวะที่อาจเกิดความพิการ คือ ใบหน้า ตา มือ และเท้า ปัจจุบันพบว่าประมาณร้อยละ ๓๘ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความพิการซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ความพิการเหล่านี้ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้หากผู้ป่วยได้รับการรักษาและดูแลอย่างรวดเร็วและถูกต้อง และงานป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน จึงเป็นกิจกรรมสำคัญของการควบคุมโรคเรื้อนและเป็นนโยบายระดับกระทรวงตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๒ เป็นต้นมา

เป้าหมายของการป้องกันความพิการ

๑. ไม่ให้มีความพิการเกิดขึ้นใหม่
๒. หยุดยั้งความพิการที่มีอยู่แล้วให้คงที่ ไม่เพิ่มขึ้น
๓. ลดระดับความพิการ

กระบวนการเกิดความพิการและการป้องกัน

ขั้นตอนการเกิดความพิการ	อาการต่าง ๆ ที่แสดงว่าเส้นประสาทถูกทำลายจากเส้นประสาทอักเสบ			ระยะเวลาการเกิดความพิการ	การป้องกันและการดูแลรักษา
	ประสาทรับความรู้สึก	ประสาทอัตโนมัติ	ประสาทควบคุมกล้ามเนื้อ		
๑.ความพิการปฐมภูมิ (primary disabilities) ผลจากเส้นประสาทถูกทำลายระยะแรก	สูญเสียความรู้สึกบริเวณที่เส้นประสาทไปเลี้ยง - กระจกตาชา - ฝ่ามือชา - ฝ่าเท้าชา	ต่อมเหงื่อ ต่อมไขมันไม่ทำงาน - ไม่มีเหงื่อ - ผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้าแห้ง	กล้ามเนื้อไม่ทำงาน - กล้ามเนื้อหลับตาอ่อนแรง ตาหลับไม่สนิท - กล้ามเนื้อนิ้วมือข้อมืออ่อนแรง - กล้ามเนื้อกระดูกเท้าอ่อนแรง	- เกิดขึ้นได้ทั้งก่อนรักษาและระยะเฝ้าระวัง - หากเกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือนสามารถรักษาได้ - กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงมากที่สุดคือกลุ่ม borderline	- วินิจฉัยโรคเรื้อนให้เร็วที่สุด และให้การรักษาด้วยยา MDT ตั้งแต่เริ่มเป็น - วินิจฉัยเส้นประสาทอักเสบตั้งแต่ต้นโดยการตรวจความพิการตามระยะเวลาและให้การรักษาด้วย prednisolone ให้ทันเวลา มิฉะนั้นเส้นประสาทจะถูกทำลายอย่าง

					ถาวร
๒.ความพิการทุติยภูมิ (secondary disabilities) ๒.๑ ปัญหาที่เกิดภายหลังเส้นประสาทถูกทำลายอย่างถาวรและอวัยวะที่พิการไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ๒.๒ ปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมา	- กระจกตาเป็นแผลตาอักเสบจากการขาดการป้องกันดูแลที่ถูกต้อง - เป็นแผลที่ฝ่ามือฝ่าเท้า จากการใช้งานนานเกินไปโดยไม่รู้สึกเจ็บและไม่มีการป้องกัน	- เกิดหนังหนาด้านแข็ง ขาดความยืดหยุ่นมีรอยแตกที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า จากการขาดการดูแลผิวหนังที่แห้งอย่างถูกวิธี	-กล้ามเนื้อมือเท้าลีบ - นิ้วมือ นิ้วเท้า งอข้อติดแข็ง - ข้อเท้าที่ตกอาจงอแข็งจากการที่ไม่ได้นวดบริหารกล้ามเนื้อมือ เท้าอย่างถูกวิธี	-เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องตลอดอายุขัยของผู้ป่วยภายหลังเส้นประสาทถูกทำลายอย่างถาวร	- สอนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตา มือ เท้า ที่มีปัญหาด้วยตนเองโดยการสาธิตและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกับเจ้าหน้าที่ - ตรวจความพิการตามระยะเวลาและบันทึกผลการตรวจ
	ตาบอด แผลต่าง ๆ เกิดการอักเสบติดเชื้อ ลุกลามถึงกระดูก นิ้วมือนิ้วเท้ากุดด้วน กระดูกหดสั้น สูญเสียเนื้อเยื่อที่มือ เท้า เกิดแผลเป็น มือ เท้าบิดงอ ผิดรูปร่าง เนื่องจากขาดการดูแล ตา มือ เท้า ที่มีปัญหาอย่างถูกวิธี			-เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องตลอดอายุขัยของผู้ป่วยภายหลังเส้นประสาทถูกทำลายอย่างต่อเนื่อง	- สอนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลแผลด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสอนให้ผู้ป่วยสามารถดูแล ตา มือ เท้า ที่มีปัญหาด้วยตนเองโดยการสาธิตและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกับเจ้าหน้าที่ - ตรวจความพิการตามระยะเวลาและบันทึกผลการตรวจ

เส้นประสาทที่มักจะถูกทำลายในผู้ป่วยโรคเรื้อนและความพิการที่เกิดขึ้น

อวัยวะ	เส้นประสาท	ความผิดปกติที่ตรวจพบ	
		ความพิการ	การสูญเสียความรู้สึก
ตา	Trigeminal nerve Facial nerve	- ตาหลับไม่สนิท (lagophthalmos)	กระจกตาชา -
มือ	Ulnar nerve	นิ้วนางและนิ้วก้อยงอ	ชาบริเวณนิ้วก้อย และครึ่งหนึ่งของนิ้วนาง
	Median nerve	นิ้วหัวแม่มืองอ	ฝ่ามือชาบริเวณนิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และครึ่งหนึ่งของนิ้วนาง และปลายนิ้วชี้นิ้วกลาง และครึ่งหนึ่งของนิ้วนางด้านหลังมือ
	Radial nerve	ข้อมือตก	ชาบริเวณโคนนิ้วหัวแม่มือด้านฝ่ามือ และนิ้วหัวแม่มือ ส่วนต้นของนิ้วชี้ นิ้วกลางและครึ่งหนึ่งของนิ้วนางด้านหลังมือ
เท้า	Common peroneal nerve Posterior tibial nerve	ข้อเท้าตก นิ้วเท้างอ	ชาบริเวณหลังเท้าและขาด้านนอก ชาบริเวณฝ่าเท้า

การแบ่งระดับความพิการ

องค์การอนามัยโลกแบ่งระดับความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็น ๓ ระดับ กรณีที่มีความพิการที่มองเห็นได้ กำหนดให้เป็นระดับ ๒ การพิจารณาให้แยกความพิการของแต่ละอวัยวะ คือ ตา มือ และเท้าและให้ถือความพิการสูงสุดที่ตรวจพบเป็นระดับความพิการของผู้ป่วยรายนั้น

การแบ่งระดับความพิการ

ระดับความพิการ	ตา	มือ	เท้า
ระดับ ๐	หนังตา/ตาปกติ สายตาไม่มัว	รูปร่างปกติและฝ่ามือไม่ชา	รูปร่างปกติและฝ่าเท้าไม่ชา
ระดับ ๑	กระจกตาชา สายตามัวไม่มาก(นับนิ้วมือที่ระยะ ๖ เมตรได้ถูกต้อง วัดสายตาได้ ๖/๖๐ หรือดีกว่า)	รูปร่างปกติและฝ่ามือชา	รูปร่างปกติและฝ่าเท้าชา

ระดับ ๒	ตาหลับไม่สนิท ม่านตาอักเสบกระจกตาเป็นฝ้าขุ่น สายตามัวมาก(นับนิ้วมือที่ระยะ ๖ เมตรไม่ได้ วัดสายตาได้น้อยกว่า ๖/๖๐)	รูปร่างผิดปกตินิ้วงอ ข้อติดแข็งกระดูกหดสั้น มีแผล ข้อมือตก	รูปร่างผิดปกตินิ้วงอ ข้อติดแข็งกระดูกหดสั้น มีแผล เดินเท้าตก

วิธีดำเนินงานป้องกันความพิการ

๑. เร่งค้นหาผู้ป่วยใหม่ให้เร็วที่สุดก่อนเกิดความพิการและให้การรักษาด้วยยา MDT

๒. ดูแลรักษาหน้าที่ของเส้นประสาท

๓. ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตา

๔. ป้องกันและดูแลรักษามือชา รวมทั้งความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับมือ

๕. ป้องกันและดูแลรักษาเท้าชา รวมทั้งความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับเท้า

กระบวนการต่าง ๆ ของงานป้องกันความพิการ จะบรรลุวัตถุประสงค์ได้ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มิใช่เฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยยา MDT เท่านั้น เพราะความพิการอาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องได้ หากผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีการดูแลตนเองอย่างถูกวิธี

การตรวจความพิการ

ผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกราย จะต้องได้รับการตรวจความพิการเมื่อเริ่มให้การรักษาด้วยยา MDT เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกันและรักษาความพิการ และจะต้องติดตามตรวจเป็นระยะ ๆ ตามสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีการตรวจดังนี้

๑. การตรวจตา สังเกตการณ์กระพริบตา ตรวจดูว่ามีอาการปวดตา ตาแดง ตาหลับไม่สนิทหรือไม่ ทดสอบกำลังกล้ามเนื้อตาและวัดสายตาโดยใช้แผ่นวัดสายตา หรือให้นับนิ้วมือที่ระยะ ๖ เมตร

๒. คลำเส้นประสาท ที่มักถูกทำลายในผู้ป่วยโรคเรื้อนว่ามีเส้นประสาทโตหรือไม่

๓. ทดสอบกำลังกล้ามเนื้อ

เส้นประสาท	ตำแหน่งที่ตั้ง	โดยทดสอบกำลังกล้ามเนื้อของ
Facial nerve	ข้างโหนกแก้ม	กล้ามเนื้อหลับตา
Ulnar nerve	ข้างข้อศอก	นิ้วก้อย
Median nerve	กลางข้อมือด้านฝ่ามือ	นิ้วโป้ง
Radial nerve	ข้างข้อมือด้านนิ้วโป้ง	ข้อมือ
Common peroneal nerve	ข้างขาพับด้านนอก	การกระดกปลายเท้า

๔.การทดสอบความรู้สึก ทดสอบความรู้สึกที่ฝ่ามือ ๑๐ ตำแหน่ง และที่ฝ่าเท้า ๑๒ ตำแหน่ง โดยใช้ปลายปากกาลูกลื่นหรือ monofilament

๕. บันทึกผลการตรวจ ในแบบบันทึกการตรวจความพิการ และวิเคราะห์ผลการตรวจ จะต้องทราบปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยทั้งหมดรวมทั้งระยะเวลาที่เกิดอาการต่าง ๆ กรณีที่ผู้ป่วยมีเส้นประสาทอักเสบ และหรือมีการสูญเสียหน้าที่ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน การรักษาด้วยยา prednisolone จะช่วยรักษาหน้าที่ของเส้นประสาทที่เสียไปให้กลับมาได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่พิการ

ระยะเวลาการติดตามตรวจความพิการ แบ่งตามกลุ่มผู้ป่วย ระดับความพิการ การมีโรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบ

กลุ่มผู้ป่วย	ไม่มีความพิการ (ระดับ ๐)	มีความพิการ (ระดับ ๑ ขึ้นไป)	มีโรคเห่อ/เส้นประสาทอักเสบ/มีแผล/กำลังได้รับ prednisolone
กำลังรักษา	อย่างน้อยทุก ๓ เดือน	อย่างน้อยทุก ๓ เดือน	ทุก ๑ เดือน
ระยะเฝ้าระวัง	อย่างน้อยทุก ๖ เดือน	อย่างน้อยทุก ๖ เดือน	ทุก ๑ เดือน
ครบระยะเฝ้าระวังแล้ว	จำหน่ายจากทะเบียนได้เลยไม่ต้องติดตามนัดตรวจอีก	อย่างน้อยทุก ๑ ปี	ทุก ๑ เดือน (กรณีมีแผลหรือยังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง)

การให้สุขศึกษาในงานป้องกันความพิการ

มุ่งเน้นในการสอนแนะ สาธิต และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งต้องมีการติดตามประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องตามกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองหรือไม่และบันทึกผล

กลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นจะต้องให้การดูแลเพื่อป้องกันความพิการอย่างใกล้ชิด คือ

๑. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยง (at risk) หมายถึง ผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดความพิการ แต่มีแนวโน้มที่เส้นประสาทจะถูกทำลายจนสูญเสียหน้าที่ได้มาก ได้แก่ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการต่อไปนี้

๑.๑ ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (multibacillary leprosy : MB) โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิด borderline และหรือในระหว่างการรักษาช่วง ๑ ปีแรก

๑.๒ มีรอยโรคหลายแห่ง (มากกว่า ๕ ผื่น และกระจายสองข้างของร่างกาย)

๑.๓ มีรอยโรคที่ใบหน้า

๑.๔ มีเส้นประสาทโต จำนวน ๓ เส้น หรือมากกว่า

๑.๕ กำลังเกิดภาวะเส้นประสาทอักเสบ

๑.๖ มีประวัติการเกิดโรคเห่อหรือกำลังเกิดโรคเห่อ

๑.๗ กำลังตั้งครรภ์ หรืออยู่ในระยะให้นมบุตร

๒. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอันตราย (in danger) หมายถึงผู้ป่วยที่มีความพิการเกิดขึ้นแล้ว หากไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องความพิการจะเลวร้ายลงหรือมีความพิการใหม่เกิดขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการต่อไปนี้

๒.๑ กล้ามเนื้อหลับตาอ่อนแรง

๒.๒ ฝ่ามือชา มีแผลเป็นรอยแตกที่บริเวณฝ่ามือ มีความพิการอื่น ๆ ที่มือ

๒.๓ ฝ่าเท้าชา เท้าแตก มีแผลเป็นรอยแตกที่บริเวณฝ่าเท้ามีความพิการอื่น ๆ ที่เท้า

๒.๔ มีเส้นประสาทอักเสบและมีการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทระยะแรกหรือบางส่วน

หน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน

๑. ให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันความพิการแก่ผู้ป่วยทุกราย

๒. ค้นหาภาวะเสี่ยงต่อความพิการของผู้ป่วยแต่ละรายและบันทึกไว้

๓. ตรวจประเมินปัญหาความพิการตามระยะเวลาและบันทึกผลการตรวจไว้

๔. ให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่สามารถรักษาได้

๕. สอนแนะและฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง รวมทั้งต้องประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านั้นเพื่อป้องกันความพิการได้หรือไม่

๖. กระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการ

๗. ส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อยังหน่วยงานที่มีความพร้อมกรณีที่มีปัญหา

๓. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

เป็นความจริงที่ว่าคนนั้นเกิดมาแล้วไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคมต้องมีการติดต่อพบปะกับบุคคลอื่นเสมอบางคนอาจจะใกล้ชิดกันมาก บางคนอาจจะใกล้ชิดกันน้อย การติดต่อกันทำให้รู้จักกัน ทำให้เกิดความสัมพันธ์กับคนอื่นหลายคน จนกลายเป็นเครือข่ายทางสังคม (Social Network) เครือข่ายทางสังคมเป็นเครือข่ายโยงใยที่แสดงให้เห็นว่าคนนั้นมีการติดต่อสัมพันธ์กับใครบ้าง เช่นกับคนในครอบครัวและญาติเป็นต้น จากคนใกล้ตัวขยายวงกว้างออกไปถึงเพื่อนบ้าน เพื่อนที่เรียนหนังสือมาด้วยกัน เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสมาชิกชมรม หรือสมาคมต่าง ๆ เป็นต้น

การได้ติดต่อกัน และการได้สื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สร้างความสนิทสนมคุ้นเคยทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกัน บางครั้งบุคคลหนึ่งอาจจะเป็นฝ่ายให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น แต่บางครั้งอาจจะเป็นผู้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วย การสนับสนุนเกื้อกูลกันทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางด้านสังคมและจิตวิทยา ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาถึงผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ รวมทั้งต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งถ้าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คนมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพที่จะทำให้สุขภาพของบุคคลนั้นหรือกลุ่มนั้นดีไปด้วย

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

คำว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

คอบบ์(๔๕) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้าง โดยกล่าวว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คาห์น(๔๖) กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง

นอร์เบค(๔๗) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพบุคคล

ทอยท์ส(๔๘) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งเกิดจากมีการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

สรุปแล้วแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม การช่วยเหลือมีอยู่หลายประเภท เช่น ข้อมูลข่าวสาร เงิน และแรงงาน เป็นต้น แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยบุคคล ๒ ฝ่าย คือ ฝ่ายผู้ให้ เช่น บิดา มารดา และครู กับฝ่ายผู้รับ เช่น บุตร หรือ นักเรียน ได้รับคำแนะนำตักเตือนจากบุคคลดังกล่าวเป็นต้น

แหล่งแรงสนับสนุนทางสังคม

แคปแลน และคณะ(๔๙) ได้กล่าวไว้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น ต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ของแหล่งที่ให้การสนับสนุน คือ ได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าวเป็นคนที่อยู่ในเครือข่าย (Social network) ของแต่ละคน(๔๖) และจากการศึกษาของแคปแลน และคณะ พบว่าคนที่ขาดการติดต่อกับคนในสังคม จะทำให้เกิดโรคสังคมแตกแยก (Social breakdown syndrome) คือ เป็นอาการที่ไม่เป็นตัวของตัวเอง ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและไม่สามารถดูแลตัวเองได้ และในทางตรงกันข้าม คนเราอยู่ในสังคม เมื่อประสบปัญหามักจะได้รับความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะทำให้ความคาดหวังของแต่ละคนเป็นจริง แรงสนับสนุนทางสังคมจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหา เฮาส์(๕๐) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ ๒ กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ

๑. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นโดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง

๒. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น แพทย์ พยาบาล/ทีมสุขภาพ เป็นต้น

เพนเดอร์(๕๑) แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

๑. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดาและมารดา คอยดูแลช่วยเหลือบุตร ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำแก่บุตรหรือสมาชิกของครอบครัว

๒. กลุ่มเพื่อน (Peer Support Systems) คนกลุ่มนี้ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกิดขึ้นในตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมากับเพื่อนได้

๓. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized Religious Support Systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้น ๆ

๔. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Organized Suppory Systems of Care Gibing of Helping Professional) ได้แก่กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอหรือแรงสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ และพยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้ได้

๕. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support Group Not Directed by Health Professional) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจะจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิต ความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์เหมือนกัน

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

การช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน หรือการให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอยู่ในแต่ละสังคมนั้นมีหลายอย่าง ซึ่งถ้าจัดเป็นประเภทก็จะสามารถแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมได้หลายประเภท ตัวอย่างเช่น

แบรนด์และไวเนอร์ท(๕๒) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น ๖ ชนิด คือ

๑. ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก และได้รับความเอาใจใส่ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งมักจะได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย

๒. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึงการที่บุคคลมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้การแบ่งปันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านความคิด กำลังทรัพย์ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันสมควร รวมทั้งทำให้เกิดความห่วงใยซึ่งกันและกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา เป็นผลทำให้บุคคลขาดกำลังใจ สิ้นหวังและรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่

๓. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น แล้วทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ และรู้สึกชีวิตนี้ไร้ค่า

๔. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับ ยกย่อง และชื่นชมจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน ที่บุคคลนั้นสามารถแสดงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจจะเป็นบทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง

๕. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี แรงสนับสนุนนี้เป็นความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลขาดความมั่นคง และถูกทอดทิ้ง

๖. การได้รับการชี้แนะ หมายถึง การได้รับความจริงใจในการช่วยเหลือทางอารมณ์ และชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธา และเชื่อมั่น เมื่อเกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤตเพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่กำลังประสบอยู่ ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

เฮาส์(๕๐) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมี ๔ ประเภท คือ

๑. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

๒. แรงสนับสนุนด้านการประเมินค่า(Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม

๓. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร(Informational Support) ได้แก่การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

๔. แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร(Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย

เพนเดอร์(๕๑) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น ๔ ประเภท คือ

๑. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์(Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า

๒. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร(Information Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไร จึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

๓. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร(Instrumental Aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือช่วยดูแลบุตรให้ เพื่อให้มารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

๔. การยอมรับ(Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

แรงสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่สามารถสนับสนุนชักจูงหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัว หรือมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหรือแรงสนับสนุนของผู้ให้ จึงน่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข โดยเฉพาะงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งปกติสังคมไทยมีการเกื้อกูลต่อกันมาเป็นเวลาช้านานแล้ว

๑. คัดเลือกหาบุคคลที่จะเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาจจะถามจากกลุ่มเป้าหมายก็ได้ ว่าบุคคลใดที่กลุ่มเป้าหมายเชื่อถือ ศรัทธา ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะหนึ่งคนหรือมากกว่าก็ได้

๒. เตรียมความพร้อมให้กับผู้ที่จะให้แรงสนับสนุนทางสังคม ให้มีความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่ จะให้กับกลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับ เช่น ผู้ให้แรงสนับสนุนถ้าจะทำหน้าที่แนะนำหรือกระตุ้นเตือนให้กลุ่มเป้าหมายแปรงฟันให้ถูกต้อง ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมจะต้องปฏิบัติได้ถูกต้อง และสามารถสาธิตให้แก่คนอื่นได้ (บางครั้งอาจจะต้องฝึกอบรมผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมก่อนที่จะให้ไปทำหน้าที่)

๓. กำหนดบทบาทให้ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมทราบและเข้าใจ เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น ให้แรงสนับสนุนประเภทใด แก่ใคร บ่อยแค่ไหนและที่ไหน และอาจต้องมีการติดตามการปฏิบัติงานของผู้ให้แรงสนับสนุนด้วย

นอกจากนี้อาจประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากฝ่ายผู้รับ โดยการสอบถามหรือสัมภาษณ์ หรือให้ผู้รับจดบันทึกก็ได้

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับนั้น มีผู้ประเมินแตกต่างกันตามแนวคิดของแต่ละบุคคล โดยอาจจะมีการประเมินแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงอย่างเดียว หรือมีการประเมินทั้งแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและความพึงพอใจของบุคคล เช่น แบบประเมินแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ ๑ (Personal Resource Questionnaire Part ๑ ; PRQ ๑) ของแบรนด์และไวเนอรท์ (๕๒) นอกจากนั้นยังมีการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับในรูปแบบต่าง ๆ เช่น แบบประเมินแรงสนับสนุนทางด้าน ความช่วยเหลือในรูปของสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร ของ เชฟเฟอร์ คอยเน่ และลาซารัส (๕๓) ในการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนของเครือข่ายของแหล่งสนับสนุน ทางสังคมที่บุคคลได้รับนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนของเครือข่ายของแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับเพียงเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับความเพียงพอของการได้รับ

แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประเมินได้โดยการรับรู้ของบุคคล ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลนั้น ซึ่งมีผู้ประเมินไว้เช่นกัน เช่น แบบประเมินของเกอร์ (๕๔) และแบบประเมินแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล

ตัวอย่างการนำแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชน

จากการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุน เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ควรออกแบบและจัดดำเนินการกิจกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นระบบ อนึ่งโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายนั้น อาจไม่ใช่แรงสนับสนุนทางสังคมเพียงอย่างเดียว อาจร่วมกับกิจกรรมอื่นหรือทฤษฎีอื่น หรือมาตรการอื่นร่วมด้วย

ตัวอย่างการนำแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้มีดังนี้

สรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (๕๕) ได้จัดโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมเป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๕ – ๔๕ ปี ที่แต่งงานแล้ว จำนวน ๖๐ คน โดยสตรีเหล่านี้ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมมีการสาธิตและฝึกปฏิบัติเพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย ไปปฏิบัติในเรื่อง

๑. การเติมสารไอโอดีนในน้ำดื่ม
๒. การใช้เกลือหรือน้ำปลาผสมไอโอดีนปรุงอาหาร
๓. ดื่มน้ำเสริมไอโอดีน

นอกจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาแล้ว กลุ่มสตรีนี้ยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชนอีก ๖ ครั้ง โดยได้รับสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง

ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม คือ ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและอสม. เป็นต้น ที่สมัครใจ และได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ ซึ่งมีทั้งหมด ๑๐ คน โดยผู้นำชุมชนแต่ละคนจะเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการให้กำลังใจ ให้ข้อมูลข่าวสาร และการกระตุ้นเตือนแก่สตรีดังกล่าวให้เกิดการปฏิบัติ ผู้นำชุมชนแต่ละคนจะรับผิดชอบให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่สตรี ๖ คน เป็นจำนวน ๖ ครั้ง

ผลของการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้สตรีกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

วิมล ดำสวัสดิ์ (๕๖) ได้จัดโปรแกรมสุขศึกษาให้แก่สตรีที่มีอายุระหว่าง ๓๐ – ๕๐ ปี เพื่อให้ตรวจเต้านมอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยในโปรแกรมมีการบรรยายเรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง มีการสาธิตฝึกปฏิบัติการตรวจ และใช้สื่อต่าง ๆ เช่น โปสเตอร์ และแผ่นพับประกอบ นอกจากนั้นกลุ่มสตรีดังกล่าวยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

๑. ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม คือ อาสาสมัครแม่บ้าน ที่คัดเลือกมาตามเกณฑ์ อาสาสมัคร ๑ คน เลือกสตรีกลุ่มตัวอย่างมา ๔ คน เพื่อให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยอาสาสมัครได้รับการเตรียมความพร้อมที่จำให้ทำหน้าที่ดังกล่าว และรู้จักกับผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ก่อนแล้ว

๒. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ให้คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อทบทวนความรู้ให้แก่สตรี และกระตุ้นเตือนให้สตรีกลุ่มตัวอย่างตรวจเต้านมด้วยคนเอง โดยกระตุ้นเตือน ๑ – ๒ วัน ก่อนที่สตรีคนนั้นจะมีประจำเดือน

๓. ความถี่ของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม อาสาสมัครจะให้แรงสนับสนุนเดือนละ ๑ ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน ๔ เดือน

ผลการจัดโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม มีการปฏิบัติตัวดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีจำนวนผู้ตรวจเต้านมด้วยคนเองสูงกว่าเดิมร้อยละ ๖๓.๘

โดยสรุป จะเห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

๔. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง อาการ บทบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏ สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือมิฉะนั้นก็วัดได้ด้วยเครื่องมือ พฤติกรรมปรากฏโดยผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง ๕ ได้แก่ ทางตา ปาก จมูก หู และผิวกาย พฤติกรรมบุคคลสามารถรับรู้ได้ง่ายจากรูป รส กลิ่น เสียง การสัมผัส ซึ่งจัดเป็นพฤติกรรมประเภทที่สังเกตได้ง่ายจากอิริยาบถต่าง ๆ เช่น การนอน นั่ง ยืน เดิน วิ่ง กระโดด การกิน พูด ด่า กอด จูบ ฯลฯ พฤติกรรมบางอย่างบุคคลพยายามปกปิดซ่อนเร้น จึงเกิดเป็นพฤติกรรมประเภทที่คนอื่นไม่สามารถจะสังเกตได้อย่างชัดเจน เช่น ความรู้สึกนึกคิด จินตนาการต้องอาศัยเครื่องวัด เช่น เครื่องจับเท็จ แบบทดสอบ เครื่องวัดคลื่นหัวใจ เป็นต้น

จากคำจำกัดความที่ยกมาเบื้องต้น จะสังเกตเห็นได้ว่า ไม่ว่าจะเรียกว่าเป็นกิจกรรม การกระทำ อาการ ฯลฯ ต่างก็ใช้เรียกแทนกันได้ สรุปได้ว่า พฤติกรรม คือ กิจกรรม เพราะถ้าเป็นการกระทำต้องแสดงออกให้เห็น แต่ถ้าใช้ว่า กิจกรรม อาจหมายรวมถึงการกระทำที่เป็นการแสดงออกและสิ่งที่เกิดขึ้นภายในแต่ละบุคคลด้วย ดังนั้นพฤติกรรมจะหมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในบุคคล และกิจกกรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสารทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้ จากคำจำกัดความนี้สามารถแบ่งพฤติกรรมออกเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

พฤติกรรมภายนอก (Over behavior) คือ การกระทำที่เกิดขึ้นแล้วผู้อื่นสามารถสังเกตได้โดยตรงด้วยประสาทสัมผัส เช่น การวิ่ง และการรับประทานอาหาร เป็นต้น

พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในใจของบุคคล ซึ่งบุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตโดยตรง เช่น ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเชื่อ และค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในจะมีส่วนผลักดันให้เกิดพฤติกรรมภายนอกตัวอย่างเช่น คนที่มีความเชื่ออย่างไร มักจะปฏิเสธตามความเชื่อนั้น

พฤติกรรมสุขภาพ (Heath behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ ก็คือสิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคล (พฤติกรรมภายใน) และการแสดงออกที่เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติ (พฤติกรรมภายนอก) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ป้องกัน ส่งเสริม รักษาจัดการกับสุขภาพของตน พฤติกรรมสุขภาพจะเกี่ยวข้องหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ว่าจะมีผลเสีย เช่น ทำให้เจ็บป่วย หรือมีผลดี เช่น ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีไม่เจ็บป่วยก็ได้ พฤติกรรมภายนอกเหนือการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่สำคัญ อาจแบ่งได้เป็น ๔ ด้าน คือ

๑. การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

๒. การป้องกันโรคและภัย เช่น การไปรับการฉีดวัคซีน และการคาดเข็มขัดนิรภัยเพื่อป้องกันความรุนแรงจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ เป็นต้น

๓. การรักษาพยาบาล ได้แก่ การไปรับการรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลในเรื่องการรับประทานยา เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

๔. การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การใช้กายอุปกรณ์ หรือการที่ผู้ป่วยขาหักแล้วต้องใส่เฝือกเป็นเวลานาน จำเป็นต้องทำกายภาพบำบัดโดยการฝึกเดิน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย และป้องกันการพิการ หรือการเข้ารับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการฟื้นฟูทางจิตใจ เป็นต้น

การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชนจะเป็นอย่างไร จะถูกต้องตามหลักหลักสุขภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือตัวแปรที่มีอิทธิพลหลายอย่างดังที่เคยกล่าวถึงบ้างแล้ว จะพบว่าอย่างน้อยมีปัจจัยอยู่ ๓ กลุ่ม ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ได้แก่

๑. กลุ่มปัจจัยนำ (Predisposing factors) ประกอบด้วยความรู้ ความเชื่อเจตคติ ค่านิยม และความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติในเรื่องนั้น รวมถึงคุณลักษณะทางประชากรของแต่ละบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม เป็นต้น

๒. กลุ่มปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นกลุ่มปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการปฏิบัติ เช่น ความพร้อมของการบริการสุขภาพ ความสะดวกในการไปรับบริการสุขภาพ กฎระเบียบ และกฎหมายที่ชี้นำให้เกิดการปฏิบัติตาม เป็นต้น

๓. กลุ่มปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากการปฏิบัติ ซึ่งอาจสนับสนุนจูงใจให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติไปอย่างต่อเนื่อง เช่น คำชมเชยจากเพื่อนหรือแพทย์ เป็นต้น

ปัจจัยดังกล่าวนี้ สามารถผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ซึ่งถ้าการปฏิบัตินั้นถูกต้องตามหลักสุขภาพก็จะเป็นผลดีต่อตนเอง

การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อาจเกิดจากปัจจัยหนึ่งปัจจัยเดียว หรือหลายปัจจัยร่วมกันก็ได้ เช่น เกิดจากความเชื่อ และมีคนอื่นสนับสนุน เป็นต้น

วิถีชีวิต (Lifestyle)

คำว่าวิถีชีวิตได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายอย่าง เช่นหมายถึง แนวทางการดำเนินชีวิต หรือแบบแผนการปฏิบัติตัวของประชาชนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของแต่ละวัน เช่น ในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง แบบแผนของการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความสามารถในการเลือกแสดงพฤติกรรมนั้น

วิถีชีวิตของแต่ละคน แต่ละครอบครัวจะเป็นอย่างไร อาจสังเกตได้จากกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เขาปฏิบัติเป็นประจำ เนื่องจากวิถีชีวิตเป็นแบบแผนของการปฏิบัติตัว จึงมีผลต่อสุขภาพด้วย

๕. รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุระ สิทธิศิริสาร, นิรุจน์ อุธา และคณะ(๕๗) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับยาของผู้ป่วยโรคเรื้อนในจังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับยา คือความรู้ และการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับยาของผู้ป่วยโรคเรื้อนคือปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้แก่ ความรู้ด้านสาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคได้แก่ ความรู้ด้านผลการเจ็บป่วย ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับยาของผู้ป่วยโรคเรื้อน บุคลากรสาธารณสุขจึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับยาของผู้ป่วยโรคเรื้อน พัฒนาระบบบริการให้เกิดความพึงพอใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างการให้บริการ ติดตามเยี่ยมบ้าน อันจะส่งผลต่อการควบคุมโรคเรื้อนในที่สุด

ชาญชัย สันติพฤทธิ์(๕๘)ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต ๑๒ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโรค ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ประเมินความก้าวหน้าในการรักษาและความสามารถของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง เกิดการยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยของตน สามารถปรับตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความปกติสุข

บุคลากรทางสาธารณสุขควรตระหนักถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ได้แก่การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ญาติและชุมชน

ธิดา นิ่มมา,อานุวัฒน์ ราณรงค์,เสาวนีย์ โคตะมา.(๕๙)ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ ๓ นครสวรรค์ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายคืออายุ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมคือการมีส่วนร่วมในชุมชน ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมคืออาชีพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้พิการจึงควรแสวงหาการมีส่วนร่วมของชุมชน มีช่องทางให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้พิการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนแบบบูรณาการ ต่อเนื่องและครบถ้วนแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากการสืบค้นรายงานการวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเรื้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง มีผู้ทำการศึกษาไว้น้อยมาก

บทที่ ๓

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษา ความรู้เรื่องโรคเรื้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ ๔ วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการเพื่อป้องกันความพิการ เปรียบเทียบความแตกต่างและความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ กับปัจจัย ด้านประชากรได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สถานะการรักษา และความพิการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ ๔

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบ Cross – sectional Analytics study

ระยะเวลาการศึกษา

มกราคม ๒๕๕๗ ถึง กันยายน ๒๕๕๗

ขั้นตอนและวิธีการศึกษา

ขั้นที่ ๑ กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา
ขั้นที่ ๒ จัดทำเครื่องมือสำหรับการศึกษา
ขั้นที่ ๓ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษา
ขั้นที่ ๔ วิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นที่ ๑ กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาและผู้ป่วยเฝ้าระวังในเขตสาธารณสุขที่ ๔ ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน ๕๓ ราย

๑.๑เกณฑ์คัดเข้ามาศึกษา

๑.ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเรื้อน และได้ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ ๒๕๕๕-๒๕๕๖ ในเขตสาธารณสุขที่ ๔ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

๒.ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมากที่รักษาโรคเรื้อนครบ ๒ ปี ตามแผนการรักษาในปีงบประมาณ ๒๕๕๒-๒๕๕๖ อยู่ในช่วงเฝ้าระวังการกลับเป็นโรคเรื้อนซ้ำ ในเขตสาธารณสุขที่ ๔ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

๓.ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อน้อยที่รักษาโรคเรื้อนครบ๖ เดือนตามแผนการรักษา ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔-๒๕๕๖ อยู่ในช่วงเฝ้าระวังการกลับเป็นโรคเรื้อนซ้ำ ในเขตสาธารณสุขที่ ๔ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

๑.๒ เกณฑ์ยุติในการคัดออกจากการศึกษา

๑. ตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

๒. ตัวอย่างขอถอนตัวจากการศึกษา

๓. ไม่พบตัวอย่างตามที่อยู่ที่แจ้งในทะเบียนรักษา

ขั้นที่ ๒ เครื่องมือสำหรับการศึกษา

๒.๑ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน ๑๑ ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามในการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะการรักษา กลุ่มการรักษา ความพิการแรกวินิจฉัย ความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา ความพิการ ณ วันที่สอบถาม

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเรื้อน เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน ๑๐ ข้อ

ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน ๖ ข้อ

ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ ได้รับบ่อยๆ ได้รับบางครั้ง ไม่ได้รับ จำนวน ๔ ข้อ

๒.๒ ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

๑. วิเคราะห์ปัญหา วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อให้ทราบว่ามีตัวแปรใดบ้างที่ต้องรวบรวมข้อมูล

๒. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดประเด็นย่อยของตัวแปรของการวิจัย

๓. วิเคราะห์นิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรการวิจัย โดยกำหนดประเด็นย่อยของตัวแปรที่จะต้องรวบรวมข้อมูล เพื่อปรับปรุงนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรการวิจัยให้สมบูรณ์ชัดเจน

๔. กำหนดกรอบตัวแปรของเครื่องมือการวิจัย เพื่อจัดระเบียบหมวดหมู่ตัวแปรแต่ละตัว

๕. เขียนคำถามและวางรูปแบบเครื่องมือการวิจัย โดยเขียนคำถาม คำตอบ หรือสิ่งที่ต้องการรวบรวมข้อมูลจากกรอบตัวแปร

๖. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

๗. นำเครื่องมือการวิจัยมาปรับปรุงคุณภาพตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ

ขั้นที่ ๓ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. ผู้วิจัย เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการสร้างความเข้าใจในแต่ละประเด็นคำถามทุกข้อให้กับผู้ร่วมเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมในการวิจัย

๒. กรณีที่ตัวอย่างไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถาม แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ

๓. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และบันทึกข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์แปลผลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป

ขั้นที่ ๔ วิเคราะห์ข้อมูล

๔.๑.การวิเคราะห์แปลผล

ส่วนที่ ๒ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามความรู้เรื่องโรคเรื้อน

๑.๑. ข้อคำถามความรู้เรื่องโรคเรื้อน เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ โดยมีตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน ๘ ข้อ เชิงลบ ๒ ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามเชิงบวก			**คำถามเชิงลบ**		
ตอบใช่	ให้คะแนน	๑ คะแนน	ตอบใช่	ให้คะแนน	๐ คะแนน
ตอบไม่ใช่	ให้คะแนน	๐ คะแนน	ตอบไม่ใช่	ให้คะแนน	๑ คะแนน

เกณฑ์การแบ่งกลุ่มระดับความรู้เรื่องโรคเรื้อน

๑.๒ ความรู้เรื่องโรคเรื้อน แบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้ (๖๐)

ระดับความรู้ต้องปรับปรุง หมายถึง มีคะแนน ๐ – ๕.๙ คะแนน หรือต่ำกว่าร้อยละ ๖๐.๐

ระดับความรู้พอใช้ หมายถึง มีคะแนน ๖.๐ – ๗.๙ คะแนน หรือ ร้อยละ ๖๐.๐ – ๗๙.๐

ระดับความรู้ดี หมายถึง มีคะแนน ๘.๐ – ๑๐.๐ คะแนน หรือร้อยละ ๘๐.๐ - ๑๐๐.๐

ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ โดยมีตัวเลือก ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน ๖ ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้(๖๐)

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	๒ คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	๑ คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	ให้คะแนน	๐ คะแนน

เกณฑ์การแบ่งกลุ่มระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ

๓.๑ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ แบ่งเป็น ๒ ระดับ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติต้องปรับปรุง หมายถึง มีคะแนน ๐ – ๗.๑ คะแนน หรือต่ำกว่าร้อยละ ๖๐.๐

ระดับการปฏิบัติดี หมายถึง มีคะแนน ๗.๒ – ๑๒.๐ คะแนน หรือร้อยละ ๖๐.๐-๑๐๐.๐

ส่วนที่ ๔ การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ ได้รับบ่อยๆ ได้รับบางครั้ง ไม่ได้รับ จำนวน ๔ ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ได้รับบ่อยๆ	ให้คะแนน	๒ คะแนน
ได้รับบางครั้ง	ให้คะแนน	๑ คะแนน
ไม่ได้รับ	ให้คะแนน	๐ คะแนน

เกณฑ์การแบ่งกลุ่มระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ แบ่งเป็น ๒ ระดับ ตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับการได้รับสนับสนุนต้องปรับปรุง หมายถึง มีคะแนน ๐ – ๔.๖ คะแนน หรือต่ำกว่าร้อยละ ๖๐.๐
ระดับการได้รับสนับสนุนดี หมายถึง มีคะแนน ๔.๗ – ๘.๐ คะแนน หรือร้อยละ ๖๐.๐-๑๐๐.๐

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

๑. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

๒. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ กับปัจจัยด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่า Chi- Square

๓. กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

บทที่ ๔
ผลการวิจัย

การศึกษา ความรู้เรื่องโรคเรื้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ ๔ เป็นการวิจัยแบบ Cross – sectional Analytics study วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการเพื่อป้องกันความพิการ เปรียบเทียบความแตกต่างและความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ กับปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สถานะการรักษา และความพิการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ ๔ ผลการวิจัยเป็น ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยด้านประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๓๑	๕๘.๕
หญิง	๒๒	๔๑.๕
อายุ		
น้อยกว่า ๒๐ ปี	๓	๕.๗
๒๑ – ๔๐ ปี	๙	๑๗.๐
๔๑ – ๖๐ ปี	๑๘	๓๓.๙
๖๑ - ๘๐ ปี	๒๑	๓๙.๖
๘๐ ปี ขึ้นไป	๒	๓.๘
อายุเฉลี่ย ๕๔.๘ ปี อายุน้อยสุด ๑๔ ปี อายุมากสุด ๘๗ ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๙.๕ ปี		
สถานะภาพการสมรส		
โสด	๑๑	๒๐.๘
คู่	๒๙	๕๔.๗
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	๑๓	๒๔.๕
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	๔๐	๗๕.๕
มัธยมศึกษา / ปวช.	๑๑	๒๐.๗
อนุปริญญา / ปริญญาตรี	๒	๓.๘

ตารางที่ ๑ (ต่อ)

ปัจจัยด้านประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	๑๒	๒๒.๖
เกษตรกรรม	๑๓	๒๔.๕
ค้าขาย	๕	๙.๔
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๒	๓.๘
ว่างงาน	๒๑	๓๙.๗
สถานะการรักษา		
ระยะรักษา	๘	๑๕.๑
ระยะเฝ้าระวัง	๔๕	๘๔.๙
ระยะเฝ้าระวัง (N = ๔๕)		
ปีที่ ๑	๔	๘.๙
ปีที่ ๒	๓	๖.๗
ปีที่ ๓	๑๐	๒๒.๒
ปีที่ ๔	๑๕	๓๓.๓
ปีที่ ๕	๑๓	๒๘.๙
เป็นผู้ป่วยประเภท		
เชื้อน้อย	๑๕	๒๘.๓
เชื้อมาก	๓๘	๗๑.๗
ความพิการเมื่อแรกวินิจฉัย		
ไม่พิการ	๓๔	๖๔.๑
พิการระดับ ๑	๒	๓.๘
พิการระดับ ๒	๑๗	๓๒.๑
ความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา		
ไม่พิการ	๓๔	๖๔.๑
พิการระดับ ๑	๑	๑.๙
พิการระดับ ๒	๑๘	๓๔.๐
ความพิการในวันที่เก็บข้อมูล		
ไม่พิการ	๓๒	๖๐.๔
พิการระดับ ๑	๓	๕.๗
พิการระดับ ๒	๑๘	๓๓.๙

จากตารางที่ ๑ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๘.๕ มีอายุ ๖๑ – ๘๐ ปี ร้อยละ ๓๙.๖ รองลงมาอายุ ๔๑- ๖๐ ปี ร้อยละ ๓๓.๙ อายุเฉลี่ย ๕๔.๘ ปี อายุน้อยสุด ๑๔ ปี อายุมากสุด ๘๗ ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ ๕๔.๗ ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ/ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ ๗๕.๕ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ ๓๙.๗ รองลงมาเกษตรกรรม ร้อยละ ๒๔.๕ เป็นผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง ร้อยละ ๘๔.๙ เฝ้าระวังปีที่ ๔ ร้อยละ ๓๓.๓ รองลงมาปีที่ ๕ ร้อยละ ๒๘.๙ เป็นผู้ป่วย

ประเภทเชื้อมาก ร้อยละ ๗๑.๗ แรกวินิจฉัยไม่พบความพิการ ร้อยละ ๖๔.๑ พิการระดับ ๒ ร้อยละ ๓๒.๑ พิการระดับ ๑ ร้อยละ ๓.๘ ความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา ผู้พิการระดับ ๑ เปลี่ยนเป็นพิการระดับ ๒ จำนวน ๑ ราย ความพิการ ในวันที่เก็บข้อมูล ผู้ที่ไม่มีความพิการเปลี่ยนเป็นมีความพิการระดับ ๑ จำนวน ๒ ราย

ส่วนที่ ๒ ความรู้เรื่องโรคเรื้อน

ตารางที่ ๒ จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยรายข้อ ของความรู้เรื่องโรคเรื้อน จำแนกตามการตอบรายข้อ

ข้อความ	ตอบใช่		ตอบไม่ใช่		คะแนนเฉลี่ย	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
๑. โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์	๓๗	๖๙.๘	๑๖	๓๐.๒	๐.๓	๐.๔
๒. โรคเรื้อนติดต่อทางละอองฝอยของทางเดินหายใจและบาดแผล	๒๓	๔๓.๔	๓๐	๕๖.๖	๐.๔	๐.๕
๓. อาการของโรคเรื้อนมีอาการทางผิวหนังและอาการทางเส้นประสาท	๓๖	๖๗.๙	๑๗	๓๒.๑	๐.๗	๐.๔
๔. ผู้ที่เป็นโรคเรื้อนจะมีอาการคันที่ผิวหนัง	๓๔	๖๔.๒	๑๙	๓๕.๘	๐.๔	๐.๔
๕. ผู้ป่วยผิวหนังที่มีวงด่างสีจางและมีอาการชาภายในวงสีจางก็วินิจฉัยได้แล้วว่าเป็นโรคเรื้อน	๓๐	๕๖.๖	๒๓	๔๓.๔	๐.๖	๐.๕
๖. การรักษาโรคเรื้อนต้องรักษาด้วยการรับประทานยาเท่านั้น	๔๙	๙๒.๕	๔	๗.๕	๐.๙	๐.๒
๗. การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อยใช้เวลา ๖ เดือน ประเภทเชื้อมากใช้เวลา ๒ ปี	๕๑	๙๖.๒	๒	๓.๘	๐.๙	๐.๑
๘. โรคเรื้อนทำให้เกิดความพิการของตา มือ เท้า ได้	๔๔	๘๓.๐	๙	๑๗.๐	๐.๘	๐.๓
๙. หลังจากรักษาครบตามเกณฑ์แล้ว ท่านต้องสังเกตอาการตนเองต่ออีก ๓ ถึง ๕ ปี	๕๑	๙๖.๒	๒	๓.๘	๐.๙	๐.๑
๑๐. ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านของท่านต้องสังเกตอาการทางผิวหนังเป็นเวลา ๑๐ ปี	๔๘	๙๐.๖	๕	๙.๔	๐.๙	๐.๒

จากตารางที่ ๒ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดต่อของโรคเรื้อน ข้อ ๑,๒ และอาการแสดงของโรคเรื้อน ข้อ ๔

ตารางที่ ๓ คะแนนภาพรวมความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนตัวอย่าง	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
๕๓	**๒**	**๘**	**๖.๓**	**๑.๓๗**

จากตารางที่ ๓ พบว่าภาพรวมคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย ๖.๓ คะแนน หรือร้อยละ ๖๓.๐ ซึ่งมีความรู้ในระดับพอใช้

ตารางที่ ๔ จำนวน ร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ต้องปรับปรุง (๐ – ๕.๙ คะแนน)	๑๕	๒๘.๓
ระดับความรู้พอใช้ (๖.๐ – ๗.๙ คะแนน)	๒๘	๕๒.๘
ระดับความรู้ดี (๘.๐ – ๑๐.๐ คะแนน)	๑๐	๑๘.๙

จากตารางที่ ๔ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ระดับพอใช้ ร้อยละ ๕๒.๘ รองลงมาระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ ๒๘.๓ และระดับดี ร้อยละ ๑๘.๙

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน

ตารางที่ ๕ ความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน

ปัจจัยด้านประชากร	ระดับความรู้			Chi – square test
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	
เพศ				
ชาย	๑๐ (๓๒.๓%)	๑๖ (๕๑.๖%)	๕ (๑๖.๑%)	๐.๖๙๔
หญิง	๕(๒๒.๗%)	๑๒(๕๔.๕%)	๕(๒๒.๗%)	
รวม	**๑๕(๒๘.๓%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**	
อายุ				
น้อยกว่า ๒๐ ปี	๑(๓๓.๓%)	๑(๓๓.๓%)	๑(๓๓.๓%)	๐.๘๑๒
๒๑ – ๔๐ ปี	๓(๓๓.๓%)	๓(๓๓.๓%)	๓(๓๓.๓%)	
๔๑ – ๖๐ ปี	๔(๒๒.๒%)	๑๒(๖๖.๗%)	๒(๑๑.๑%)	
๖๑ - ๘๐ ปี	๖(๒๘.๖%)	๑๑(๕๒.๔%)	๔(๑๙.๐%)	
๘๐ ปี ขึ้นไป	๑(๕๐.๐%)	๑(๕๐.๐%)	๐	
รวม	**๑๕(๒๘.๓%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**	
สถานะภาพการสมรส				
โสด	๔(๓๖.๔%)	๕(๔๕.๕%)	๒(๑๘.๒%)	๐.๔๕๖
คู่	๑๐(๓๔.๕%)	๑๔(๔๘.๓%)	๕(๑๗.๒%)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	๑(๗.๗%)	๙(๖๙.๒%)	๓(๒๓.๑)	
รวม	**๑๕(๕๒.๘%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**	

ปัจจัยด้านประชากร	ระดับความรู้			Chi – square test
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	๑๐(๒๕.๐%)	๒๓(๕๗.๕%)	๗(๑๗.๕%)	๐.๖๘๑
มัธยมศึกษา / ปวช.	๔(๓๖.๔%)	๔(๓๖.๔%)	๓(๒๗.๓%)	
อนุปริญญา / ปริญญาตรี	๑(๕๐.๐%)	๑(๕๐.๐%)	๐	
รวม	**๑๕(๒๘.๓%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**	
อาชีพ				
รับจ้าง	๓(๒๕.๐%)	๕(๔๑.๗%)	๔(๓๓.๓%)	๐.๔๒๔
เกษตรกรรม	๖(๔๖.๒%)	๖(๔๖.๒%)	๑(๗.๗%)	
ค้าขาย	๒(๔๐.๐%)	๓(๖๐.๐%)	๐	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๑(๕๐.๐%)	๑(๕๐.๐%)	๐	
ว่างงาน	๓(๑๔.๓%)	๑๓(๖๑.๙%)	๕(๒๓.๘%)	
รวม	**๑๕(๒๘.๓%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**	
สถานะการรักษา				
ระยะรักษา	๒(๒๕.๐%)	๓(๓๗.๕%)	๓(๓๗.๕%)	๐.๓๓๕
ระยะเฝ้าระวัง	๑๓(๒๘.๙%)	๒๕(๕๕.๖%)	๗(๑๕.๖%)	
รวม	**๑๕(๒๘.๓%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**	
ระยะเฝ้าระวัง (N = ๔๕)				
ปีที่ ๑	๐	๓(๗๕.๐%)	๑(๒๕.๐%)	๐.๕๐๘
ปีที่ ๒	๐	๓(๑๐๐%)	๐	
ปีที่ ๓	๓(๓๐.๐%)	๔(๔๐.๐%)	๓(๓๐.๐%)	
ปีที่ ๔	๖(๔๐.๐%)	๗(๔๖.๗%)	๒(๑๓.๓%)	
ปีที่ ๕	๔(๓๐.๘%)	๘(๖๑.๕%)	๑(๗.๗%)	
รวม	**๑๓(๒๘.๙๐%)**	**๒๕(๕๕.๕๕%)**	**๗(๑๕.๕๕%)**	
เป็นผู้ป่วยประเภท				
เชื้อน้อย	๘(๕๓.๓%)	๗(๔๖.๗%)	๐	๐.๐๑๓*
เชื้อมาก	๗(๑๘.๔%)	๒๑(๕๕.๓%)	๑๐(๒๖.๓%)	
รวม	**๑๕(๒๘.๓%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**	
ความพิการเมื่อแรกวินิจฉัย				
ไม่พิการ	๑๓(๓๘.๒%)	๑๙(๕๕.๙%)	๒(๕.๙%)	๐.๐๑๗*
พิการระดับ ๑	๐	๑(๕๐.๐%)	๑(๕๐.๐%)	
พิการระดับ ๒	๒(๑๑.๘%)	๘(๔๗.๑%)	๗(๔๑.๒%)	
รวม	**๑๕(๒๘.๓%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**	

ตารางที่ ๕ (ต่อ)

ปัจจัยด้านประชากร	ระดับความรู้			Chi – square test
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี	
ความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา				
ไม่พิการ	๑๓(๓๘.๒%)	๑๙(๕๕.๙%)	๒(๕.๙%)	๐.๐๐๙**
พิการระดับ ๑	๐	๑(๑๐๐.๐%)	๐	
พิการระดับ ๒	๒(๑๑.๑%)	๘(๔๔.๔%)	๘(๔๔.๔%)	
รวม	**๑๕(๒๘.๓%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**	
ความพิการในวันที่เก็บข้อมูล				
ไม่พิการ	๑๓(๔๐.๖%)	๑๗(๕๓.๑%)	๒(๖.๒%)	๐.๐๒๒*
พิการระดับ ๑	๐	๒(๖๖.๗%)	๑(๓๓.๓%)	
พิการระดับ ๒	๒(๑๑.๑%)	๙(๕๐.๐%)	๗(๓๘.๙%)	
รวม	**๑๕(๒๘.๓%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**	

จากตารางที่ ๕ พบว่า มีความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับประเภทผู้ป่วยเชื้อมาก ความพิการเมื่อแรกวินิจฉัย ความพิการในวันที่เก็บข้อมูล ที่ระดับ ๐.๐๕ มีความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา ที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๖ ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับประเภทผู้ป่วยระยะรักษา กับระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามการพบเชื้อน้อยและมาก

ปัจจัยด้านประชากร		ระดับความรู้		
		ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี
ผู้ป่วยระยะรักษา	เชื้อน้อย	๐	๐	๐
	เชื้อมาก	๒(๒๕.๐%)	๓(๓๗.๕%)	๓(๓๗.๕%)
ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง	เชื้อน้อย	๘(๕๓.๓๐%)	๗(๔๖.๗๐%)	๐
	เชื้อมาก	๕(๑๖.๗%)	๑๘(๖๐.๐%)	๗(๒๓.๓%)
รวม		**๑๕(๒๘.๓%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**

จากตารางที่ ๖ เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในตารางที่ ๕ มาแจกแจง พบว่า มีความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนระหว่างประเภทผู้ป่วยระยะรักษาเชื้อมาก/เชื้อน้อย กับผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังเชื้อมาก/เชื้อน้อย โดยผู้ป่วยระยะรักษาที่มีเชื้อมาก มีความรู้ระดับดีเพียงร้อยละ ๓๗.๕ ระยะเฝ้าระวังที่มีเชื้อน้อยความรู้ระดับดีร้อยละ ๐ ระยะเฝ้าระวังที่มีเชื้อมากความรู้ระดับดีเพียงร้อยละ ๒๓.๓

ตารางที่ ๗ ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับประเภทผู้ป่วยระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามระดับความพิการเมื่อแรกวินิจฉัย

ปัจจัยด้านประชากร		ระดับความรู้		
		ต้องปรับปรุง	**พอใช้**	**ดี**
ระยะรักษา	ไม่พิการ	๑(๓๓.๓%)	๒(๖๖.๗%)	๐
	พิการระดับ๑	๐	๐	๑(๑๐๐%)
	พิการระดับ๒	๑(๒๕.๐%)	๑(๒๕.๐%)	๒(๕๐.๐%)
ระยะเฝ้าระวัง	ไม่พิการ	๑๒(๓๘.๗%)	๑๗(๕๔.๘%)	๒(๖.๕%)
	พิการระดับ๑	๐	๑(๑๐๐%)	๐
	พิการระดับ๒	๑(๗.๗%)	๗(๕๓.๘%)	๕(๓๘.๕%)
รวม		**๑๕(๒๘.๓%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**

จากตารางที่ ๗ เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในตารางที่ ๕ มาแจกแจง พบว่า มีความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับความพิการเมื่อแรกวินิจฉัย ของผู้ป่วยระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง โดยผู้ป่วยระยะรักษาที่ไม่มีความพิการ มีความรู้ระดับดีร้อยละ ๐ มีความรู้พอใช้ร้อยละ ๖๖.๗ ผู้ป่วยระยะรักษาที่มีความพิการระดับ๑ มีความรู้ดีถึงเพียงร้อยละ ๐ ผู้ป่วยระยะรักษาที่มีความพิการระดับ๒ มีความรู้ดีถึง ร้อยละ ๕๐.๐ ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังที่ที่ไม่มีความพิการ มีความรู้ระดับดีเพียงร้อยละ ๖.๕ มีความรู้พอใช้ร้อยละ ๕๔.๘ ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังที่มีความพิการระดับ๑ มีความรู้พอใช้ถึงร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วยระยะรักษาที่มีความพิการระดับ๒ มีความรู้ดีถึงร้อยละ ๓๘.๕

ตารางที่ ๘ ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับประเภทผู้ป่วยระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามระดับความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา

ปัจจัยด้านประชากร		ระดับความรู้		
		ต้องปรับปรุง	**พอใช้**	**ดี**
ระยะรักษา	ไม่พิการ	๑(๓๓.๓%)	๒(๖๖.๗%)	๐
	พิการระดับ๑	๐	๐	๐
	พิการระดับ๒	๑(๒๐.๐%)	๑(๒๐.๐%)	๓(๖๐.๐%)
ระยะเฝ้าระวัง	ไม่พิการ	๑๒(๓๘.๗%)	๑๗(๕๔.๘%)	๒(๖.๕%)
	พิการระดับ๑	๐	๑(๑๐๐%)	๐
	พิการระดับ๒	๑(๗.๗%)	๗(๕๓.๘%)	๕(๓๘.๕%)
รวม		**๑๕(๒๘.๓%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**

จากตารางที่ ๘ เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในตารางที่ ๕ มาแจกแจง พบว่า มีความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา ของผู้ป่วยระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง โดยผู้ป่วยระยะรักษาที่ไม่มีความพิการ มีความรู้ระดับดีร้อยละ ๐ มีความรู้พอใช้ร้อยละ ๖๖.๗ ผู้ป่วยระยะรักษาที่มีความพิการระดับ๒ มีความรู้ดีถึงร้อยละ๖๐.๐ ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังที่ที่ไม่มีความพิการ

มีความรู้ระดับดีเพียงร้อยละ ๖.๕ มีความรู้พอใช้ร้อยละ ๕๔.๘ ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังที่มีความพิการระดับ ๑ มีความรู้พอใช้ถึงร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วยระยะรักษาที่มีความพิการระดับ๒ มีความรู้ดีถึงร้อยละ ๓๘.๕

ตารางที่ ๙ ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับประเภทผู้ป่วยระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามระดับความพิการในวันที่เก็บข้อมูล

ปัจจัยด้านประชากร		ระดับความรู้		
		ต้องปรับปรุง	**พอใช้**	**ดี**
ระยะรักษา	ไม่พิการ	๑(๓๓.๓%)	๒(๖๖.๗%)	๐
	พิการระดับ๑	๐	๑(๕๐.๐%)	๑(๕๐.๐%)
	พิการระดับ๒	๑(๓๓.๓%)	๐	๒(๖๖.๗%)
ระยะเฝ้าระวัง	ไม่พิการ	๑๒(๔๑.๔%)	๑๕(๕๑.๗%)	๒(๖.๙%)
	พิการระดับ๑	๐	๑(๑๐๐%)	๐
	พิการระดับ๒	๑(๖.๗%)	๙(๖๐.๐%)	๕(๓๓.๓%)
รวม		**๑๕(๒๘.๓%)**	**๒๘(๕๒.๘%)**	**๑๐(๑๘.๙%)**

จากตารางที่ ๙ เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในตารางที่ ๕ มาแจกแจง พบว่า มีความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับความพิการในวันที่เก็บข้อมูล ของผู้ป่วยระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง โดยผู้ป่วยระยะรักษาที่ไม่มีความพิการ มีความรู้ระดับดีร้อยละ ๐ มีความรู้พอใช้ร้อยละ ๖๖.๗ ผู้ป่วยระยะรักษาที่มีความพิการระดับ๒ มีความรู้ดีถึงร้อยละ ๖๖.๗ ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังที่ไม่มีความพิการ มีความรู้ระดับดีเพียงร้อยละ ๖.๙ มีความรู้พอใช้ร้อยละ ๕๑.๗ ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังที่มีความพิการระดับ ๑ มีความรู้พอใช้ถึงร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังที่มีความพิการระดับ๒ มีความรู้ดีถึงร้อยละ ๓๓.๓ มีความรู้พอใช้ร้อยละ ๖๐

ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ

ตารางที่ ๑๐ จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติรายข้อ

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ		ปฏิบัติบางครั้ง		ไม่ได้ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑. ท่านส่องกระจกเพื่อดูว่ามีตาแดง มีเศษผงติดที่ตา	๑๘	๓๔.๐	๒๕	๔๗.๒	๑๐	๑๘.๙
๒. ท่านกระพริบตาบ่อยๆหรือหลับตาลงเมื่อมีฝุ่นพัดมาใกล้ท่าน	๔๙	๙๒.๕	๓	๕.๗	๑	๑.๘
๓. ท่านตรวจดูมือ เท้า ของท่านว่ามีแผลหรือเศษไม้ติดอยู่หรือไม่	๒๔	๔๕.๓	๒๓	๔๓.๔	๖	๑๑.๓
๔. ท่านแช่มือ เท้า ในน้ำวันละ ๑๐ – ๒๐ นาที และทาโลชั่นเพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น	๑	๑.๙	๕	๙.๔	๔๗	๘๘.๗
๕. ท่านนวดกล้ามเนื้อมือ เท้า เพื่อป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรงและข้อติดแข็ง	๔	๗.๕	๑๙	๓๕.๘	๓๐	๕๖.๗
๖. ท่านสวมรองเท้า เมื่อออกนอกบ้านทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า	๔๖	๘๖.๘	๔	๗.๕	๓	๕.๗

คะแนนเฉลี่ยรวม ๖.๘ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๘๔ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง
คะแนนต่ำสุด ๒ คะแนน คะแนนสูงสุด ๑๒ คะแนน

จากตารางที่ ๑๐ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของกลุ่มตัวอย่าง ที่วัดจากข้อคำถาม ๖ ข้อ พบว่าประเด็นที่มีการปฏิบัติเป็นประจำ คือ กระพริบตาบ่อยๆหรือหลับตาลงเมื่อมีฝุ่นพัดมาใกล้ท่าน ร้อยละ ๙๒.๕ รองลงมาคือสวมรองเท้า เมื่อออกนอกบ้านทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ร้อยละ๘๖.๘ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการที่ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติน้อย คือ การแช่มือ เท้า ในน้ำวันละ ๑๐ – ๒๐ นาที และทาโลชั่นเพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น ร้อยละ ๑.๙ รองลงมาคือ การนวดกล้ามเนื้อมือ เท้า เพื่อป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรงและข้อติดแข็ง ร้อยละ ๗.๕ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ๖.๘ คะแนน อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ตารางที่ ๑๑ คะแนนภาพรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนตัวอย่าง	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
๕๓	**๒**	**๑๒**	**๖.๘๕**	**๑.๘๔**

จากตารางที่ ๑๑ พบว่าภาพรวมคะแนนภาพรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย ๖.๘๕ คะแนน หรือร้อยละ ๕๗.๐๘ ซึ่งมีภาพรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการในระดับการปฏิบัติต้องปรับปรุง

ตารางที่ ๑๒ จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติต้องปรับปรุง (๐ – ๗.๑ คะแนน)	๓๑	๕๘.๕
ระดับการปฏิบัติดี (๗.๒ – ๑๒ คะแนน)	๒๒	๔๑.๕

จากตารางที่ ๑๒ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ ๕๘.๕ และระดับดี ร้อยละ ๔๑.๕

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ

ตารางที่ ๑๓ ความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ

ปัจจัยด้านประชากร	ระดับพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ		Chi – square test
	ระดับการปฏิบัติต้องปรับปรุง	ระดับการปฏิบัติดี	
เพศ			
ชาย	๑๘ (๕๘.๑%)	๑๓ (๔๑.๙%)	๐.๙๔๐
หญิง	๑๓(๕๙.๑%)	๙(๔๐.๙%)	
รวม	**๓๑(๕๘.๕%)**	**๒๒(๔๑.๕%)**	
อายุ			
น้อยกว่า ๒๐ ปี	๑(๓๓.๓%)	๒(๖๖.๗%)	๐.๐๘๖
๒๑ – ๔๐ ปี	๒(๒๒.๒%)	๗(๗๗.๘%)	
๔๑ – ๖๐ ปี	๑๒(๖๖.๗%)	๖(๓๓.๓%)	
๖๑ - ๘๐ ปี	๑๔(๖๖.๗%)	๗(๓๓.๓%)	
๘๐ ปี ขึ้นไป	๒(๑๐๐.๐%)	๐	
รวม	**๓๑(๕๘.๕%)**	**๒๒(๔๑.๕%)**	

ปัจจัยด้านประชากร	ระดับพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ		Chi – square test
	ระดับการปฏิบัติต้องปรับปรุง	ระดับการปฏิบัติดี	
สถานะภาพการสมรส			
โสด	๖(๕๔.๕%)	๕(๔๕.๕%)	๐.๙๔๒
คู่	๑๗(๕๘.๖%)	๑๒(๔๑.๔%)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	๘(๖๑.๕%)	๕(๓๘.๕%)	
รวม	**๓๑(๕๘.๕%)**	**๒๒(๔๑.๕%)**	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	๒๘(๗๐.๐%)	๑๒(๓๐.๐%)	๐.๐๐๘**
มัธยมศึกษา / ปวช.	๒(๑๘.๒%)	๙(๘๑.๘%)	
อนุปริญญา / ปริญญาตรี	๑(๕๐.๐%)	๑(๕๐.๐%)	
รวม	**๓๑(๕๘.๕%)**	**๒๒(๔๑.๕%)**	
อาชีพ			
รับจ้าง	๔(๓๓.๓%)	๘(๖๖.๗%)	๐.๐๕๐*
เกษตรกรรม	๑๐(๗๖.๙%)	๓(๒๓.๑%)	
ค้าขาย	๑(๒๐.๐%)	๔(๘๐.๐%)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๑(๕๐.๐%)	๑(๕๐.๐%)	
ว่างงาน	๑๕(๗๑.๔%)	๖(๒๘.๖%)	
รวม	**๓๑(๕๘.๕%)**	**๒๒(๔๑.๕%)**	
สถานะการรักษา			
ระยะรักษา	๔(๕๐.๐%)	๔(๕๐.๐%)	๐.๕๙๗
ระยะเฝ้าระวัง	๒๗(๖๐.๐%)	๑๘(๔๐.๐%)	
รวม	**๓๑(๕๘.๕%)**	**๒๒(๔๑.๕%)**	
ระยะเฝ้าระวัง (N = ๔๕)			
ปีที่ ๑	๓(๗๕.๐%)	๑(๒๕.๐%)	๐.๙๖๓
ปีที่ ๒	๒(๖๖.๗%)	๑(๓๓.๓%)	
ปีที่ ๓	๖(๖๐.๐%)	๔(๔๐.๐%)	
ปีที่ ๔	๘(๕๓.๓%)	๗(๔๖.๗%)	
ปีที่ ๕	๘(๖๑.๕%)	๕(๓๘.๕%)	
รวม	**๒๗ (๖๐.๐%)**	**๑๘(๔๐.๐%)**	
เป็นผู้ป่วยประเภท			
เชื้อน้อย	๙(๖๐.๐%)	๖(๔๐.๐%)	๐.๘๘๙
เชื้อมาก	๒๒(๕๗.๙%)	๑๖(๔๒.๑%)	
ความพิการเมื่อแรกวินิจฉัย			

ปัจจัยด้านประชากร	ระดับพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ		Chi – square test
	ระดับการปฏิบัติต้องปรับปรุง	ระดับการปฏิบัติดี	
ไม่พิการ	๒๑(๖๑.๘%)	๑๓ (๓๘.๒%)	๐.๘๐๙
พิการระดับ ๑	๑(๕๐.๐%)	๑(๕๐.๐%)	
พิการระดับ ๒	๙(๕๒.๙%)	๘(๔๗.๑%)	
รวม	**๓๑(๕๘.๕%)**	**๒๒(๔๑.๕%)**	
ความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา			
ไม่พิการ	๒๑(๖๑.๘%)	๑๓(๓๘.๒%)	๐.๔๙๘
พิการระดับ ๑	๑(๑๐๐%)	๐	
พิการระดับ ๒	๙(๕๐.๐%)	๙(๕๐.๐%)	
รวม	**๓๑(๕๘.๕%)**	**๒๒(๔๑.๕%)**	
ความพิการในวันที่เก็บข้อมูล			
ไม่พิการ	๒๐(๖๒.๕%)	๑๒(๓๗.๕%)	๐.๕๘๙
พิการระดับ ๑	๑(๓๓.๓%)	๒(๖๖.๗%)	
พิการระดับ ๒	๑๐(๕๕.๖%)	๘(๔๔.๔%)	
รวม	**๓๑(๕๘.๕%)**	**๒๒(๔๑.๕%)**	

จากตารางที่ ๑๓ พบว่า มีความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการกับอาชีพ ที่ระดับ ๐.๐๕ มีความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการกับระดับการศึกษา ที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๑๔ ความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการกับประเภทผู้ป่วยระยะรักษา กับระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามระดับการศึกษา

ปัจจัยด้านประชากร		ระดับพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ	
		ระดับการปฏิบัติต้องปรับปรุง	ระดับการปฏิบัติดี
ผู้ป่วยระยะรักษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	๔(๖๖.๗%)	๒(๓๓.๓%)
	มัธยมศึกษา/ปวช.	๐	๑(๑๐๐%)
	อนุปริญญา/ปริญญาตรี	๐	๑(๑๐๐%)
ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง	ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	๒๔(๗๐.๖%)	๑๐(๒๙.๔%)
	มัธยมศึกษา/ปวช.	๒(๒๐.๐%)	๘(๘๐.๐%)
	อนุปริญญา/ปริญญาตรี	๑(๑๐๐%)	๐
รวม		**๓๑(๕๘.๕%)**	**๒๒(๔๑.๕%)**

จากตารางที่ ๑๔ เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในตารางที่ ๑๓ มาแจกแจง พบว่า มีความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระหว่างประเภทผู้ป่วยระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยระยะรักษาที่มีความรู้ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช.และระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระดับดีถึงร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วยระยะรักษาที่ไม่ได้เรียนหนังสือ/มีความรู้ในระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระดับดีร้อยละ ๓๓.๓ ระดับต้องปรับปรุงร้อยละ ๖๖.๗ ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังที่มีความรู้ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระดับดีถึงร้อยละ ๘๐ ระดับที่ไม่ได้เรียนหนังสือ/มีความรู้ในระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระดับดีร้อยละ ๒๙.๔ และระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระดับต้องปรับปรุงถึงร้อยละ ๑๐๐

ตารางที่ ๑๕ ความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการกับประเภทผู้ป่วยระยะรักษา กับระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามอาชีพ

ปัจจัยด้านประชากร		ระดับพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ	
		ระดับการปฏิบัติต้องปรับปรุง	ระดับการปฏิบัติดี
ระยะรักษา	รับจ้าง	๒(๖๖.๗%)	๑(๓๓.๓%)
	เกษตรกรรม	๐	๒(๑๐๐%)
	ค้าขาย	๑(๑๐๐%)	๐
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๐	๑(๑๐๐%)
	ว่างงาน	๑(๑๐๐%)	๐
ระยะเฝ้าระวัง	รับจ้าง	๒(๒๒.๒%)	๗(๗๗.๘%)
	เกษตรกรรม	๑๐(๙๐.๙%)	๑(๙.๑%)
	ค้าขาย	๐	๔(๑๐๐%)
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๑(๑๐๐%)	๐
	ว่างงาน	๑๔(๗๐.๐%)	๖(๓๐.๐%)
รวม		**๓๑(๕๘.๕%)**	**๒๒(๔๑.๕%)**

จากตารางที่ ๑๕ เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในตารางที่ ๑๓ มาแจกแจง พบว่า มีความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระหว่างประเภทผู้ป่วยระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ที่มีอาชีพแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยระยะรักษาที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจและเกษตรกรรม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระดับดีถึงร้อยละ ๑๐๐ รับจ้างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระดับดีร้อยละ ๓๓.๓ ระดับต้องปรับปรุงร้อยละ ๖๖.๗

อาชีพค้าขายและว่างงานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระดับต้องปรับปรุงถึงร้อยละ ๑๐๐

ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังที่มีอาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระดับดีถึงร้อยละ ๑๐๐ อาชีพ รับจ้าง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระดับดีร้อยละ ๗๗.๘ ระดับปรับปรุงร้อยละ ๒๒.๒ ผู้ป่วยที่ว่างงานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระดับดีร้อยละ ๓๐ ระดับปรับปรุงร้อยละ ๗๐ อาชีพเกษตรกรรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระดับดีร้อยละ ๙.๑ ระดับต้องปรับปรุงถึงร้อยละ ๙๐.๙ อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการระดับต้องปรับปรุงถึงร้อยละ ๑๐๐

ส่วนที่ ๔ การได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตารางที่ ๑๖ จำนวนและร้อยละของการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับรายข้อ

ข้อความ	ได้รับบ่อยๆ		ได้รับบางครั้ง		ไม่ได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนแก่ท่าน	๙	๑๗.๐	๓๐	๕๖.๖	๑๔	๒๖.๔
๒. ในระหว่างที่ท่านรักษาโรคเรื้อนได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	๓๗	๖๙.๘	๑๖	๓๐.๒	๐	๐
๓. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้สอนวิธีการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการแก่ท่าน	๙	๑๗.๐	๒๘	๕๒.๘	๑๖	๓๐.๒
๔. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจประเมินวิธีการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการของท่าน และสอนซ้ำเมื่อท่านทำไม่ถูกต้อง	๑๙	๓๕.๘	๒๗	๕๐.๙	๗	๑๓.๒

คะแนนเฉลี่ยรวม ๔.๗ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๘๘ อยู่ในระดับดี
คะแนนต่ำสุด ๑ คะแนน คะแนนสูงสุด ๘ คะแนน

จากตารางที่ ๑๖ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการบางครั้ง กว่าร้อยละ ๕๐.๐ ส่วนใหญ่ได้รับการแนะนำบ่อยๆในเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่องร้อยละ ๖๙.๘ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการให้ความรู้ การสอนเพื่อป้องกันความพิการและการ ตรวจประเมินวิธีการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการและการสอนซ้ำเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง ร้อยละ ๒๖.๔, ๓๐.๒ และ ๑๓.๒ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๗ คะแนนภาพรวมของการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนตัวอย่าง	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
๕๓	๑	๘	๔.๗๐	๑.๘๗๗

จากตารางที่ ๑๗ พบว่าภาพรวมคะแนนภาพรวมของการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย ๔.๗๐ คะแนน หรือร้อยละ ๕๘.๗๕ ซึ่งมีภาพรวมของการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับการปฏิบัติต้องปรับปรุง

ตารางที่ ๑๘ จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการได้รับการสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต้องปรับปรุง (๐ – ๔.๗ คะแนน)	๒๔	๔๕.๓
ระดับดี (๔.๘ – ๘.๐ คะแนน)	๒๙	๕๔.๗

จากตารางที่ ๑๘ พบว่า ระดับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเข้าหน้าที่สาธารณสุข ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ ๕๔.๗ ระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ ๔๕.๓

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตารางที่ ๑๙ ความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับระดับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปัจจัยด้านประชากร	ระดับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		Chi – square test
	ระดับต้องปรับปรุง	ระดับดี	
เพศ			
ชาย	๑๗ (๕๔.๘%)	๑๔ (๔๕.๒%)	๐.๙๗
หญิง	๗(๓๑.๘%)	๑๕(๖๒.๘%)	
รวม	**๒๔(๔๕.๓%)**	**๒๙(๕๔.๗%)**	

ปัจจัยด้านประชากร	ระดับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		Chi – square test
	ระดับต้องปรับปรุง	ระดับดี	
อายุ			
น้อยกว่า ๒๐ ปี	๐	๓(๑๐๐%)	๐.๐๕๕
๒๑ – ๔๐ ปี	๑(๑๑.๑%)	๘(๘๘.๙%)	
๔๑ – ๖๐ ปี	๙(๕๐.๐%)	๙(๕๐.๐%)	
๖๑ - ๘๐ ปี	๑๓(๖๑.๙%)	๘(๓๘.๑%)	
๘๐ ปี ขึ้นไป	๑(๕๐.๐%)	๑(๕๐.๐%)	
รวม	**๒๔(๔๕.๓%)**	**๒๙(๕๔.๗%)**	
สถานะภาพการสมรส			
โสด	๓ (๒๗.๓%)	๘(๗๒.๗%)	๐.๒๔๓
คู่	๑๖(๕๕.๒%)	๑๓(๔๔.๘%)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	๕(๓๘.๕%)	๘(๖๑.๕%)	
รวม	**๒๔(๔๕.๓%)**	**๒๙(๕๔.๗%)**	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	๒๓(๕๗.๕%)	๑๗(๔๒.๕%)	๐.๐๐๗**
มัธยมศึกษา / ปวช.	๑(๙.๑%)	๑๐(๙๐.๙%)	
อนุปริญญา / ปริญญาตรี	๐	๒(๑๐๐%)	
รวม	**๒๔(๔๕.๓%)**	**๒๙(๕๔.๗%)**	
อาชีพ			
รับจ้าง	๔(๓๓.๓%)	๘(๖๖.๗%)	๐.๑๗๐
เกษตรกรรม	๗(๕๓.๘%)	๖(๔๖.๒%)	
ค้าขาย	๐	๕(๑๐๐%)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๑(๕๐.๐%)	๑(๕๐.๐%)	
ว่างงาน	๑๒(๕๗.๑%)	๙(๔๒.๙%)	
รวม	**๒๔(๔๕.๓%)**	**๒๙(๕๔.๗%)**	
สถานะการรักษา			
ระยะรักษา	๔(๕๐.๐%)	๔(๕๐.๐%)	๐.๗๗๑
ระยะเฝ้าระวัง	๒๐(๔๔.๔%)	๒๕(๕๕.๖%)	
รวม	**๒๔(๔๕.๓%)**	**๒๙(๕๔.๗%)**	

ปัจจัยด้านประชากร	ระดับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		Chi – square test
	ระดับต้องปรับปรุง	ระดับดี	
ระยะเฝ้าระวัง (N = ๔๕)			
ปีที่ ๑	๐	๔(๑๐๐%)	๐.๔๖๙
ปีที่ ๒	๒(๖๖.๗%)	๑(๓๓.๓%)	
ปีที่ ๓	๕(๕๐.๐%)	๕(๕๐.๐%)	
ปีที่ ๔	๖(๔๐.๐%)	๙(๖๐.๐%)	
ปีที่ ๕	๗(๕๓.๘%)	๖(๔๖.๒%)	
รวม	**๒๐ (๔๔.๔๔%)**	**๒๕(๕๕.๕๖%)**	
เป็นผู้ป่วยประเภท			
เชื้อน้อย	๘(๕๓.๓%)	๗(๔๖.๗%)	๐.๔๕๙
เชื้อมาก	๑๖(๔๒.๑%)	๒๒(๕๗.๙%)	
รวม	**๒๔(๔๕.๓%)**	**๒๙(๕๔.๗%)**	
ความพิการเมื่อแรกวินิจฉัย			
ไม่พิการ	๑๖(๔๗.๑%)	๑๘ (๕๒.๙%)	๐.๙๑๕
พิการระดับ ๑	๑(๕๐.๐%)	๑(๕๐.๐%)	
พิการระดับ ๒	๗(๔๑.๒%)	๑๐(๕๘.๘%)	
รวม	**๒๔(๔๕.๓%)**	**๒๙(๕๔.๗%)**	
ความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา			
ไม่พิการ	๑๖(๔๗.๑%)	๑๘(๕๒.๙%)	๐.๔๖๑
พิการระดับ ๑	๑(๑๐๐%)	๐	
พิการระดับ ๒	๗(๓๘.๙%)	๑๑(๖๑.๑%)	
รวม	**๒๔(๔๕.๓%)**	**๒๙(๕๔.๗%)**	
ความพิการในวันที่เก็บข้อมูล			
ไม่พิการ	๑๕(๔๖.๙%)	๑๗(๕๓.๑%)	๐.๙๐๐
พิการระดับ ๑	๑(๓๓.๓%)	๒(๖๖.๗%)	
พิการระดับ ๒	๘(๔๔.๔%)	๑๐(๕๕.๖%)	
รวม	**๒๔(๔๕.๓%)**	**๒๙(๕๔.๗%)**	

จากตารางที่ ๑๙ พบว่า มีความแตกต่างของระดับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับระดับการศึกษา ที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๒๐ ความแตกต่างของระดับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประเภทผู้ป่วยระยะรักษา กับระยะเฝ้าระวัง จำแนกตามระดับการศึกษา

ปัจจัยด้านประชากร		ระดับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	
		ระดับต้องปรับปรุง	ระดับดี
ผู้ป่วยระยะรักษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	๔(๖๖.๗%)	๒(๓๓.๓%)
	มัธยมศึกษา/ปวช.	๐	๑(๑๐๐%)
	อนุปริญญา/ปริญญาตรี	๐	๑(๑๐๐%)
ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง	ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	๑๙(๕๕.๙%)	๑๕(๔๔.๑%)
	มัธยมศึกษา/ปวช.	๑(๑๐.๐%)	๙(๙๐.๐%)
	อนุปริญญา/ปริญญาตรี	๐	๑(๑๐๐%)
รวม		**๒๔(๔๕.๓%)**	**๒๙(๕๔.๗%)**

จากตารางที่ ๒๐ เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในตารางที่ ๑๙ มาแจกแจง พบว่า มีความแตกต่างของระดับการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระหว่างประเภทผู้ป่วยระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยระยะรักษาที่มีความรู้ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช.และระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับดีถึงร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วยระยะรักษาที่ไม่ได้เรียนหนังสือ/มีความรู้ในระดับประถมศึกษา ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับดีร้อยละ ๓๓.๓ ระดับต้องปรับปรุงร้อยละ ๖๖.๗

ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังที่มีความรู้ในระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับดีถึงร้อยละ ๑๐๐ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช.ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับดีถึงร้อยละ ๙๐.๐ ระดับต้องปรับปรุงร้อยละ ๑๐.๐ ระดับที่ไม่ได้เรียนหนังสือ/มีความรู้ในระดับตรี ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับดีร้อยละ ๔๔.๑ ระดับต้องปรับปรุงร้อยละ ๕๕.๙

บทที่ 5

สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การศึกษา ความรู้เรื่องโรคเรื้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ 4 เป็นการวิจัยแบบ Cross – sectional Analytics study วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ เปรียบเทียบความแตกต่างและความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ กับปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สถานะการรักษา และความพิการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ 4 ระยะเวลาการศึกษา มกราคม 2557 ถึง กันยายน 2557 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาและผู้ป่วยเฝ้าระวัง ในเขตสาธารณสุขที่ 4 จำนวน 53 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.5 มีอายุ 61 – 80 ปี ร้อยละ 39.6 รองลงมาอายุ 41- 60 ปี ร้อยละ 33.9 อายุเฉลี่ย 54.8 ปี อายุน้อยสุด 14 ปี อายุมากสุด 87 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 54.7 ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ/ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 75.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.7 รองลงมาเกษตรกรรม ร้อยละ 24.5 เป็นผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง ร้อยละ 84.9 เฝ้าระวังปีที่ 4 ร้อยละ 33.0 รองลงมาปีที่ 5 ร้อยละ 28.6 เป็นผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก ร้อยละ 71.7 แรกวินิจฉัยไม่พบความพิการ ร้อยละ 64.1 พิการระดับ 2 ร้อยละ 32.1 พิการระดับ 1 ร้อยละ 3.8 ความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา ไม่มีความพิการร้อยละ 64.1 พิการระดับ 2 ร้อยละ 34.0 ความพิการในวันที่เก็บข้อมูล ไม่พิการร้อยละ 60.4 พิการระดับ 2 ร้อยละ 33.9

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ระดับพอใช้ ร้อยละ 52.8 รองลงมาระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 28.3 และระดับดี ร้อยละ 18.9(ตารางที่ 4) (60)

มีความแตกต่างระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ ประเภทผู้ป่วยเชื้อมาก ความพิการเมื่อแรกวินิจฉัย ความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา ความพิการในวันที่เก็บข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ 0.05(ตารางที่ 5) (61)โดยพบว่าผู้ป่วยระยะรักษาประเภทเชื้อมาก มีความรู้ดีถึงร้อยละ 37.5 ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง ประเภทเชื้อมากมีความรู้ดีถึงร้อยละ 23.3 ซึ่งผู้ป่วยเชื้อมากจะมีอาการของโรคเรื้อน ที่มากกว่าผู้ป่วยเชื้อน้อยจึงมีความสนใจ ใส่ใจในเรื่องโรคและการรักษา มากว่าผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อย ที่มีอาการของโรคเรื้อน

น้อยกว่า อาจเนื่องมาจากเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคก็สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับอมรรัตน์ ภิรมย์ชม และอนงค์ หาญสกุล (62) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการรับรู้สุขภาวะรายด้าน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นการให้ความรู้แก่กลุ่มประเภทเชื้อน้อยจึงมีความสำคัญ เพราะหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง รักษาไม่ต่อเนื่อง อาจส่งผลให้มีอาการมากขึ้น สามารถเปลี่ยนจากกลุ่มประเภทเชื้อน้อย เป็นประเภทเชื้อมากได้

ผู้ป่วยระยะรักษาที่มีความพิการระดับ 1 เมื่อแรกวินิจฉัย มีความรู้ดีถึงร้อยละ 100 เนื่องจากได้รับทราบว่าความพิการระดับ 1 หากรักษาครบถ้วน ปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องในการป้องกันความพิการ จะสามารถลดระดับความพิการให้กับมาเป็นปกติได้ สัมพันธ์กับข้อความรู้จากคู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน(44)

ผู้ป่วยระยะรักษาที่พิการระดับ 2 ในวันที่สิ้นสุดการรักษาและวันที่เก็บข้อมูล มีความรู้ดีถึงร้อยละ 60.0 , 66.7 และระยะเฝ้าระวังที่พิการระดับ 2ในวันที่สิ้นสุดการรักษาและวันที่เก็บข้อมูล มีความรู้ดีถึงร้อยละ 38.5,33.3 อาจเนื่องมาจากเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคก็สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับอมรรัตน์ ภิรมย์ชม และอนงค์ หาญสกุล (62) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการรับรู้สุขภาวะรายด้าน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองรายด้านและภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยว่าหากรักษาไม่ครบถ้วน ปฏิบัติไม่ถูกต้องในการป้องกันความพิการ ก็จะส่งผลให้เกิดความพิการจากโรคเพิ่มขึ้นได้

ในด้านความรู้เรื่องโรคเรื้อน กลุ่มที่มีความรู้น้อยในระดับที่ต้องปรับปรุงคือ ผู้ป่วยกลุ่มอายุ น้อยกว่า 20 ปี, 80 ปีขึ้นไป, ความรู้ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. , อาชีพเกษตรกรรม , ผู้ป่วยในระยะเฝ้าระวัง โดยเฉพาะระยะเฝ้าระวังในปีที่ 3,4,5 ผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อย และผู้ป่วยที่ไม่พิการ จึงควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อน โดยเฉพาะเรื่องการติดต่อของโรคเรื้อนและอาการของโรคเรื้อน แก่ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่สงสัยโรคเรื้อน ผู้สัมผัสโรคเรื้อน เพื่อให้สามารถประเมินอาการตนเองได้ถูกต้อง และรีบมารักษาแต่เนิ่นๆก่อนเกิดความพิการจากโรคเรื้อนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อการเจ็บป่วย ซึ่งอาจพิการจากโรคได้ ประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเป็นระยะ เพิ่มเติมข้อความรู้ในส่วนที่ยังขาดของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

การที่จะให้ผู้ป่วยมีความรู้ต่อเนื่องและทันสมัยอยู่ตลอดเวลา บุคลากรผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต้องติดตามสอบถามเป็นระยะ ให้ผู้ป่วยตื่นตัวและไม่ลืม ต้องมีสื่อที่เหมาะต่อการเรียนรู้ ทบทวนข้อความรู้ ที่เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย จึงควรจัดทำสื่อในหลายๆรูปแบบเช่นเป็นเอกสาร แผ่นพับ คู่มือ, CD, Applicationบนมือถือ, Line Group เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงข้อความรู้โรคเรื้อนได้ง่ายด้วยความสนใจ

พฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 58.5 ระดับดีร้อยละ 41.5(ตารางที่12) (60)

มีความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการกับปัจจัยด้านระดับการศึกษา และอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ 0.05 (ตารางที่ 13)(61)
ผู้ป่วยระยะรักษาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. และระดับปริญญาตรี มีความรู้ดีถึงร้อยละ 100 ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีความรู้ดีถึงร้อยละ 80.0 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ดีกว่า ผู้มีการศึกษาที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับดร.สุปรียา ตันสกุลและคณะฯ(63) กล่าวไว้ว่าความรู้เป็นปัจจัยนำ (Predisposing Factor)ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของลักษณา พงษ์ภุมมาและศุภรา หิมานันโต(64)พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ดังนั้นควรให้ความสำคัญในการสอนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีการศึกษาน้อย ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความพิการจากโรคเรื้อน ตรวจประเมินความรู้การปฏิบัติตัว และประเมินสภาพความพิการตามเกณฑ์ที่กำหนด

ผู้ป่วยระยะรักษาที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และเกษตรกรรม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดีถึงร้อยละ 100 ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังที่มีอาชีพค้าขาย และรับจ้าง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดีร้อยละ 100,77.8 ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวังเขตสุขภาพที่ 4 เท่านั้น แต่ถ้าหากศึกษาในพื้นที่อื่นผลการศึกษาอาจไม่มีความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการกับปัจจัยด้านอาชีพก็ได้

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ กลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต้องปรับปรุงคือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี, 61-80 ปี, 80 ปีขึ้นไป ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรรมและผู้ที่ว่างงาน ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฝ้าระวัง ผู้ป่วยเชื้อน้อย และผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ ในกลุ่มเหล่านี้อาจสนใจดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการต่ำ จึงควรให้ความสำคัญในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ตามแบบ ปพ.2 ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาหรือมาตรวจเฝ้าระวังตามเกณฑ์ และให้สุขศึกษาเมื่อพบว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตัวหรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เพราะการที่เจ้าหน้าสาธารณสุขมีการติดตามประเมินผู้ป่วย เน้นย้ำ สอนเสริมให้อย่างสม่ำเสมอ จะเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยหันมาสนใจดูแลตนเอง มีพฤติกรรมดีในการดุแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการแช่มือ แช่เท้าในน้ำ การทาโลชั่นเพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น การนวดกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรงและข้อติดแข็ง

การที่จะให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลเพื่อป้องกันและฟื้นฟูความพิการจะต้องเริ่มจากการมีความรู้และเข้าใจที่ถูกต้องก่อน แล้วหาแรงจูงใจของผู้ป่วยที่ต้องการหายจากโรคเรื้อนหรือไม่ต้องการเกิดความพิการจากโรคเรื้อนคืออะไร แล้วจึงเสริมแรงต่อแรงจูงใจนั้น ให้คงอยู่ได้นาน และการที่บุคคลในครอบครัวสนใจ ให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน ร่วมปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตที่บ้านของผู้ป่วยตามการเจ็บป่วย เชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ สุขใจต่อการดูแลของครอบครัว ดังนั้นการเตรียมบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยก็เป็นเรื่องที่สำคัญเช่นกัน

การได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 54.7 ระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 45.3 (ตารางที่ 18)(60)

มีความแตกต่างระหว่างการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับปัจจัยด้านระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ 0.05 (61)

ผู้ป่วยระยะรักษาที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. และระดับปริญญาตรี ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ระดับดีถึงร้อยละ 100 ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. และระดับปริญญาตรี ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ระดับดีถึงร้อยละ 90,100 เนื่องจากผู้ที่มีความรู้ดีจะสามารถสื่อสารเรื่องราวต่างๆได้ดี สนใจใคร่รู้ ซักถามข้อสงสัยต่างๆได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของดร.วรรณรา ชื่นวัฒนและณิชานาฏ สอนภักดี(65)พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว, แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรให้ความสำคัญในให้การสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างเข้มข้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย เพื่อให้ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดีในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา ผู้พิการระดับ 1 เปลี่ยนเป็นพิการระดับ 2 จำนวน 1 ราย ความพิการในวันที่เก็บข้อมูล ผู้ที่ไม่มีความพิการเปลี่ยนเป็นมีความพิการระดับ 1 จำนวน 2 ราย ในผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่ม Borderline สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนคือโรคเห่อชนิดที่1 (type1 reaction) ได้ทั้งก่อนการรักษา ระหว่างรักษา และหลังการรักษาครบตามหลักเกณฑ์แล้ว ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะทำให้เกิดเส้นประสาทอักเสบ หากผู้ป่วยขาดความรู้ไม่ทราบอาการและผลที่จะเกิดขึ้น ไม่ได้มาพบแพทย์เพื่อรักษาภาวะเส้นประสาทอักเสบ จึงเกิดความพิการเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นการเน้นย้ำให้ความรู้การเกิดภาวะแทรกซ้อนและติดตามประเมินความพิการทั้งในช่วงระหว่างรักษาและหลังการรักษาครบตามหลักเกณฑ์แล้ว ในผู้ป่วยโรคเรื้อนจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรปฏิบัติ

กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยคือ เพศชาย อายุ 61-80 ปี, 80 ปีขึ้นไป ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรรมและผู้ที่ว่างงาน ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังปีที่ 2,3,4,5 ผู้ป่วยเชื้อน้อย และผู้ป่วยที่ไม่พิการ ในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความสนใจที่จะพูดคุย สื่อสารให้ความรู้ ส่งเสริมกระตุ้นให้มีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ โดยต้องเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง

การที่จะให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ดีและต่อเนื่องนั้น ต้องเริ่มจากการมีความรู้และเข้าใจโรคเรื้อน ไม่รังเกียจ มีทัศนคติที่ดีต่อโรคและความพิการ ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนจากทีมสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต ทำให้เกิดความสนใจ สนุกและท้าทายความสามารถต่อการดำเนินงาน ได้รับการติดตามเยี่ยมเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง เชื่อว่าจะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ดีและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในภาวะความชุกโรคเรื้อนต่ำลง จนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขแล้วนั้น การบูรณาการงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนไปในงานประจำ พบว่าผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบให้ความสำคัญต่องานโรคเรื้อนในลำดับท้ายๆ ไม่ทำก็ไม่ได้เกิดปัญหาต่อหน่วยงาน ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายที่พบน้อยลงมาก แพทย์ขาดทักษะในการวินิจฉัยและการรักษา การรณรงค์สื่อสารเรื่องโรค

เรื้อนก็ทำน้อยมากพียงปีละครั้ง ในช่วงสัปดาห์ราชประชาสมาสัย ทำให้ประชาชนขาดความรู้เรื่องโรคเรื้อน ไม่สามารถประเมินอาการสงสัยโรคเรื้อนของตนเองได้ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษา ผู้ป่วยเกิดความพิการจากโรคเรื้อน ส่งผลต่อการประกอบอาชีพ รายได้ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นภาระต่อครอบครัวและประเทศชาติ ในการดูแลผู้พิการจากโรคเรื้อน จึงขอเสนอแนะข้อคิดเห็นต่อการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนดังนี้

ควรจัดรูปแบบการค้นหา การวินิจฉัย การดูแลรักษาโรคเรื้อน การป้องกันและฟื้นฟูความพิการจากโรคเรื้อนแบบใหม่ โดยสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ควรจัดสรรงบประมาณในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์กันประชาชนกลุ่มเสี่ยง การMonitor Case ผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและระยะเฝ้าระวัง ว่าจะมีค่าดำเนินการต่อผู้ป่วย1รายต่อปี เป็นเงินงบประมาณเท่าไร และโอนเงินงบประมาณนั้นให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคไปดำเนินการ โดยดำเนินการดังนี้

1.ด้านการเตรียมบุคลากรผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

-จัดให้มีผู้รับผิดชอบโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตละ2-3คน เพื่อเป็นทีมในการทำงาน

-ประเมินผู้รับผิดชอบโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต ในเรื่องความรู้เรื่องโรคเรื้อน(ลงลึกถึงเรื่องPathology/Immunology) การทำSlit Skin Smear ทักษะการตรวจประเมินความพิการผู้ป่วย(ด้วยMonofilament) การรักษาโรคเรื้อน การรักษาภาวะแทรกซ้อน

-พัฒนาความรู้และทักษะของผู้รับผิดชอบโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตให้เป็นExpert ทำได้ทุกเรื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน

2.ด้านการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ควรดำเนินการดังนี้

-รณรงค์ผ่านสื่อโทรทัศน์ จะเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยอาจทำในช่วงสัปดาห์ราชประชาสมาสัย ให้ผู้มีอาการสงสัยโรคเรื้อนได้มาReportตัวเอง ที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

-Active Case Finding ค้นหาผู้ป่วยใหม่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย

-ตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน(Household Contract) ผู้สัมผัสโรคทางสังคม(Social Contract)อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ตามระยะการฟักตัวของเชื้อโรคเรื้อน

-ผลักดันให้มหาวิทยาลัย บรรจุเรื่องโรคเรื้อนไปในเรื่องโรคผิวหนัง สำหรับการสอนนักศึกษาแพทย์ เพื่อให้แพทย์มีความรู้เรื่องโรคเรื้อน สามารถวินิจฉัยโรคเรื้อนได้ ไม่เกิดDoctor Delay

-จัดอบรมเรื่องโรคผิวหนัง/โรคเรื้อนแก่แพทย์จบใหม่ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนได้

3.ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน และการป้องกันความพิการ

-หลังจากค้นพบผู้ป่วยรายใหม่จากการสำรวจหมู่บ้าน/การตรวจผู้สัมผัสโรค/การตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อนจากแพทย์ในโรงพยาลแล้ว ให้ผู้รับผิดชอบโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตลงรายงานผู้ป่วยใหม่ในระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อน สถาบันราชประชาจะต้องให้เงินงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน1ราย ให้ยารักษาโรคเรื้อนแก่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยทีมExpertผู้รับผิดชอบโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค จะทำหน้าที่ดูแลCaseโดยตลอด ซึ่งจะต้องชวนผู้รับผิดชอบโรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล

หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมดูแลผู้ป่วย โดยต้องลงสำรวจหมู่บ้าน ตรวจผู้สัมผัสโรค ให้ผู้ป่วยกินยาRifampicinต่อหน้า จ่ายยาให้ผู้ป่วยกินที่บ้านทุกวัน ให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ตรวจประเมินความพิการ การลงรายงานต่างๆ การสอนและพัฒนาให้บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยได้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องการกินยา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความพิการ จัดหาอุปกรณ์เพื่อป้องกันและฟื้นฟูความพิการแก่ผู้ป่วย สอนเสริมให้กับผู้รับผิดชอบโรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยทีมดังกล่าวต้องลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เดือนละครั้ง จนกว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ทีมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีแล้ว ก็จะจ่ายยารักษาโรคเรื้อนให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเยี่ยมบ้านและจ่ายยาให้ผู้ป่วยเดือนละครั้ง(โดยต้องกินยาRifampicinต่อหน้า) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคจะติดตามเยี่ยมหลังจากนั้นตามกำหนดเกณฑ์ในการประเมินความพิการ เช่นผู้ป่วยที่ไม่พิการเยี่ยม 3 เดือนครั้ง ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเยี่ยมทุกเดือนเป็นต้น โดยทุกครั้งที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยจะต้องติดตามประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ดูแล ว่ายังสามารถคงความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่ หากพบจุดขาด ให้สอนเสริม และเยี่ยมเพื่อเสริมแรงให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติ

2. ข้อเสนอแนะต่อบุคลากรสาธารณสุข ในการนำผลวิจัยไปใช้

การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากต้องใช้เวลา 2 ปี การที่จะคงไว้ซึ่งความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการในระยะเวลาที่ยาวนานเป็นเรื่องยาก ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงควรเสริมแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะด้านการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการอย่างต่อเนื่องและควรมีการประเมินเป็นระยะๆ ระหว่างการให้การติดตามดูแลรักษา

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1.หากสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ซึ่งรับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนระดับประเทศ มีความสนใจที่จะปรับรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน ตามที่ได้นำเสนอข้างต้น ก็ควรทำการศึกษาวิจัยในเรื่อง **ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน** โดยประเมินทั้งในด้าน

-ความรู้และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโรคเรื้อนระดับจังหวัด โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ต่อรูปแบบการดูแลรักษา

-ประสิทธิภาพด้านการรักษาและการป้องกันความพิการในรูปแบบการดูแลที่กำหนดขึ้น

-ความคุ้มทุนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนต่อคน หรือในภาพประเทศ

2.ผู้วิจัยเชื่อว่ายังมีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังไม่ถูกค้นพบ หากระบบการค้นหาและการรักษามีประสิทธิภาพ โรคเรื้อนจะหมดไปในที่สุด

บรรณานุกรม

1. Blundell, John wf. The muscular and Their Story. London: Chapman and Hall. 1864.
2. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ๙ อ. สู่ชีวิตใหม่และสุขภาพ. วารสารหมอชาวบ้าน ;2538. 186 (16) .
3. Browne SG.The History of Leprosy. In : Hastings RC, ED. Leprosy. New York : Churchill Liningstone, 1985. 8.
4. Shepard, C.C. Journal of Experimental Medicine 1960; (112) : 445-454.
5. Kirchheimer WF, Storrs EE. Attempts to Establish the Armadillo as Model for the Study of Leprosy. Int. J Lepr. 1971; (39) : 693.
6. Ishaque M, Kato L and Skinsnes OK. Cytochrome Linked Respiration in Host Grown M.Leprae Isolated from an Armadillo. Int. J Lepr. 1977; (45) : 114-31.
7. Kato L. A Multifactorial Culture Medium with Growth Factors from Leprosy-Derived Mycobacterium Proposed in Cultivation Trials for M. lepra. Int. J Lepr. 1966; (54) : 310-11
8. Teera Ramasoota, Tsunehiko Hirata, Ptasert Sampoonachote, Seri Sungruang, Surasak Sampattabanich and Pachoomporn Ochasanond. Preliminary Report on Micro-biological Studies of the Acid-Fast Organisms Isolated and Cultivated from Leprosy Patients. Thai Journal of Communicable Disease.1980 ; 6(4) : 241-249.
9. ธีระ รามสูต. เวชปฏิบัติทางโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นิวธรรมดา ; 2525.
10. World Health Organization. A Guide to Leprosy Control, Second Edition. เมือง : สำนักพิมพ์, 1988.
11. Godal T, Negassi K. Subclinical Infection in Leprosy. Br Med J. 1973 ; (3) : 557-9.
12. Mohamed AP. A Study of Conjugal Leprosy. Int. J Lepr. 1965 ; (33) : 223-228.
13. Bryceson A, Pfaltzgraff, RE. Leprosy, 2nd Ed. Edinburgh, London and New York : Churchill Libingstone ; 1979. p. 49-127.
14. ธีระ รามสูต และคณะ. แนวคิดการดื้อยาแด๊ปโซนของเชื้อโรคเรื้อนและวิธีป้องกันแก้ไข. วารสารโรคติดต่อ 2532 ; 6(4) : 256-271.
15. Ramasoota T, Rungruang S, Sampatavanich S, Rasamipraba K, Kongsoebchart K, and Sampoonachot P. Preliminary Study on Dapsone Resistant Leprosy In Thailand. Thai-Journal of Public Health. 1983 ; (2) : 115-27.
16. Job CK, Hastings RC, Harris EB, Allen JL. The Star. Carville : Louisiana, 1986. P.45
17. Walsh GP, Storrs EE, Meyers WM, Binford CH. Naturally Acquired Leprosy-like Disease in the Nine-Banded Armadillo (Dasypus Novencinctus) : Recent Epizootiologic Findings. J Retic End Soc. 1977 ; 22 : 363-7.
18. Leninger JR, Donham K, Meyer WM. Leprosy in a Chimpanzee : Postmortem Lesions. Int. J Lepr. 1980 ; 48 : 414-21.

19. Meyers NM, Walsh GP, Brown HL, Fukunishi Y, Binford CH,Gerone PJ, et al. Naturally Acquired Leprosy in an Mangabey Monkey (Cereocebus SP). Int. J Lepr. 1980 ; 48 : 495-6.
20. Meyers WM, Walsh GP, Brown HL , Binford CH, Immes JR GD, Hadfelt TL, et al. Leprosy in a Mangabey Monkey-Naturally Acquired Infection. Int. J Lepr. 1985 ; 53 : 1-14.
21. Report of WHO Study Group. Epidemiology of Leprosy in Relationship to Control. Technical Reports Series No. 716 ; 1985 ; WHO : Geneva ; p.19-27.
22. Noordeen SK. The Epidemiology of Leprosy. In : Hasting RC, Ed. Leprosy. New York : Churchill Livingstone, 1985. P.15-29.
23. Davey TF, Rees RJW. The Nasal Discharge in Leprosy : Clinical and Bacteriological Aspects. Lepr Rev. 1974 ; 45 : 121-134.
24. Water MFR. Leprosy. BR Med J. 1981 ; 283.
25. Desikan KV. Viability of Mycobacterium Leprae Outside the Human Body. Lepr Rev. 1977 ; 48 : 231-235.
26. Desikan KV, Streevatsa. Studies on Viability of M. leprae Outside Human Body. Lepr India. 1979 ; 51 : 588-589.
27. World Health Organization. Epidemiology in Relation to Control. Technical Report Series 716 ; 1985 ; Geneva ; p.10-12.
28. คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติเรื่องโรคเรื้อน. โรคเรื้อนปริทัศน์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์แห่งประเทศไทย จำกัด ; 2530.
29. Noordeen SK. Epidemiology of leprosy. In : Hastings RC, ed. Leprosy. London : Churchill Livingstone, 1994. p.29– 45.
30. World Health Organization. WHO Expert Committee on Leprosy. Technical Report Series 768 : Sixth Report. 1988 ; 11.
31. Noordeen SK. Hasselblad. The worldwide distribution of leprosy. 1981. p.2-4.
32. Thangaraj RH and Yawalkar SJ. Leprosy. CIBA-GEIGY Limited. Third Revised Edition. Switzerland : Basle, 1988. P.23-24.
33. World Health Organization. WHO Expert Committee on Leprosy. Sixth Report; Op.cit. 12.
34. Report of WHO Study Group. Epidemiology of Leprosy in Relationship to Control. Op.cit. 11, 21, 26, 29.
35. Browne SG. Acta Clinica. Leprosy. CIBA-GEIGY Ltd. Third Ed. Switzerland :Basle, 1984. P.13, 16, 30, 31, 53.
36. Hasting RC. And Convit J. Leprosy. Op.cit. 24.
37. World Health Organization. A Guide to Leprosy Control. Op.cit. 7-8.

38. World Health Organization, WHO Expert Committee on Leprosy. Sixth Report ; Op.cit. 11.

39. Yawalkar SJ. Leprosy for Practioners. 2nd Ed. Bombey : Popular Praksashan ; 1974. p.22, 24, 115

40. Ramasoota, Teera. Leprosy in South East Asia. Proceeding of the First International Leprosy Symposium ; 1985 November 26-28 ; China : Guangzhou, P.R.C. ; 1985. p. 46-55.

41. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. คู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2553.

42. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ : ดีสุวรรณ ซัพพลาย เซอร์วิส ; 2552.

43. WHO. Community – based rehabilitation : CBR Guidelines (Supplementary booklet) ; 2010.

44.สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ; 2553.

45. Cobb S. Social support as a moderated of life stress. Psychosomatic Medicine 38 (September-October). 1976 ; 300-314.

46. Kahn, R.L. Aging and social support. In aging from birth to death : Interdisciplinary perspective. Colorado : Westview Press, 1979.

47. Norbeck, K. The use of social support in clinical practice. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Science ; 1982 December20 ; 1982. P.22-29.

48. Thiot, P.A. Conceptual methodological and theoretical problem in studying social Support as a buffer against life stress. Journal of Health Social Behavior ; 1982 ; p.145-159.

49. Kaplan, B.H., et al. Social support and health. Medical Care. 1977 May 15 ; 1977. p.47-58.

50. House, The Postpartum Support Questionnaire: Psychometric Properties in Adolescents.cited by Tilden, 1985 : 201.

51. Pender, N.J. Health promotion in nursing practice. USA. : Appleton and Lange; 1996.

52. Brand & Weinert, The influence of psychosocial factors on the disablement process in women with multiple sclerosis and women with fibromyalgia syndrome. 1985. cited by Weinert, 1987 : 273-277.

53. Chaefer, Coyne & Lazarus. The health-related functions of social support. 1988. p.75-109.

54. Gore. The Effect of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment. 1983. P.151 – 167.

55. สรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมาหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2534.

56. วิมล ดำสวัสดิ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแม่บ้านอาสาสมัครในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2535.

57. สุระ สิทธิศิริสาร, นิรุจน์ อุธา และคณะ.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับยาของผู้ป่วยโรคเรื้อนในจังหวัดขอนแก่น.รายงานการวิจัย.ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 ขอนแก่น ; 2538.

58. ชาญชัย สันติพฤทธิ์.ความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาและการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต12. ศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 12 สงขลา ; 2538.

59.ธิดา นิ่มมา,อานุวัฒ ราณรงค์,เสาวนีย์ โคตะมา. คุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์. วารสารกรมควบคุมโรค ปีที่ 42 ฉบับที่ 4 ตค.-ธค. 2555 ; 360-370.

60.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์.การวัดและประเมินผล.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ลักษณ์ ; 2543.

61.อนุวัติ คูณแก้ว.สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2560.

62.อมรรัตน์ ภิรมย์ชม,อนงค์ หาญสกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารคณะพละศึกษา 2555 ; 129-141.

63.สุปรียา ตันสกุลและคณะ.ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ยุทธรินทร์การพิมพ์ ; 2543.

64.ลักษณา พงษ์ภุมมา,ศุภรา หิมานันโต. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสาร มฉก.วิชาการ ปีที่ 20 ฉบับที่ 40 มค.-มิย. 2560 ; 67-76.

65.วรรณรา ชื่นวัฒนา,ณิชานาฏ สอนภักดี. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กย.-ธค. 2557 ; 163-170.

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

ความรู้เรื่องโรคเรื้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะรักษาและ เฝ้าระวังในเขตสาธารณสุขที่ 4

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย √ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา
   ( ) มัธยมศึกษา/ปวช. ( ) อนุปริญญา
   ( ) ปริญญาตรี
5. อาชีพ ( ) รับจ้าง ( ) เกษตรกรรม
   ( ) ค้าขาย ( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
   ( ) ว่างงาน
6. สถานะการรักษา
   ( ) ระยะรักษา ( ) ระยะเฝ้าระวัง
7. ระยะเฝ้าระวัง
   ( ) ปีที่ 1 ( ) ปีที่ 2
   ( ) ปีที่ 3 ( ) ปีที่ 4
   ( ) ปีที่ 5
8. เป็นผู้ป่วยประเภท
   ( ) เชื้อน้อย ( ) เชื้อมาก
9. ความพิการเมื่อแรกวินิจฉัย
   ( ) ไม่พิการ ( ) พิการระดับ1
   ( ) พิการระดับ2
10. ความพิการเมื่อสิ้นสุดการรักษา
    ( ) ไม่พิการ ( ) พิการระดับ1
    ( ) พิการระดับ2
11. ความพิการในวันที่เก็บข้อมูล
    ( ) ไม่พิการ ( ) พิการระดับ1 ( ) พิการระดับ2

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเรื้อน

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย √ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับเจ้าหน้าที่
1. โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์			
2. โรคเรื้อนติดต่อทางละอองฝอยของทางเดินหายใจและบาดแผล			
3. อาการของโรคเรื้อนมีอาการทางผิวหนังและอาการทางเส้นประสาท			
4. ผู้ที่เป็นโรคเรื้อนจะมีอาการคันที่ผิวหนัง			
5. ผู้ป่วยผิวหนังที่มีวงด่างสีจางและมีอาการชาภายในวงสีจาง ก็วินิจฉัยได้แล้วว่าเป็นโรคเรื้อน			
6. การรักษาโรคเรื้อน ต้องรักษาด้วยการรับประทานยาเท่านั้น			
7. การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อยใช้เวลา 6 เดือน ประเภทเชื้อมากใช้เวลา 2 ปี			
8. โรคเรื้อนทำให้เกิดความพิการของตา มือ เท้า ได้			
9. หลังจากรักษาครบตามเกณฑ์แล้ว ท่านต้องสังเกตอาการตนเองต่ออีก 3 ถึง 5 ปี			
10. ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านของท่านต้องสังเกตอาการทางผิวหนังเป็นเวลา 10 ปี			

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย √ ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ท่านส่องกระจกเพื่อดูว่ามีตาแดง มีเศษผงติดที่ตา			
2.ท่านกระพริบตาบ่อยๆหรือหลับตาลงเมื่อมีฝุ่นพัดมาใกล้ท่าน			
3.ท่านตรวจดูมือ เท้า ของท่านว่ามีแผลหรือเศษไม้ติดอยู่หรือไม่			
4.ท่านแช่มือ เท้า ในน้ำวันละ10 – 20 นาที และทาโลชั่นเพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น			
5.ท่านนวดกล้ามเนื้อมือ เท้า เพื่อป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรงและข้อติดแข็ง			
6. ท่านสวมรองเท้า เมื่อออกนอกบ้านทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า			

ส่วนที่4 การได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย √ ในช่องที่ตรงกับการได้รับข้อมูลของท่าน

ข้อความ	ได้รับบ่อย ๆ	ได้รับบางครั้ง	ไม่ได้รับ
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนแก่ท่าน			
2. ในระหว่างที่ท่านรักษาโรคเรื้อนได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง			
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้สอนวิธีการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการแก่ท่าน			
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจประเมินวิธีการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการของท่าน และสอนซ้ำเมื่อท่านทำไม่ถูกต้อง			