



วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งจะนำไปสู่การตั้งสมมติฐานเพื่อการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมอนามัยของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มอาการสงบ และกลุ่มอาการไม่สงบ โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอนคือ

1. งานควบคุมโรคเรื้อน
2. สถาบันครอบครัว
3. พฤติกรรมอนามัย
4. พฤติกรรมอนามัยของครอบครัวกับผลการบำบัดรักษาโรคเรื้อน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานควบคุมโรคเรื้อน (Leprosy Control)

งานควบคุมโรคเรื้อน หมายถึง การดำเนินงานด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเรื้อนอันได้แก่ การรักษา การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อให้โรคเรื้อนอยู่ในสถานการณ์ที่สามารถควบคุมได้ในปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะหมดไปในอนาคต

ก่อนที่จะกล่าวถึงงานควบคุมโรคเรื้อน ควรจะได้ทราบถึงความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อนในเรื่อง ระบาดวิทยา อาการและการวินิจฉัย รวมทั้งการรักษา ดังนี้

1. ระบาดวิทยาของโรคเรื้อน

1.1 สาเหตุ โรคเรื้อนเป็นโรคผิวหนังและโรคทางวิทยาอิมมิโน (Skin and immunological Disease) ชนิดหนึ่งซึ่งจัดเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ ไมโครแบคทีเรียเลียมเลแป (Mycobacterium Lapae) ซึ่งมีคุณสมบัติคงตัวแข็งแรง เมื่อละลายด้วยน้ำที่เป็นกรดและแอลกอฮอล์ระหว่างการย้อม (Acid Fast Bacilli) เชื้อนี้ถูกค้นพบในปี พ.ศ.

2416 โดย จี อาร์เมอร์ แฮนเซน (G. Armauer Hansen) ชาวนอร์เวย์ เชื้อโรคเรื้อรังจะทำให้เกิดโรคและติดต่อกันในคนเท่านั้น

1.2 การติดต่อกับและแพร่กระจาย โรคเรื้อรังจัดเป็นโรคที่มีการติดเชื้อสูง (Highly infectious) แต่ตัวเชื้อโรคเรื้อรังเองจัดเป็นเชื้อที่ไม่มีพิษ (Nontoxic Low invasive Power, Non-Pathogenic) อัตราการแพร่ติดต่อกับของโรคจึงสูงกว่าอัตราการเกิดโรค ส่วนมากคนจึงมักติดโรคและอยู่ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ (Sub-Clinical infection) ซึ่งหากเป็นบุคคลที่มีภูมิคุ้มกันตามปกติแม้จะปรากฏอาการแล้วก็มีโอกาสหายได้ ในเด็กมีโอกาสหายได้เองถึงร้อยละ 77 และในผู้ใหญ่ที่อาการไม่มากก็มีโอกาสหายเองได้ถึงร้อยละ 55-88 (ธีระ รามสูต 2525: 10)

โดยปกติเชื้อโรคเรื้อรังพบมากบริเวณผิวหนัง ตามใบหู ใบหน้า ก้น และบริเวณผิวหนังนูนแดงหนาமாக ๆ นอกจากนี้ยังพบได้บริเวณเยื่อจมูก เส้นประสาท และอาจพบได้ในต่อมน้ำเหลือง ทับ ม้าม และไขกระดูก เชื้อโรคเรื้อรังมักพบมากในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะติดต่อกันที่มีเชื้อมาก (Multibacillary Leprosy) คือชนิดเลโปรมาตัส (Lepromatous) และเบอร์เคอร์ไลน์ (Borderline ในกลุ่ม BL, BB) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อโรคเรื้อรังจากผู้ป่วยเองไปสู่สิ่งแวดล้อม ส่วนผู้ป่วยระยะที่ไม่พบเชื้อมาก (Paucibacillary Leprosy) คือชนิดอินดีเทอร์มิเนท (Indeterminate) และทูเบอร์คิวโลอยด์ (Tuberculoid) รวมทั้งเบอร์เคอร์ไลน์ทูเบอร์คิวโลอยด์ (Borderline Tuberculoid) ซึ่งมักตรวจไม่พบเชื้อจากผิวหนังและเยื่อจมูก โดยปกติเชื้อจะไม่แพร่ออกจากร่างกาย เนื่องจากเชื้อถูกจำกัดอยู่เฉพาะในเซลล์ (Intracellular) เท่านั้น

ในผู้ป่วยชนิดติดต่อกัน เชื้อโรคเรื้อรังจะมีชีวิตอยู่ได้ราว 1-6 เดือนของระยะแรกที่รับการรักษา โดยผู้ป่วยดังกล่าวจะมีเชื้ออยู่ประมาณ 7 พันล้านตัวต่อผิวหนังจำนวน 1 กรัม นอกจากนี้ยังอาจพบเชื้อในเยื่อจมูกก่อนการรักษาคด้วย เชื้อโรคเรื้อรังประมาณวันละ 20 ล้านตัวจะถูกขับออกนอกร่างกายผู้ป่วยได้ตามแผลแตกของผิวหนังที่นูนแดงหนา แผลแตกจากจมูก และน้ำนมแม่ที่เป็นโรครยะติดต่อกันจะมีเชื้อโรคเรื้อรังราว 118 ตัวต่อน้ำนม 1 หยด เชื้อที่ออกมานอกร่างกายจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1 - 7 วัน ฉะนั้นเชื้อโรคเรื้อรังจึงมีอยู่ทั่วไปในท้องที่ ๆ มีผู้ป่วยระยะติดต่อกัน โดยในท้องที่ที่มีอัตราความชุกชุมของโรคตั้งแต่ 5 ต่อประชากรพันคนขึ้นไปถือว่าประชาชนทุกคนมีโอกาสรับเชื้อ แต่จะเกิดอาการโรคเรื้อรังหรือไม่แล้วแต่ว่ามีภูมิคุ้มกันตามากน้อยเพียงใด

วิธีการแพร่ติดต่อโรคมึ 3 สมมติฐาน คือ

สมมติฐานแรก การสัมผัสคลุกคลีทางผิวหนัง ถ้าผิวหนังมีรอยดงหรือบาดแผล เชื้อก็เข้าไปได้

สมมติฐานที่สอง การแพร่เชื้อทางลมหายใจ เป็นสมมติฐานใหม่ที่พบว่าอาจเป็นไปได้มาก โดยพบว่าผู้ป่วยระยะติดต่อก่อนมารับการรักษา มักพบเชื้อโรคเรื้อนที่มีชีวิตอยู่ในโพรงจมูก โดยเชื้อจะออกจากจมูกผู้ป่วยดังกล่าวไปราววันละ 10^6 และจากการหายใจ ไอ จาม เชื้อจะแพร่กระจายออกไปได้ไกล 30 - 50 ซม. ภายใน 3 นาที และมีชีวิตอยู่ได้นาน 1 - 7 วัน การทดลองใช้เครื่องพ่นเชื้อที่มีชีวิตให้หนูถีบจักร (ที่ทำให้ปราศจากภูมิคุ้มกันโดยตัดต่อมไทมัสออก) หายใจเข้าไป และเอ็กซ์เรย์พบว่า หนูติดเชื้อและเกิดอาการโรคเรื้อนได้ตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ (ธีระ รามสูต 2525: 3)

สมมติฐานที่สาม การแพร่เชื้อโดยแมลง เช่น ยุง เลือด ไร ลิ่น หมัด ฯลฯ พบว่าผู้ป่วยระยะติดต่อยังไม่รักษาจะมีเชื้อโรคที่มีชีวิตจำนวน 5,000 - 500,000 ตัว จนถึง 10^6 ต่อเลือด 1 ซีซี. เมื่อถูกแมลงเช่น แมลงวัน แมลงสาบมาเกาะตามแผลที่เกิดจากรอยโรคของผู้ป่วยแตกออก หลังเกาะจะพบเชื้อมีชีวิตได้ตามแขนขา กระเพาะ ปาก ไต นาน 3 วัน ถ้าไปเกาะคนก็อาจนำเชื้อไปแพร่ได้ถ้าผู้รับเชื้อมีทางให้เชื้อเข้าร่างกายเช่น รอยดงหรือบาดแผล แแต่ยังไม่พิสูจน์แน่นอนไม่ได้

1.3 ระยะพักตัวของโรคเรื้อน โดยทั่วไปมีระยะพักตัวเฉลี่ยราว 3 - 5 ปี แต่ชนิดเลโปรมาตัสอาจนานถึง 9 ปี หรือมากกว่านั้น

1.4 อุบัติการณ์และการกระจายของผู้ป่วย โรคเรื้อนโดยทั่วไปอาจเกิดได้ในทุกกลุ่มอายุแล้วแต่ว่าใครสัมผัสกับโรคเรื้อนเมื่อใด แต่พบได้บ่อยมากในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และพบบ่อยในกลุ่มอายุ 10 - 20 ปี เด็กมีโอกาสติดโรคนานกว่าผู้ใหญ่เนื่องจากผลการทดสอบเลโปรมินพบว่า ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี มักให้ผลลบ แสดงว่า เด็กมีภูมิคุ้มกันระบบภูมิคุ้มกันที่มีอยู่ในเซลล์ต่อเชื้อโรคเรื้อนต่ำ ผลการทดสอบเลโปรมินจะบวกในคนอายุ 15 ปีได้ราวร้อยละ 50 และจะให้ผลบวกในผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 90 ผู้ใหญ่จึงติดและเกิดโรคโดยยากกว่าเด็ก ดังที่พบว่าในระยะพักตัวประมาณ 5 ปี เด็กผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยระยะติดต่อกจะเกิดอาการของโรคได้ประมาณร้อยละ 4.4 - 12 ส่วนผู้ใหญ่ที่สัมผัสโรคเช่นกัน มีโอกาสเกิดโรคเพียงร้อยละ 2 (ธีระ รามสูต

2525: 2) นอกจากนี้ยังพบว่า โรคเรื้อนพบในเพศชายเท่า ๆ กับเพศหญิง แต่ในชนิดเลโปรมาตัส พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และไม่พบความแตกต่างในภูมิค้ำนทานของชนชาติต่างถิ่น ส่วนมากพบชุกชุมในประชาชนยากจน ความเป็นอยู่ไม่ถูกสุขลักษณะ

ส่วนการกระจายของผู้ป่วย คัดจากอัตราความชุกชุมของโรคเรื้อน (Prevalence rate) โดยที่ห้องที่ใดมีอัตราความชุกชุมของผู้ป่วยโรคเรื้อนมากกว่า 1 ต่อประชากรพันคน ถือว่าห้องที่นั้นมีปัญหาทางสาธารณสุข (กองโรคเรื้อน 2527: 1)

2. อาการ การจำแนกชนิด และการวินิจฉัย

2.1 อาการ

อาการทั่วไปแบ่งเป็น 3 กลุ่มอาการ คือ

กลุ่มที่ 1 อาการทางผิวหนัง (Cutaneous Lesion) อาจพบมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเป็นวงค้ำงสีขาว วงค้ำงสีแดง ผิวหนังนูนแดงหนา เป็นตุ่มเล็ก ตุ่มใหญ่ แผ่นวงแหวน แผ่นนูนหนา และค้ำนูนทั่วไป แล้วแต่อาการของโรค

กลุ่มที่ 2 อาการทางประสาท (Neurological Lesions) ส่วนใหญ่เส้นประสาทส่วนปลาย (Peripheral Nerves) จะถูกทำลาย อาการแสดงนั้นแล้วแต่ว่าเส้นประสาทใดถูกทำลาย ได้แก่ เส้นประสาทรับความรู้สึก เส้นประสาทเลี้ยงกล้ามเนื้อ หรือเส้นประสาทอัตโนมัติ เมื่อเส้นประสาทถูกทำลายมีการอักเสบภายหลังจะมีเยื่อพังค้ำดมาแทนที่ทำให้เส้นประสาทมีขนาดใหญ่มากขึ้นโตค้ำงได้

กลุ่มที่ 3 อาการทอทางเคมหายใจส่วนบน เยื่อจมูกเริ่มวม อักเสบ ทำให้ค้ำงจมูก คอมาจะเริ่มมีแผลในจมูกทำให้มีเลือดค้ำงคาบนน้ำเหลืองออกมา จนในที่สุดทำให้ค้ำงจมูกยุบค้ำง (Collapsed Nose) ถ้าไม่รักษาอาจลุกลามไปถึงกล่องเสียงเกิดวมอักเสบ หายใจลำบากและเสียงแหบค้ำง (Hoarseness of Voice)

ส่วนอาการอื่น ๆ ที่อาจพบเมื่อเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น นมโตในชาย (Gynaecomastia) หรือตาหลับไม่ลง (Exposur Keratitis) เป็นต้น

2.2 การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน (Classification of Leprosy)

โรคเรื้อนจำแนกชนิดตามแบบการประชุมสภาโรคเรื้อนนานาชาติครั้งที่ 6 ที่กรุงแมดริด ประเทศสเปน (Madrid Classification) การแบ่งวิธีนี้เหมาะสำหรับใช้ในงานควบคุมโรคเรื้อน โดยแบ่งเป็น 4 ชนิดใหญ่ ๆ คือ

ชนิดที่ 1 อินดีเทอร์มิเนท (Indeterminate Leprosy หรือ I)

ชนิดที่ 2 ทูเบอร์คิวลอยด์ (Tuberculoid Leprosy หรือ T)

ชนิดที่ 3 บอร์เคอร์ไลน์ (Borderline Leprosy หรือ B)

ชนิดที่ 4 เลโปรมาตัส (Lepromatous Leprosy หรือ L)

ชนิดที่ 1 และ 2 คือ อินดีเทอร์มิเนทและทูเบอร์คิวลอยด์ จัดเป็นโรคเรื้อนชนิดไม่ติดต่อกัน (Non-Lepromatous Leprosy) ส่วนชนิดที่ 3 และ 4 คือ บอร์เคอร์ไลน์และเลโปรมาตัส จัดเป็นชนิดติดต่อกัน (Lepromatous Leprosy)

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งชนิดของโรคเรื้อนแบบอื่นที่ละเอียดมากกว่านี้ เช่น แบบริดเลย์และโจปลิง (Ridley and Jopling Classification) ซึ่งเหมาะสำหรับงานวิจัยและเปรียบเทียบมาตรฐานเดียวกันในงานควบคุมโรคเรื้อน โดยเฉพาะการวิจัยแบบทดลองในเรื่องของการบำบัดรักษาในห้องปฏิบัติการ

ในการศึกษารังนี้จะมีผลการแบ่งชนิดของโรคเรื้อนตามแบบสภาโรคเรื้อนนานาชาติ เนื่องจากสะดวกในการใช้กับงานวิจัยภาคสนามมากกว่าแบบอื่น

2.2 การวินิจฉัยโรคเรื้อน ผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะแรกที่ยังมีเชื้อไม่มากและไม่ติดต่อกัน เช่น ชนิดอินดีเทอร์มิเนท และทูเบอร์คิวลอยด์ มักพบอาการทางผิวหนังเป็นวงคางขาว ผิวแห้ง หรือร่วมกับมีอาการทางประสาทเช่น ผิวหนังที่เป็นวงคางนั้นมีอาการชา ขมวง เหงื่อไม่ออก มือ-เท้าอุ่นกำลัง หรือกล้ามเนื้อลีบ พวกนี้จะตรวจไม่พบเชื้อ แต่ในพวกที่อยู่ในระยะติดต่อกัน เช่น ชนิดบอร์เคอร์ไลน์และเลโปรมาตัส ผู้ป่วยจะมีอาการผิวหนังนูนแดงหนา พวกนี้สามารถตรวจพบเชื้อโรคเรื้อน ฉะนั้นการวินิจฉัยโรคเรื้อนในผู้ป่วยระยะแรกดังกล่าวจึงขึ้นอยู่กับ การตรวจร่างกายทางผิวหนังและอาการทางประสาทมากกว่าการตรวจหาเชื้อ

โดยทั่วไปการวินิจฉัยโรคเรื้อนมีหลักในการวินิจฉัย 4 อย่างจากผลของการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ (ธีระ รามสูต 2525: 36) ตรวจพบมีอาการชาของผิวหนัง คำเส้นประสาทได้โต ตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนจากผิวหนังหรือจุมูกและตรวจวินิจฉัยโดยตัดชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยาพบเชื้อโรคเรื้อน

ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อหลักเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งใน 4 ข้อดังกล่าว ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อนได้

3. การรักษา

การรักษาโรคเรื้อนมีแนวคิดในการรักษาคังนี้

3.1 โรคเรื้อนในปัจจุบันรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัด ยาพื้นฐานหลักที่ใช้ คือ ยาแดปโซน (Dapsone) หรือ ดี.ดี.เอส. (D.D.S.) และมีการนำยาตัวอื่นมาใช้ในการรักษา เช่น ไรแฟมพิซิน (Rifampicin) และโคลฟาซิมิน (Clofazimine) หรือที่เรียกแลมพรีน (Lamprene) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ป้องกันเชื้อโรคเรื้อนคือยา และป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะติดคอ

3.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาแตกต่างกันแล้วแต่ชนิดของโรคและชนิดของยาที่ให้ แต่โดยทั่วไปแล้วในผู้ป่วยกลุ่มไม่ติดคอใช้ระยะเวลาการรักษาโดยเฉลี่ย 1 - 3 ปี ส่วนในกลุ่มที่ติดคอใช้ระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 3 - 5 ปี ผู้ป่วยเหล่านี้แม้จะได้รับการรักษาจนอาการของโรคสงบแล้ว แต่ยังคงอยู่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้สำหรับแต่ละชนิดของโรค โดยถือว่าผู้ป่วยรายนั้นอยู่ในระยะ "สังเกตเพื่อรอจำหน่าย" (Observe for release)

3.3 วัตถุประสงค์ของการรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด คือ ทำให้เชื้อหมดไปเร็ว ไม่แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น และลดอาการแทรกซ้อนรวมทั้งป้องกันการเกิดความพิการ

3.4 หลักในการรักษาโรคเรื้อน มีดังนี้คือ (กองโรคเรื้อน 2528: 3) รับประทานยาตั้งแต่ระยะแรกด้วยขนาดยาเพียงพอ รักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และระยะเวลาที่รักษาต้องนานพอ

จากความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ไต่กล่าวไปแล้ว ทำให้มองเห็นภาพรวมของโรคเรื้อรังในแง่ที่เป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะและการดำเนินการที่ส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ แก่ประเทศชาติและประชาชนตามมาได้ จึงจะขอล่าวถึงงานควบคุมโรคเรื้อรังในประเทศไทยดังนี้

4. ความสำคัญของงานควบคุมโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรังเป็นโรคติดต่อเรื้อรังทางผิวหนังชนิดหนึ่ง ซึ่งมักเป็นโรคที่ก่อปัญหาให้แก่ประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยด้วย โดยจะเห็นได้จากคำกล่าวของ นัคดา ศรีรายัย (2526: 2) ซึ่งกล่าวรายงานในพิธีเปิดการประชุมสัมมนาาระดับชาติ เรื่องการควบคุมโรคเรื้อรังในประเทศไทยว่า "ในบรรดาโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศไทย และประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ในปัจจุบันนั้น โรคเรื้อรังนับเป็นโรคที่องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นโรคหนึ่งในหกของโรคเมืองร้อนที่มีลำดับความสำคัญสูง" ปัญหาของโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นมักเป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันคือ เมื่อก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขแล้วก็จะทำให้เกิดปัญหาทางสังคม และเศรษฐกิจตามมาได้ด้วย ซึ่งปัญหาทางค้ำต่าง ๆ ของโรคเรื้อรังที่พบมีดังนี้คือ

4.1 ปัญหาทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นโรคติดต่อเรื้อรังและการควบคุมโรคยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะด้านการค้นหาผู้ป่วยใหม่และการบำบัดรักษา เนื่องจากเหตุผลบางประการ เช่น ผู้ป่วยหลบซ่อนไม่ยอมรับการรักษ ผู้ป่วยรับการรักษไม่สม่ำเสมอ หรือการที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามการแนะนำของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

4.2 ปัญหาค้ำสังคมและเศรษฐกิจ มีดังนี้คือ

ประการแรก ประชาชนยังมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องต่อโรคเรื้อรัง ทำให้โรคเรื้อรังเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ

ประการที่สอง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางรายเส้นประสาทอาจถูกทำลายส่งผลให้เกิดความพิการตามมา แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการของโรคหายแล้ว แต่ความพิการที่เกิดขึ้นยังหลงเหลืออยู่ จึงไม่สามารถเข้าอยู่ในสังคมและประกอบอาชีพได้ตามปกติ ขาดรายได้บางส่วนต้องหันไปยึดอาชีพขอทาน

ประการที่สาม ประเทศชาติต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หากได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ก็จะก่อให้เกิดการสูญเสียงบประมาณของประเทศในเรื่องนี้ไปโดยไร้ผล นอกจากนี้รัฐบาลยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ตามนิคมหรือหมู่บ้านโรคเรื้อนต่าง ๆ ด้วย

5. กลวิธีในการควบคุมโรคเรื้อน

จากปัญหาของโรคเรื้อนดังกล่าว ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องให้มีการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนขึ้น โดยผู้รับผิดชอบโดยตรงของงานควบคุมโรคเรื้อน ได้แก่ กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 และ 6 (พ.ศ. 2524 - 2529 และ พ.ศ. 2530 - 2534) กองโรคเรื้อนมีนโยบายมุ่งควบคุมความชุกชุมของโรคให้มีไม่เกินอัตราผู้ป่วย 1 คนต่อประชากร 1 พันคน (กองโรคเรื้อน 2528: 2) โดยใช้กลวิธีในการควบคุมโรคเรื้อนดังนี้

5.1 กลวิธีหลัก กลวิธีหลักที่ใช้ในงานควบคุมโรคเรื้อน ได้แก่

5.1.1 การให้สุขศึกษา เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดและการติดต่อของโรคเพื่อลดความรังเกียจกลัวลง และให้รู้จักอาการเริ่มแรกของโรคเพื่อไปรับการตรวจรักษาแต่เนิ่น ๆ รวมทั้งให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถรักษาตัวอยู่ที่บ้านได้

5.1.2 การตรวจค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเป็น โดยการสำรวจค้นหาผู้มีอาการนำสงสัยทั้งจากประชาชนในหมู่บ้าน ตรวจค้นหาโรคเรื้อนจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มาขอรับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย และตรวจเด็กนักเรียนในเขตรับผิดชอบ เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และสามารถตรวจค้นหาอาการแรกเริ่มได้ง่าย

5.1.3 การให้การรักษาแก่คนแก่ผู้ป่วยทุกรายที่ค้นพบ ด้วยยาที่มีประสิทธิภาพสม่ำเสมอ ระยะเวลานานพอ



5.2 กลวิธีทั่วไป ไคแก

5.2.1 การให้การรักษแก่ผู้ป่วยที่บ้านแบบผู้ป่วยภายนอกตามสถานบริการ สาธารณสุขที่มีอยู่ในชุมชน และลดการให้การรักษแบบผู้ป่วยภายในตามโรงพยาบาล โรคเรื้อน และ นิคมโรคเรื้อนให้น้อยที่สุด

5.2.2 การให้การติดตามตรวจและรักษาผู้ป่วยที่ลงทะเบียนไว้อย่างสม่ำเสมอจนกว่าโรคจะไม่กำเริบ จำหน่ายออกจากการควบคุม และเผ้ารวังติดตามตรวจซ้ำเพื่อ ให้การรักษากลับเป็นใหม่ซึ่งอาจเป็นแหล่งแพร่โรคใหม่ได้

5.2.3 การเผ้ารวังคุมกับประชาชนกลุ่มที่ติดโรคนำโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กและผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยการติดตามตรวจซ้ำทุกปี

5.2.4 ให้การอบรมแก่เจ้าหน้าที่การแพทย์ การสาธารณสุข และอื่น ๆ ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคเรื้อน

5.2.5 ให้การป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย

5.2.6 ให้การช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหา

5.2.7 ให้การวิจัยเพื่อสนับสนุนพัฒนาเทคโนโลยีในการควบคุมโรคเรื้อน

5.2.8 การพยายามรวมงานควบคุมโรคเรื้อนเข้าสู่บริการสาธารณสุข ท้องถิ่นและการใช้ประโยชน์ขององค์การภาคเอกชนและบริการสาธารณสุขมูลฐาน

จะเห็นได้ว่ากลวิธีในการควบคุมโรคเรื้อนดังกล่าว ไคกระทำอย่างครอบคลุมงาน ทั้ง 4 ด้านคือ การรักษา การป้องกัน การส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งทั้ง 4 ด้านนี้ควรมีการ ดำเนินไปพร้อม ๆ กัน แต่ทั้งนี้เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ยังไม่มีการป้องกันอย่างได้ ผลในระยะปฐมภูมิเช่น การให้วัคซีน การป้องกันจึงมุ่งเน้นไปที่การให้ศึกษาแก่ประชาชน ให้ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อน ความรู้ที่ประชาชนรวมทั้งผู้ป่วย และครอบครัวได้รับนี้จะช่วยทำให้การป้องกันในระยะทุติยภูมิ ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคแล้ว ได้ผลดีด้วย นั่นคือสามารถควบคุมโรคได้โดยการรักษาแบบเคมีบำบัด เพราะผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ที่ตนเอง

ในแง่ของการป้องกันซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานควบคุมโรคเรื้อรังนี้ พยาบาลคือบุคลากรของสาธารณสุขผู้หนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชน เพื่อให้บุคคลดังกล่าวมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และ การปฏิบัติตนไปในทางที่ถูกต้องต่อโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง อันจะช่วยส่งผลให้งานควบคุมโรคเรื้อรังได้ผลดียิ่งขึ้น

6. การประเมินผลงานควบคุมโรคเรื้อรัง

การประเมินผลงานควบคุมโรคเรื้อรัง หมายถึง การวัดผลการปฏิบัติงานการควบคุมโรคเรื้อรังในเขตท้องที่ที่รับผิดชอบ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่ กองโรคเรื้อรัง กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งไว้

ดัชนีสำคัญในการประเมินผลการปฏิบัติงานควบคุมโรคเรื้อรัง ซึ่งกองโรคเรื้อรังระบุไว้ โดยแบ่งตามขั้นตอนของการปฏิบัติงาน และสถานการณทางระบาดวิทยามีดังนี้ (จรรยาปิยะวารารณ์ 2525: 96-99)

6.1 ระยะการค้นหาผู้ป่วยใหม่ จะประเมินจาก

6.1.1 สัดส่วนระหว่างผู้ป่วยชนิดเล โปรมาคัสที่ตรวจพบต่อจำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบทั้งหมด

6.1.2 ความครอบคลุมและประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยใหม่

6.1.3 อายุของผู้ป่วยขณะที่ตรวจพบ

6.1.4 จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบ เชื่อหลังจาก เคยตรวจพบ เชื่อแต่ละปี

6.1.5 อัตราส่วนผู้ป่วยใหม่ที่ทำการขอผู้ป่วยใหม่ที่ตรวจพบทั้งหมด

6.2 ระยะการติดตามผล จะประเมินจาก

6.2.1 อัตราการรับยาสม่ำเสมอในแต่ละปี ซึ่งโดยทั่วไปหากอัตราการรักษาเกินกว่า 75% ค่อยปีขึ้นไปจะถือว่ามีการรักษายาสม่ำเสมอ

6.2.2 อัตราการขาดการรักษาแต่ละปี

6.2.3 อัตราผู้ป่วยที่ไม่กำเริบแต่ละปี หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ไม่กำเริบตามหลัก เกณฑ์มาตรฐานต่อจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาแต่ละปี ผลในขั้นนี้ช่วยชี้บ่งถึงประสิทธิผลของการรักษาและการควบคุมโรคเรื้อน

6.2.4 อัตราการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละปี

6.2.5 อัตราการกลับเป็นโรคใหม่

6.3 ดัชนีอื่น ๆ ทางระบาดวิทยา ที่สำคัญได้แก่ อัตราการเกิดผู้ป่วยใหม่ และอัตราความชุกชุมของโรค เป็นต้น

เนื่องจากการควบคุมโรคเรื้อนตามแนวใหม่ที่ให้ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ที่บ้าน โดยใช้ยาเคมีบำบัดเป็นกลวิธีหลักในการรักษานั้น ครอบคลุมกว้างจึงเป็นกลุ่มบุคคลผู้อยู่ใกล้ชิดและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากที่สุด ต่างจากการรักษาในโรคอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยต้องรับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้นพฤติกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว โดยเฉพาะพฤติกรรมที่มีต่องานควบคุมโรคเรื้อน น่าจะมีผลต่อผลการควบคุมโรคเรื้อนด้วย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องศึกษาถึงพฤติกรรมอนามัยของครอบครัวผู้ป่วยที่จะมีผลต่องานควบคุมโรคเรื้อน โดยจากการพิจารณาดัชนีที่กองโรคเรื้อนใช้ในการประเมินผลงานควบคุมโรคเรื้อน พบว่า ดัชนีในเรื่องอัตราผู้ป่วยที่ไม่กำเริบในแต่ละปีจะเป็นดัชนีสำคัญที่ช่วยชี้บ่งถึงประสิทธิผลของการบำบัดรักษา และการควบคุมโรคเรื้อนได้ดี นอกจากนี้ยังเป็นดัชนีที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมอนามัยของครอบครัวต่อผลการบำบัดรักษาโดยสรุปของผู้ป่วยที่เด่นชัดกว่าดัชนีอื่น ๆ ด้วย

7. ผลการบำบัดรักษา

การประเมินผลการบำบัดรักษาที่สำคัญในงานควบคุมโรคเรื้อน จะประเมินโดยการตรวจสอบสภาวะร่างกายของผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้รับการรักษาในช่วงระยะเวลาหนึ่งตามอาการของโรคและหลักเกณฑ์ในการรักษาของกองโรคเรื้อนแล้ว ผลการตรวจสอบสภาวะร่างกายของผู้ป่วยนี้จะเป็นตัวชี้ถึงประสิทธิผลของการรักษาและการควบคุมโรคได้ ดังนี้

7.1 ผู้ป่วยที่ตรวจพบอาการสงบ (Inactave Case) แสดงว่า การบำบัดรักษาได้ผลดี และสามารถควบคุมโรคเรื้อนในผู้ป่วยรายนั้นได้ ซึ่งผู้ป่วยที่อาการสงบแล้วจะตรวจพบอาการดังนี้คือ (กองโรคเรื้อน 2528: 53)

7.1.1 จำนวนและขนาดของผืนไม้เพิ่มขึ้น

7.1.2 ผืนเดิมที่เคยหมุนแดงหนาจะแบนราบหรือเหี่ยวยุบ

7.1.3 จำนวนและขนาดของเส้นประสาทที่โตไม่เพิ่มมากขึ้น เส้นประสาทไม่เจ็บ อาการชาลดลง

7.1.4 ไม่มีความพิการเพิ่มขึ้น

7.2 ผู้ป่วยที่ตรวจพบอาการไม่สงบ (Active Case) แสดงว่าการบำบัดรักษาไม่ได้ผล และการควบคุมผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้ผล ซึ่งผู้ป่วยมีอาการไม่สงบคือ ผู้ป่วยที่รักษาตามหลักเกณฑ์แล้วแต่ตรวจไม่พบอาการใน 4 ข้อดังที่กล่าวไว้ในข้อ 7.1 นั้นเอง

สถาบันครอบครัว

ครอบครัวถือได้ว่าเป็นสถาบันทางสังคมแห่งแรกของมนุษย์ที่ทำให้มนุษย์มีความสัมพันธ์และมีความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด เป็นสถาบันที่มีความมั่นคงมากที่สุด มนุษย์ทุกคนต้องอยู่ในสถาบันนี้ตั้งแต่แรกเกิดไปจนกระทั่งตาย บุคคลจะได้รับ การวางรากฐานการดำเนินชีวิตจากครอบครัว เพราะครอบครัวนอกจากจะทำหน้าที่พื้นฐานทางชีววิทยาคือ การให้กำเนิดบุตร เพื่อสร้างสมาชิกใหม่ให้กับสังคมแล้ว ยังทำหน้าที่ทางด้านสังคมวิทยา คือ ให้การอบรมเลี้ยงดูสั่งสอนให้สมาชิกมีพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง รู้จักระเบียบแบบแผนของสังคม ช่วยให้สมาชิกสามารถเผชิญสภาพแวดล้อมภายนอกและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ นอกจากนี้ครอบครัวยังทำหน้าที่ทางด้านจิตวิทยา เพื่อให้สมาชิกมีการพัฒนา ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อมๆ กัน โดยให้ความใกล้ชิด ให้ความรักและความอบอุ่นใจแก่สมาชิก จึงกล่าวได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันขั้นพื้นฐานทางสังคมที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ เป็นจุดเริ่มของสถาบันต่าง ๆ ในสังคม ดังที่ นิพนธ์ คันธเสวี (2528: 48) ได้กล่าวว่า "สถาบันทางสังคมทั้งหลายเริ่มมาจากกิจกรรมในครอบครัว หรือถือได้ว่าสังคมเป็นส่วนขยาย (Magnified) ของครอบครัวนั่นเอง"

จากความสำคัญของครอบครัวดังกล่าว จึงมีผู้สนใจทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องของครอบครัวอย่างกว้างขวางแตกต่างกันไปตามแนวคิดที่ตนให้ความสนใจ กรอบความคิดที่สำคัญประการหนึ่งในการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวคือ เรื่อง "ทฤษฎีของครอบครัว" (The Family Theory) ซึ่งทฤษฎีของครอบครัวนี้จะ เป็นตัวช่วยชี้บ่งให้เห็นแนวคิด หรือลักษณะทั่วไปของครอบครัว

โต้แย้งกันขึ้น โดยทฤษฎีของครอบครัวเหล่านี้จะมีแตกต่างกันตามศาสตร์แต่ละสาขาของผู้สร้างทฤษฎีนี้ขึ้น แนวคิดหรือทฤษฎีของครอบครัวที่สำคัญที่ บูดิส วันทายนต์ (2520: 6-7, 137) ได้รวบรวมไว้มีดังนี้

แนวคิดแรกคือ แนวทางชีววิทยา ทฤษฎีครอบครัวในแนวนี้ถือว่า "มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตประเภทหนึ่งที่มีวิวัฒนาการไปตามขั้นตอน จำเป็นต้องจัดระบบครอบครัวให้มีระเบียบแบบแผนเพราะระบบของครอบครัวมนุษย์ต่างจากสัตว์อื่น"

แนวคิดที่ 2 คือ แนวมนุษยวิทยา ทฤษฎีของครอบครัวในแนวนี้ถือว่า "ครอบครัวมีเฉพาะในสังคมมนุษย์เท่านั้น โดยมีวิวัฒนาการในรูปต่าง ๆ ตามสภาพแห่งสังคมมนุษย์มาตามลำดับ"

แนวคิดที่ 3 คือ แนวสังคมวิทยา ทฤษฎีของครอบครัวในแนวนี้ถือว่า "ครอบครัวเป็นกลุ่มทางสังคมที่สำคัญมาก (Crucial Group)"

นอกจากนี้ บราวน์ (Brown 1970: 105-107) กล่าวถึงทฤษฎีครอบครัวในแนวจิตวิทยาว่าครอบครัวมีลักษณะเป็นกลุ่มปรุมภูมิที่มีปฏิสัมพันธ์ กันอย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิกแต่ละคน (The family is a unity of interacting personalities)

ทฤษฎีของครอบครัวบางประการตามแนวคิดของศาสตร์สาขาต่าง ๆ ที่กล่าวไปแล้วจะนำไปสู่การศึกษาถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ ของครอบครัวอันได้แก่ ความหมายของครอบครัว ประเภทของครอบครัว บทบาทหน้าที่ของครอบครัว ดังนี้คือ

1. ความหมายของครอบครัว

ไม่มีใครให้ความหมายของครอบครัวไว้แตกต่างกันไปเช่น

"ครอบครัว" (Family) หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่สองคนหรือมากกว่ามาเกี่ยวพันทางการสมรส ทางสายโลหิต หรือการรับเอาไว้เป็นบุตรบุญธรรม รวมไปถึงการรับบุคคลอื่น ๆ เช่น ญาติ หรือคนใช้มาอาศัยอยู่ด้วยกัน (จรรยา สุภาพและคณะ 2515: 20)

หรือ ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์ทางเพศด้วยการเป็นสามีภรรยา โดยมีบุตรหรือไม่ก็ได้ (สุพัตรา สุภาพ 2520: 31)

เบอร์เกส กับ ลอค (Burgess and Locke 1971: 72-74) ได้ให้คำจำกัดความของครอบครัวว่าจะต้องมีลักษณะสำคัญ 4 ประการคือ

ประการแรก ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มาวมกันโดยการสมรส หรือความผูกพันทางสายโลหิตหรือการมีบุตรบุญธรรม

ประการที่สอง สมาชิกของครอบครัวเหล่านี้อยู่รวมกันภายในครัวเรือนเดียวกันหรือบางครั้งก็แยกไปอยู่ต่างหาก

ประการที่สาม ครอบครัวเป็นหน่วยของการติดต่อโต้ตอบระหว่างบุคคล เช่น สามี ภรรยา พ่อแม่ ลูก พี่น้อง โดยสังคมแต่ละแห่งจะกำหนดบทบาทของครอบครัวไว้ ซึ่งขึ้นอยู่กับประเพณีของแต่ละแห่ง

ประการสุดท้าย ครอบครัวมีการถ่ายทอดเพื่อรักษาวินัยธรรม โดยสมาชิกจะถ่ายทอดและรับแบบของความประพฤติในการปฏิบัติต่อกันมาตามลำดับ ทั้งรูปแบบเดิมและที่มีการผสมผสานแล้ว

สรุปแล้ว ครอบครัว หมายถึงสถาบันหน่วยเล็กที่สุดของสังคม ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกตั้งแต่สองคนขึ้นไปมาอยู่รวมกันอย่างมีความสัมพันธ์กันทางค่านิยมชีวิตวิทยา สังคมวิทยา มนุษย์วิทยา หรือจิตวิทยา นั่นเอง

2. ประเภทของครอบครัว

เมอร์ดอค (Murdock อ้างใน สุหัตตรา สุภาพ 2530: 32-33) แบ่งครอบครัวออกเป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทแรก ครอบครัวเดี่ยว หรือครอบครัวขนาดเล็ก (Nuclear Family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุตร รวมไปถึงบุตรบุญธรรมด้วย ลักษณะภายในครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกที่มีความผูกพันใกล้ชิดกันมาก มีสมาชิกจำนวนไม่มาก ปัจจุบันมีครอบครัวประเภทนี้มาก เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ มีความเป็นอิสระแต่อาจท่างเห็นญาติพี่น้องจนเกิดความรู้สึกว่าเขาและขาดความอบอุ่นได้

ประเภทที่สอง ครอบครัวขยาย (Extended Family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยวและญาติพี่น้องอาจอยู่ภายใต้หลังคาเดียวกัน หรือเชตบ้านเดียวกัน ทำให้กลายเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ ครอบครัวนี้มีความรัก ความอบอุ่น แต่ขาดความเป็นอิสระเพราะสมาชิกอาวุโสสูงสุดจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ในปัจจุบันครอบครัวลักษณะนี้มีน้อยลงเพราะคนต้องการมีอิสระและภาวะเศรษฐกิจมีแนวโน้มสูงขึ้น

ประเภทที่สาม ครอบครัวที่มีภรรยามากกว่าหนึ่งคน (Polygamous Family) ประกอบด้วยสามีหนึ่งคนภรรยาหลายคน จึงเป็นครอบครัวเดี่ยวสองครอบครัวหรือมากกว่า ที่มีสามีหรือบิตาร่วมกัน เช่น สังคมจีนและอิสลาม เป็นต้น

3. บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว

ดังที่ได้อธิบายไปแล้วในตอนต้นว่าครอบครัวถือเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ทุกคนที่มีความจำเป็นต้องอยู่ควบคู่ไปกับมนุษย์และสังคม สถาบันครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อความสัมพันธ์กันของสมาชิก ในอันที่จะมีส่วนปลูกฝังค่านิยม ความเชื่อ คุณธรรม และความประพฤติในาประการให้แก่สมาชิกของตน ดังนั้นหน้าที่สำคัญ ๆ ที่ครอบครัวพึงมีตามบทบาทดังกล่าวสามารถแยกพิจารณาได้ดังนี้คือ

3.1 เป็นสถาบันที่สร้างสรรค์สมาชิกใหม่ให้แก่สังคม (Reproduction) เพื่อให้สังคมสามารถดำรงอยู่ได้ เพราะสังคมต้องมีสมาชิกใหม่ทดแทนสมาชิกที่ตายไป

3.2 เลี้ยงดูสมาชิกผู้เยาว์ให้เจริญเติบโต นับเป็นหน้าที่สำคัญของครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ เลี้ยงดูสมาชิกให้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดี มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ครอบครัวมีความสำคัญมากต่อการพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของสมาชิก โดยเฉพาะบิดามารดาถือบุคคลสำคัญยิ่งในการ เลี้ยงดูบุตรธิดาด้วยความรัก ห่วงใย และเมตตา เพื่อให้เด็กสามารถเจริญเติบโตเป็นบุคคลที่สมบูรณ์ในอนาคต

3.3 ให้การอบรมสั่งสอนแก่เด็กให้รู้จักระเบียบของสังคม เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ให้การเลี้ยงดูสมาชิกให้เจริญเติบโต ในขณะที่เดียวกันจำเป็นต้องให้ความรู้ในเรื่องระเบียบ กฎเกณฑ์ ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม คุณธรรม ศีลธรรม ฯลฯ เพื่อเป็นการปูพื้นฐาน

ให้สมาชิกได้มีการเตรียมตัว ในการออกไปสู่สังคม และสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัวได้อย่างมีความสุข โดยมีการปรับตัวที่เหมาะสม

3.4 มีหน้าที่ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่สมาชิก เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่สมาชิกจะได้รับความรัก ความอบอุ่นตลอดจนการดูแลอย่างใกล้ชิดด้วยความบริสุทธิ์ใจ ครอบครัวเป็นแหล่งที่คอยให้กำลังใจแก่สมาชิก ให้สามารถเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งมีหน้าที่สำคัญในการให้ความคุ้มครองและดูแลสมาชิกด้วยความเอาใจใส่ในภาวะที่สมาชิกได้รับความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายหรือจิตใจ โดยเฉพาะในกลวิธีพัฒนาสาธารณสุขแนวใหม่ตามนโยบายของการสาธารณสุขมูลฐานที่จะมุ่งให้บุคคลและครอบครัวได้มีส่วนดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวมากที่สุด

ในเรื่องของความหมาย ชนิดของครอบครัว และบทบาทหน้าที่ของครอบครัวตามที่ได้อธิบายไปแล้วนั้น จะเห็นว่า เป็นไปในลักษณะใดขึ้นอยู่กับทฤษฎีหรือแนวคิดของศาสตร์สาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะในศาสตร์ของสังคมวิทยาซึ่งถือว่าครอบครัวคือหน่วยที่มีความสำคัญมากของสังคม ดังนั้นลักษณะสังคมที่แตกต่างกันย่อมมีผลให้ลักษณะของครอบครัวในสังคมหนึ่งต่างจากครอบครัวในสังคมอื่นๆ ด้วย จึงจะขอกล่าวถึงลักษณะของครอบครัวในสังคมไทยเพื่อเป็นแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมอนามัยในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้คือ

4. ลักษณะของครอบครัวไทย

ครอบครัวไทย โดยเฉพาะครอบครัวในชนบทซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลส่วนใหญ่ของประเทศที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะที่เป็นเอกลักษณ์ของตน มีความแตกต่างไปจากครอบครัวของสังคมตะวันตก ลักษณะเด่นของครอบครัวไทยมีดังนี้คือ

4.1 เป็นครอบครัวที่มีขนาดเล็ก คือเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว ซึ่งประกอบไปด้วย พ่อ แม่ และลูก

4.2 มีความผูกพันระหว่างสายโลหิตมาก ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวไทยทางสายโลหิตนี้จะมีอย่างแน่นแฟ้น บิดามารดาจะมีความรักและห่วงใยต่อบุตรธิดาอย่างลึกซึ้งซึ่งห้วงขณะที่ยังเป็นเด็ก และเติบโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว หรือแม้กระทั่งแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้วก็ตาม ดังนั้นแม้

ในปัจจุบันจะมีลักษณะครอบครัวเดียวกันมากขึ้น แต่ความผูกพันระหว่างครอบครัวเก่าและครอบครัวใหม่ก็ยังมีอยู่ มีการไปมาหาสู่กันเป็นประจำจึงไม่เกิดความรู้สึกหวาดหรือขาดความอบอุ่นเท่าใดนัก

4.3 ผู้ชายได้รับการยกย่องให้เป็นใหญ่มากกว่าหญิง ซึ่งนับเป็นลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งของครอบครัวไทย คือ การให้บิดาหรือสามีมีอำนาจหรือเป็นใหญ่กว่าภรรยา สังคมไทยจะให้การยกย่องสามี ดังนั้นเมื่อสมรสแล้วผู้นำหรือหัวหน้าครอบครัวจึงมักได้แก่ผู้ชายหรือสามี ซึ่งจะมีหน้าที่ในการหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว ให้ความปกป้องคุ้มครองสมาชิกในครอบครัวของตน รวมทั้งต้องทำหน้าที่เป็นบิดาที่ดีแก่บุตรธิดาคด้วย โดยภรรยาหรือมารดาจะเป็นบุคคลสำคัญที่คอยให้การสนับสนุนให้หัวหน้าครอบครัวสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างสมบูรณ์ และรับผิดชอบครอบครัวรองลงมาจากสามี

4.4 ให้ความเคารพเชื่อฟังตามลำดับอาวุโส สิ่งนี้เป็นลักษณะเด่นอีกประการหนึ่งของครอบครัวไทย โดยเฉพาะผู้เยาว์หรือเด็กต้องให้ความเคารพเชื่อฟังผู้ที่สูงอายุหรืออาวุโสมากกว่า เช่น ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า หรือ ตา ยาย

4.5 เด็กมักจะได้รับความรัก ความอบอุ่นใจ และความมั่นคงภายในครอบครัว เนื่องจากบุตรธิดาจะเป็นศูนย์รวมของความสนใจ ความรัก และความเอาใจใส่ของครอบครัว เด็กจึงรู้สึกอบอุ่นใจและปลอดภัยเมื่ออยู่ภายในครอบครัว โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อันดีระหว่างกันของสมาชิก

4.6 มีการนับญาติทั้งทางบิดาและมารดา ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะให้ความเคารพแก่ญาติพี่น้องของทั้งสองฝ่ายคือทั้งบิดาและมารดา โดยให้ความเท่าเทียมกัน

จะเห็นได้ว่าจากลักษณะเด่นของครอบครัวไทย ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ทุกคนในครอบครัวจะมีบทบาทและหน้าที่ของตนควบคู่กันไปทั้งบทบาทหน้าที่ของบิดา มารดา บุตรธิดา หรือผู้อยู่อาศัย เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข ทั้งการดำรงชีวิตภายในครอบครัวเองและการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมภายนอก



5. กรอบคว้ผู้ป่วยโรคเรื้อน

จากความหมายของกรอบคว้ รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของกรอบคว้ซึ่งพึงมีต่อสมาชิก ดังที่กล่าว ไปแล้วนั้นจะช่วยชี้ให้เห็นความสำคัญ และหน้าที่กว้าง ๆ ที่กรอบคว้มีในภาวะปกติ หรือ ภาวะที่สมดุล แต่ในภาวะที่กรอบคว้มีการ เปลี่ยนแปลง หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สมดุลจากกรณีใดๆ ก็ตาม บทบาทและหน้าที่ของกรอบคว้ที่คงมีอยู่ในระดับ เดิมนั้นย่อมไม่สามารถรักษาสภาวะความสมดุลของ กรอบคว้ไว้ได้ จำเป็นต้องมีการ เพิ่มบทบาทหน้าที่ในจุดใดจุดหนึ่งให้เด่นชัดเพิ่มมากขึ้น เช่นหาก สมาชิกในกรอบคว้เกิดการ เจ็บป่วย กรอบคว้ต้องเพิ่มหน้าที่ของตนในการ ให้ความคุ้มครองและ ดูแลสุขภาพด้วยความเอาใจใส่มากขึ้นด้วย ในกรอบคว้ที่มีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อนเช่นกัน ผู้ป่วยต้องอยู่ พักรักษาตัวอยู่ที่บ้านภายในกรอบคว้ เป็นระยะเวลาค่อนข้างนาน กรอบคว้จึงต้องมีบทบาท หน้าที่ต่อผู้ป่วยมากกว่าที่มีอยู่เดิมในภาวะที่ปกติ เพื่อให้สามารถดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบ กรอบคว้ได้อยู่ได้ บทบาทหน้าที่ของกรอบคว้ผู้ป่วยโรคเรื้อนต่อผู้ป่วยที่กองโรคเรื้อน กรม ควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ (ม.ป.ป.: 9)

5.1 ให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่าง สม่าเสมอ ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วย

5.2 แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะติดต่อสัมผัสบุคคลกับญาติพี่น้อง โดยเฉพาะ เด็ก ๆ จนกว่าจะอยู่ในระยะที่ปลอดภัย

5.3 นำสมาชิก ในกรอบคว้ ไปตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี

5.4 หากพบเห็นสมาชิกในกรอบคว้มีอาการน่าสงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน ให้รับนำไปตรวจรักษาทันที

5.5 แนะนำให้ผู้ป่วยป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น

5.6 ให้อกำลังใจแก่ผู้ป่วยว่าสามารถรักษาตัวอยู่ที่บ้านได้ และสามารถรักษาได้ หายขาด หากมีอาการกำเริบรุนแรงผิดปกติควรแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จะเห็นได้ว่าบทบาทหน้าที่ของกรอบคว้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนนั้น จะ ครอบคลุมงานควบคุมโรคเรื้อนทุกด้าน โดยที่ตามลักษณะของกรอบคว้ไทยแล้วผู้ที่จะมีความสำคัญใน การโน้มน้าวหรือนำให้สมาชิกคนอื่น ๆ ภายในกรอบคว้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่อันพึงมีนี้ ได้แก่ หัวหน้ากรอบคว้นั้นเอง

พฤติกรรมอนามัย

พฤติกรรมอนามัย (Health Behavior) ตามความหมายทางสังคมศาสตร์ ซึ่ง ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527: 27) กล่าวไว้คือ "พฤติกรรมอนามัยเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ"

เลวีส์ (Lewis 1974: 359) ได้กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมอนามัยว่าเป็นกิจกรรมของบุคคลในเรื่องการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษา ตลอดจนความร่วมมือติดต่อสื่อสารเพื่อให้ตนเองและชุมชนมีสุขภาพดี

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 29) ก็มีความคิดที่สอดคล้องกันโดยแบ่งพฤติกรรมอนามัยออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง "การปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคลและป้องกันไม่ให้เกิดโรค" ส่วนพฤติกรรมอนามัยอีกประเภทหนึ่ง ซึ่งต่างจากแนวคิดอื่นคือ พฤติกรรมอนามัยประเภทพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจะทำการศึกษาถึงพฤติกรรมอนามัยของครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในสภาพปกติในงานควบคุมโรคเรื้อน พฤติกรรมอนามัยที่มุ่งศึกษาจึงเป็นพฤติกรรมในลักษณะการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นพฤติกรรมอนามัยตามความหมายโดยสรุป หมายถึง อากัปกริยาแสดงออกของผู้กระทำเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพซึ่งสามารถสังเกตวัด หรือสอบได้ ภายหลังจากการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสิ้นสุดลง

การศึกษาพฤติกรรมอนามัย เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมของมนุษย์ในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ ดังนั้นก่อนที่จะศึกษาพฤติกรรมอนามัยจะขอกล่าวถึงความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมดังนี้

1. พฤติกรรมตามความหมายของบลูม (Bloom 1956: 62-197) หมายถึงกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ซึ่งสามารถสังเกต วัด หรือสอบได้ภายหลังจากการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสิ้นสุด โดยบลูมได้แบ่งพฤติกรรมไว้ว่าประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ความรู้ความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ และทักษะการปฏิบัติ ดังรายละเอียด

1.1 พฤติกรรมด้านความรู้ ความคิด (Cognitive Domain) แบ่งออกเป็น

1.1.1 ความรู้ ความจำ (Knowledge)

1.1.2 ความเข้าใจ (Comprehension)

- 1.1.3 การนำไปใช้ (Application)
- 1.1.4 การวิเคราะห์ (Analysis)
- 1.1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis)
- 1.1.6 การประเมินค่า (Evaluation)

1.2 พฤติกรรมด้านอารมณ์ และความรู้สึก (Affective Domain) แบ่งออกเป็น

- 1.2.1 การยอมรับ (Receiving)
- 1.2.2 การตอบสนอง (Responding)
- 1.2.3 การเห็นคุณค่า (Valuing)
- 1.2.4 การจัดระบบค่านิยม (Organization)
- 1.2.5 การสร้างนิสัยจากค่านิยม (Characterization by a value or a value complex)

1.3 พฤติกรรมด้านทักษะการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) แบ่งออกเป็น

- 1.3.1 การรับรู้หรือการหาความรู้ (Perception)
- 1.3.2 ความพร้อมหรือการทำตามแบบ (Set)
- 1.3.3 การตอบสนองตามแนวที่กำหนดหรือเลียนแบบ (Guided response)
- 1.3.4 ความเคยชินเป็นนิสัยหรือความมั่นใจ (Mechanism)
- 1.3.5 ความคล่องแคล่วมีประสิทธิภาพ (Complex overt Response)

การศึกษาพฤติกรรมอนามัย เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นเมื่อพูดถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมอนามัยจึงประกอบด้วยองค์ประกอบทั้ง 3 ประการเช่นกัน ซึ่งแม้ว่าพฤติกรรม การปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยจะเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่สำคัญที่สุด ในอันช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี หลีกเลี่ยงโรค และป้องกันไม่ให้เกิดโรคตามหลักทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่การที่จะให้บุคคล เลือกหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นสุดท้ายนี้ ตามแนวความคิดด้านสุขศึกษาถือว่า "การ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และด้านทัศนคติของบุคคล เป็นส่วนประกอบที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทนถาวร" (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526: 35)

2. องค์ประกอบของพฤติกรรมอนามัย

ตามหลักการแบ่งองค์ประกอบทางพฤติกรรม นิกา มนุญจุ (2528: 59) และ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 35) ได้มีแนวคิดสอดคล้องกันในการแบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมอนามัยออกเป็น 3 ด้านคือ องค์ประกอบด้านความรู้ ความคิด องค์ประกอบด้านความรู้สึกและอารมณ์ (หรือพฤติกรรมด้านทัศนคติ) และองค์ประกอบด้านการปฏิบัติ

2.1 พฤติกรรมอนามัยด้านความรู้ พฤติกรรมนี้เป็นตัวแปรสำคัญตัวหนึ่งในเรื่อง ของพฤติกรรมอนามัย ทฤษฎีเกี่ยวกับการวัดพฤติกรรมด้านนี้ ยึดแนวคิดจากพฤติกรรมภาคความรู้ ความคิดของบลูม (Bloom) นำมาใช้ โดยแบ่งพฤติกรรมนี้ออกเป็น 6 ชั้นคือ

2.1.1 ความรู้ความจำ หมายถึง การวัดความสามารถในการจำหรือ ระลึกได้แต่ไม่ใช่การใช้ความเข้าใจไปตีความหมายในเรื่องนั้น ๆ ความรู้นี้แบ่งเป็น

2.1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับเนื้อเรื่อง ซึ่งเป็นข้อเท็จจริง

2.1.1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิธีดำเนินงาน

2.1.1.3 ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี โครงสร้าง และ หลักการ

2.1.2 ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถจับใจความสำคัญของ เรื่องราวต่าง ๆ ได้ทั้งในด้านภาษา รหัส สัญลักษณ์ ทั้งรูปธรรม และนามธรรม พฤติกรรมด้านนี้ แบ่งเป็น

2.1.2.1 การแปลความ หมายถึง การแปลความหมายสิ่งที่ สื่อความหมายได้ถูกต้อง หรือเรียกว่าจับใจความได้ถูกต้อง

2.1.2.2 การตีความ หมายถึง การเก็บใจความมาเรียบเรียง เสียใหม่ แต่ความหมายยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

2.1.2.3 การขยายความ หมายถึง การนำเอาข้อเท็จจริงใน ปัจจุบันไปทำนายเหตุการณ์ในอนาคต หรือนำไปขยายให้กว้างหรือลึกลงไป

2.1.3 การนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถนำเอาสิ่งที่ได้ประสบมา เช่น แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือนำไปใช้แก้ปัญหาตามสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

2.1.4 การวิเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราว ออกเป็นส่วนประกอบย่อย เพื่อความสัมพันธ์และหลักการ หรือทฤษฎีเพื่อให้เข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ได้แจ่มชัดเป็น

2.1.4.1 การวิเคราะห์ความสำคัญ หมายถึง การใช้ความคิดเชิงวิพากษ์วิจารณ์ส่วนประกอบของสิ่งต่าง ๆ เพื่อหาคำตอบที่ถูกต้องที่สุด สมเหตุสมผลที่สุด

2.1.4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ หมายถึง การใช้ความสามารถในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของส่วนประกอบของสิ่งต่างๆ ตั้งแต่สองสิ่งขึ้นไป เพื่อใช้เป็นหลักในการแก้ปัญหา

2.1.4.3 การวิเคราะห์หลักการ เป็นความสามารถในการมองเห็นวิธีรวมองค์ประกอบต่าง ๆ ของสิ่งต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ

2.1.5 การสังเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการนำเอาเรื่องราวหรือส่วนประกอบย่อยมารวมเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยมีการคัดแปลง ริเริ่ม สร้างสรรค์ ปรับปรุง สิ่งเก่าให้ดีขึ้น มีคุณค่าขึ้น การสังเคราะห์แบ่งเป็น

2.1.5.1 การสังเคราะห์ข้อความ เป็นการพูดหรือเขียนเพื่อสื่อความคิดความรู้สึกไปยังผู้อื่น

2.1.5.2 การสังเคราะห์แผนงาน เป็นการเสนอแผนการทำงานของงานที่รับผิดชอบหรือคิดที่จะทำ

2.1.5.3 การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการสร้างชุดของความสัมพันธ์ขึ้น เพื่ออธิบายข้อมูลหรือสิ่งต่าง ๆ

2.1.6 การประเมินค่า หมายถึง การวินิจฉัยหรือการตีราคาอย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นการตัดสินว่าอะไรดี ไม่ดี อย่างไร โดยใช้หลักเกณฑ์ที่เชื่อถือได้ แบ่งเป็น 2 อย่าง คือ

2.1.6.1 การประเมินค่าโดยอาศัยข้อเท็จจริงภายใน

2.1.6.2 การประเมินค่าโดยอาศัยเกณฑ์ภายนอก

เนื่องจาก เรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องที่มุ่งให้บุคคลรู้จักสำรวจตรวจสอบตนเองและครอบครัวให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ และมุ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ดังนั้นพฤติกรรมด้านความรู้ทุกอย่างดังกล่าว จึงควรนำมาใช้วัดในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 พฤติกรรมอนามัยด้านทัศนคติ

พฤติกรรมอนามัยด้านนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล จึงเป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการอธิบาย และยากต่อการที่จะวัดจากพฤติกรรมภายนอก ได้มีผู้ให้ความหมายหรือแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติไว้มากมาย ดังเช่น

สุรางค์ จันทน์เอม (2524: 63) กล่าวว่า ทัศนคติคือ "ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งใด ๆ อาจดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ รักหรือเกลียด พอใจหรือไม่พอใจก็ได้"

ทัศนคติ (Attitude) ซึ่งนิภา มนูญิจู (2528: 64) ได้ให้ความหมายว่าหมายถึง "ความสนใจ ความรู้สึก ทาที ความชอบ การให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจคน โดยมีขั้นตอนการเกิดคือ การรับหรือการให้ความสนใจ การตอบสนองด้วยความเต็มใจ พอใจ การให้ค่าการจัดกลุ่มค่า และการแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ"

สุภาพ วาตเขียน (2525: 210) ให้ความหมายของทัศนคติว่า

เป็นขบวนการทางความคิดที่สะสมต่อเนื่องกันมาในเชิงศักยภาพของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และพร้อมที่จะแสดงออกเป็นพฤติกรรมเมื่อถึงโอกาสที่จะกระทำหรือกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ทัศนคติไม่ใช่พฤติกรรมหรือส่วนของพฤติกรรม แต่สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมในเรื่องนั้น ๆ ของบุคคล ในคาบเวลาหนึ่ง

ประสาร มาลากุล (2526: 22) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง "ทาทีและสภาพความพร้อมทางความคิดและจิตใจของบุคคลที่จะรับและสนองตอบต่อสิ่งเราและสภาพการต่าง ๆ ในทิศทางที่เป็นบวก ลบ หรือเป็นกลาง"

ส่วนชอร์และไรท์ (Shaw and Wright 1967: 3-4) ใกล้เคียงถึง ความหมายของทัศนคติไว้ว่า หมายถึง

สภาวะความพร้อมทางด้านจิตใจหรือประสาทสมองอันเกิดจากประสบการณ์ และอิทธิพล โดยทางตรงหรือทางอ้อมในการตอบสนองต่อเรื่องราว และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง หรือ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับลักษณะหรือกลุ่มของวัตถุหรือผลสะท้อนจากปฏิกิริยาทางสังคมที่มีการเรียนรู้มาก่อน ทั้งจากมโนทัศน์ของตนเองและการประเมินค่าเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ และชักจูงให้คนแสดงพฤติกรรมออกมา

โดยสรุป ทัศนคติคือ ผลรวมทางด้านอารมณ์และความรู้สึกของบุคคลต่อ สิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ของมโนทัศน์หรือความเชื่อที่ตนมีต่อสิ่งนั้น และมีอิทธิพลที่จะ ชักนำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาในอากัปกริยาอย่างใดอย่างหนึ่งที่แน่ชัด เพื่อตอบสนองต่อสิ่งนั้น

การเกิดพฤติกรรมทางด้านทัศนคติ เป็นพฤติกรรมที่มีความยุ่งยากสลับซับซ้อน มาก ในทางจิตวิทยาถือว่าพฤติกรรมด้านทัศนคติเป็นพฤติกรรมด้านความรู้สึก และอารมณ์ (Affective domain) ซึ่งมีขั้นตอนในการเกิดดังนี้

2.2.1 การรับหรือให้ความสนใจ เป็นขั้นที่แสดงว่า บุคคลนั้นได้ถูกกระตุ้น ให้รับทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และบุคคลนั้นจะมีความยินดีหรือมีภาวะ จิตใจที่พร้อมจะรับหรือ ให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งในขั้นนี้จะประกอบด้วยส่วนประกอบย่อยสาม ส่วนคือ ความตระหนัก ความยินดี หรือเต็มใจที่จะรับ และการเลือกรับหรือการเลือกให้ความสนใจ นั่นคือ เมื่อมีสิ่งมาเร้าหรือมีสถานการณ์บางอย่างเกิดขึ้น บุคคลนั้นจะเลือกรับหรือเลือกให้ความสนใจ เฉพาะสิ่งที่เขาชอบหรือนำความพอใจมาให้ ขณะเดียวกันก็มีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความสนใจสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่เขาไม่ชอบ

2.2.2 การตอบสนอง เป็นขั้นที่ต่อจากขั้นแรก ขั้นนี้บุคคลจะรับหรือให้ ความสนใจต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้าอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้จะประกอบด้วยส่วนประกอบที่สัมพันธ์ กันคือ มีการยินยอมในการตอบสนองซึ่งอาจเห็นความจำเป็นหรือไม่ก็ได้ แต่หากบุคคลเกิดความรู้สึก ผูกมัดที่จะทำปฏิกิริยาบางอย่างจะทำให้เกิดความรู้สึกเต็มใจที่จะตอบสนอง และในขั้นสุดท้ายความเต็มใจ ในการตอบสนองนั้นจะส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกพอใจในการตอบสนองได้

2.2.3 การให้คำหรือการเกิดค่านิยม สิ่งนี้จะเกิดขึ้นเมื่อสิ่งนั้นมีคุณค่าแก่ตัวเรา ซึ่งการให้คำนี้เกิดจากประสบการณ์และการประเมินค่าของบุคคล และมีผลจากสังคมร่วมด้วย สิ่งนี้อาจเรียกว่า "ความเชื่อ" (Belief) หรือทัศนคติ (Attitude) ซึ่ง "พฤติกรรมในขั้นนี้ถือว่าเป็นขั้นที่บุคคลได้พัฒนาหรือปรับปรุงสิ่งที่เขาเกิดความตระหนักให้อยู่ในภาวะที่เขาสามารถบังคับได้ หรือเป็นสิ่งที่เป็นอย่างแท้จริง" (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526: 22)

2.2.4 การจัดกลุ่มค่า เกิดขึ้นเมื่อค่านิยมที่บุคคลมีนั้นเกิดขึ้นหลายชนิด จึงจำเป็นต้องจัดค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยใช้การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยม จากนั้นจะมีการจัดระบบของค่านิยมโดยอาจสังเคราะห์ขึ้นมาเป็นค่านิยมใหม่สำหรับตนเอง

2.2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ ขั้นนี้จะเป็นขั้นที่บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาหรือพฤติกรรมต่าง ๆ โดยมีผลจากค่านิยมที่เขาเชื่อหรือรับไว้ พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางหลักทั่วไปซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ และการแสดงลักษณะอันเป็นพฤติกรรมขั้นสูงสุด ซึ่งแสดงให้เห็นหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น

โดยสรุปจะเห็นว่าก่อนที่จะทัศนคติจะเกิดในตัวบุคคลนั้นจะต้องผ่านสภาวะอื่น ๆ มาก่อน คือ ความสนใจ และความพอใจ และเมื่อเกิดทัศนคติและค่านิยมแล้วจะเป็นแนวทางในการปรับตัว ของบุคคลนั้นต่อไป

การศึกษาพฤติกรรมอนามัยของครอบครัวผู้ป่วยทางด้านทัศนคตินี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึงทัศนคติของครอบครัวผู้ป่วยที่มีอยู่จริง ในเรื่องงานควบคุมโรคเรื้อนขณะที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่ภายในครอบครัวของตน โดยทำการศึกษาทัศนคติในแนวคิดของประสาร มาลากุล และชอร์และไรท์ ซึ่งศึกษาทัศนคติในรูปของความรู้สึก ความเชื่อ และความพร้อมที่จะกระทำ

2.3 พฤติกรรมอนามัยด้านการปฏิบัติตนทางสุขภาพ

การปฏิบัติของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถแสดงออกมาให้ปรากฏ ซึ่งสังเกตและประเมินผลได้ พฤติกรรมการปฏิบัติต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน พฤติกรรมการปฏิบัติจึงมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพดีหรือไม่ดีของบุคคล เนื่องจากถือเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายตามหลักทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งจะทำให้คนมีสุขภาพอนามัยที่ดีได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526: 35)

พฤติกรรมการปฏิบัตินี้ จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านความรู้และด้าน
ทัศนคติหรือความเชื่อเป็น 4 ลักษณะคือ (นิภา มนูญิจ 2528 : 68)

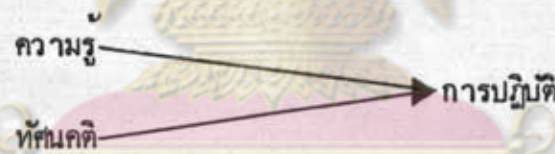
ลักษณะที่หนึ่ง ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ
ตามมา ดังรูป



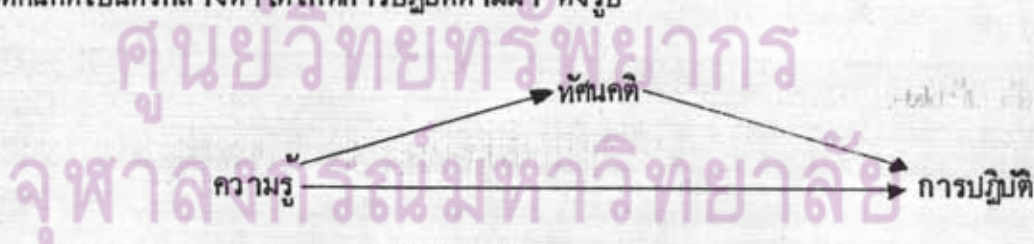
ลักษณะที่สอง ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันและทำให้เกิดการปฏิบัติ
ตามมา ดังรูป



ลักษณะที่สาม ความรู้และทัศนคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้
และทัศนคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน ดังรูป



ลักษณะที่สี่ ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทาง
อ้อมมีทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา ดังรูป



ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติของครอบครัว
ผู้ช่วยเน้นทางด้านการควบคุมและป้องกันโรคเรื้อน โดยศึกษาทักษะในการปฏิบัติทั้ง 5 ด้าน คือการ
หาความรู้หรือการรับรู้ ความพร้อม การตอบสนองตามแนวที่กำหนด ความเคยชินเป็นนิสัย และ
ความคล่องแคล่วมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติ

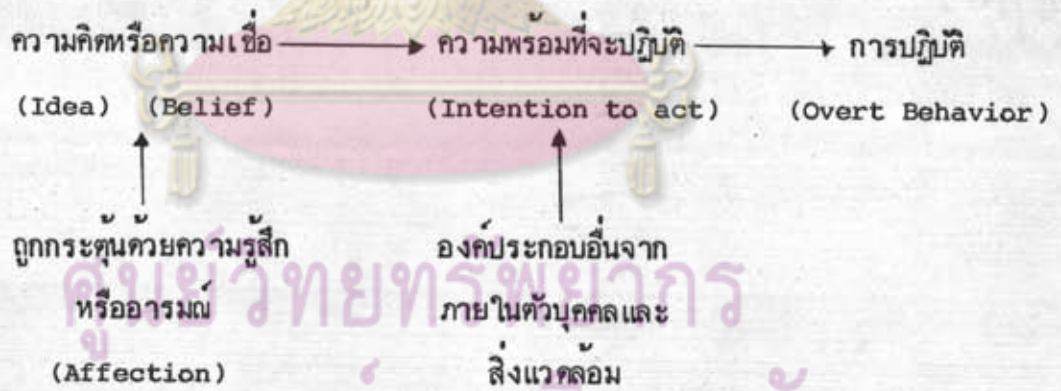
พฤติกรรมอนามัยของครอบครัวกับผลการบำบัดรักษาโรคเรื้อน

ครอบครัวเป็นระบบของสิ่งมีชีวิต เป็นที่รวมของสมาชิกซึ่งต้องมีการพึ่งพาตนเองในระดับหนึ่ง มีการตอบสนองต่อกันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวและกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ครอบครัวเปรียบเสมือนจุดศูนย์กลางของระบบสังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นระบบใหญ่โดยในจุดศูนย์กลางนี้จะประกอบด้วยสมาชิกและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว เป็นสำคัญ และเนื่องจากครอบครัวเป็นระบบระบบหนึ่งจึงจำเป็นต้องใช้พลังงาน (Energy) ในการดำรงไว้ซึ่งบทบาทและหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์อื่น ๆ ของตนไว้อย่างมีประสิทธิภาพ พลังงานที่ใช้ภายในระบบครอบครัวนี้ต้องเป็นสิ่งที่สามารถผูกมัดสมาชิกในครอบครัวไว้ด้วยกัน เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กันในครอบครัว (Family Relation) ได้พลังงานดังกล่าวนี้ ทรูเนอ (Turner 1970: 41) เรียกว่า "การยึดเกี่ยว" หรือ "การผูกพัน" (Bonding) โดยให้ความหมายว่า หมายถึงสิ่งที่ดึงสมาชิกรวมกัน อยู่ด้วยกัน และทำให้มีปฏิริยาต่อกันภายในกลุ่ม และสิ่งนี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลรู้สึกว่ สิ่งมีค่าบางอย่างสำหรับเขาถูกแบ่งปัน หรือได้รับการส่งเสริมด้วยความสัมพันธ์และการมีปฏิริยาต่อกันกับบุคคลอื่น หรือกลุ่มอื่น

การยึดเกี่ยวหรือผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัวซึ่งมักพบมากคือ การผูกพันชนิดที่มีการตอบสนอง (Response bonds) ซึ่งทรูเนอ (Turner 1970: 72) กล่าวว่า ความผูกพันชนิดนี้เป็นความรู้สึกทั่วไปเกี่ยวกับการเกี่ยวข้องและการตอบสนองของบุคคลหนึ่งต่อบุคคลหนึ่ง ความสัมพันธ์ในลักษณะนี้จะทำให้บุคคลหนึ่งรับรู้ เข้าใจ และยอมรับในปฏิริยาที่บุคคลอีกคนหนึ่งมีต่อตน จึงจะเห็นได้ว่า การผูกพันนี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากของครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยรวมของสมาชิกที่ทำให้สมาชิกได้มีความสัมพันธ์ในลักษณะรับรู้ เข้าใจ แบ่งปันปัญหาหรือสิ่งท้าทายต่างๆ ในการดำรงชีวิตระหว่างกัน ดังที่ แคทลีน (Kathleen 1986: 516) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมของสมาชิกคนใดคนหนึ่งครอบครัวย่อมมีผลและมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วยนั่นเอง

จากความผูกพันระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย จึงย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกบุคคลอื่นในครอบครัวได้ โดยเฉพาะในผู้ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อน ซึ่งเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องรับการรักษาอยู่ที่บ้าน อยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัวเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างนาน เช่น เฉลี่ยอย่างน้อย 3 - 5 ปี ในชนิดติดต่อ

จากการศึกษาของเพ็ญศรี จิตรนำทรัพย์ (2528: 40) พบว่า การมีประวัติโรคเรื้อนในครอบครัว เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย ซึ่งการมีประวัติโรคเรื้อนในครอบครัวนี้ หมายถึง การที่เคยมีบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย บ่อย เป็นโรคเรื้อนมาก่อนในอดีต ครอบครัวที่เคยมีประวัติดังกล่าวอาจได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคติ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในงานควบคุมโรคเรื้อนมา ก่อนจึงสามารถที่จะให้การกระตุ้นเตือน แนะนำ หรือดูแลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ซึ่งเป็นสมาชิก ในครอบครัวของตนได้มีพฤติกรรมขณะเจ็บป่วยที่ถูกต้องคือ เอาใจใส่ต่อการรักษาของตนด้วยการ รับการรักษาย่างสม่ำเสมอ ตามคำแนะนำของผู้ให้การบำบัดจนส่งผลให้การบำบัดรักษาได้ผล ความสัมพันธ์กันของพฤติกรรมอนามัยระหว่างสมาชิกในครอบครัวดังกล่าว เกิดจากพลังของการผูกพัน (Bonding) ที่สมาชิกมีต่อกันนั่นเอง โดยการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตนเช่นไรขณะที่เกิดการเจ็บป่วยนั้น นอกจากเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะคติ หรือความเชื่อของผู้ป่วยในการเจ็บป่วยของ ตนแล้ว โคธานคาปानी (Kothandapani 1971: 9) ยังได้เสนอไว้ว่า ส่วนประกอบของทักษะคติ ด้านการปฏิบัติจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติ (Overt behavior) ดังแผนภูมิซึ่ง ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 14) นำมาประยุกต์สร้างให้เห็นความสัมพันธ์ของทักษะคติกับการปฏิบัติ ได้ดังนี้



ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ของทักษะคติกับการปฏิบัติ

จากแผนภูมิดังบน จะเห็นว่า ความศรัทธาหรือความเชื่อของผู้ป่วยนอกจากจะถูกกระตุ้นด้วย ความรู้สึกหรืออารมณ์ของตัวเองแล้ว ความศรัทธาหรือความเชื่อของผู้ป่วยยังได้รับอิทธิพลจาก องค์ประกอบอื่นทั้งภายในและภายนอกตัวผู้ป่วยเอง มาเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมที่จะ ปฏิบัติแล้วแสดงพฤติกรรมของตนออกมาในรูปพฤติกรรมการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยได้ ซึ่งจากความ

ผูกพันที่มีระหว่างกันของสมาชิกภายในครอบครัวทำให้ครอบครัวคือ สิ่งแวดล้อมภายนอกที่สำคัญและ
 โกลซีคผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อนมาก ความสำคัญของครอบครัวนี้ คริสตี - ซีลีและกัทแมน
 (Christice - Seely and Gutlman 1984: 167) กล่าวว่า รูปแบบของความเชื่อในด้าน
 สุขภาพของผู้ป่วยจะได้รับอิทธิพลอย่างมากจากครอบครัว ถ้าแบบจำลองของความเชื่อด้านสุขภาพ
 ของครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเชื่อที่ถูกต้องทางการแพทย์ ผลการ
 รักษาของผู้ป่วยจะไม่เกิดผลดีเท่าที่ควร และจากความผูกพันในลักษณะที่มีการตอบสนอง (Response
 Bonds) ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมอนามัยของหัวหน้าครอบครัวกับพฤติกรรมอนามัย
 ของผู้ป่วยในลักษณะที่ผู้ป่วยจะรู้สึกรับรู้ เข้าใจ และยอมรับในพฤติกรรมอนามัยของหัวหน้าครอบครัว
 ที่มีต่อการเจ็บป่วยของตน ดังที่สร้างค จันท์นเอ็ม (2524: 42) กล่าวว่า "ความนึกคิดเกี่ยวกับ
 ตนยอมรับอิทธิพลมาจากความคิดเห็นของผู้อื่นที่มีต่อตน หรือประสบการณ์ที่ตนได้รับมานั่นเอง เช่น
 ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับบิดา-มารดาภายในครอบครัว มีส่วนสร้างความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองให้
 เกิดขึ้นแก่เด็กได้มาก" ดังนั้นหากพฤติกรรมอนามัยของครอบครัวในงานควบคุมโรคเรื้อนเป็นไปใน
 ทางที่ถูกต้อง เหมาะสม ผู้ป่วยก็จะเกิดการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับเอาพฤติกรรมที่ถูกต้องนั้น
 ไป เป็นตัว เสริมหรือ เป็นแรงจากภายนอกที่ช่วยกระตุ้นให้ความพร้อมในการปฏิบัติของตนถูกแสดงเป็น
 พฤติกรรมการปฏิบัติขณะเจ็บป่วยในลักษณะที่ถูกต้องออกมาเช่น สนใจรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอจน
 ส่งผลให้การควบคุมโรคเรื้อนได้ผล เป็นต้น แต่ในทางตรงข้าม หากผู้ป่วยรับรู้ เข้าใจ และ
 ยอมรับเอาพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ถูกต้องจากครอบครัวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย
 ไม่ถูกต้องจนส่งผลให้การควบคุมโรคเรื้อนไม่ได้ผล ได้เช่นกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมงานวิจัยในเรื่องเกี่ยวกับงานควบคุม
 โรคเรื้อนโดยตรง และงานวิจัยในเรื่องความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัยของ
 สมาชิกในครอบครัว โดยนำเสนอานวิจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็นสองส่วนคือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ
 ความสม่ำเสมอในการรักษาและพฤติกรรมชะลอการรักษของผู้ป่วยโรคเรื้อนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 กับความสำคัญของครอบครัวในเรื่องสุขภาพอนามัยของสมาชิก ดังรายละเอียด



1. ความสม่ำเสมอในการรักษาและพฤติกรรมชะลอการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่มุ่งศึกษาที่ตัวผู้ป่วยเองโดยตรงเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อน การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และสม่ำเสมอ นับเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้เชื้อโรคเรื้อนหมดไปและป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น ผลงานวิจัยดังกล่าวที่สำคัญคือ

ผลการศึกษาของแมทธิวซ์ และ เจซูดาสาน (Matheues and Jesudasan 1978: 414-425) เรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศอินเดีย พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมชะลอเวลาในการตรวจรักษาคือ จะไม่ไปตรวจรักษาเมื่อพบว่าตนเองมีอาการแสดงครั้งแรก เนื่องจากผู้ป่วยยังขาดความรู้ในเรื่องโรคเรื้อน

การศึกษาของ พะเยา อุนก่าเน็ค (2527: 215) เรื่องการศึกษาประสิทธิผลในสนามของการใช้ยาเคมีบำบัดผสม ในโครงการควบคุมโรคเรื้อนจังหวัดพิษณุโลก พบว่า การรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการรักษาของเบญจวิศ สุเอียนทรเมธิ (2527: 49) เรื่องลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และการถูกตีตราที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน จ.ขอนแก่น พบว่า พฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรักษาและการชะลอการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนไม่สัมพันธ์กับตัวแปรในเรื่องเพศ การศึกษาของผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว แต่สัมพันธ์กับตัวแปรในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษา รวมทั้งตัวแปรในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน

ส่วนการศึกษาของเพ็ญศรี จิตรนันทพรย์ (2528: 20-23) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อน จ.ขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อนมากที่สุด คือวิธีการค้นพบผู้ป่วย คือหากค้นพบผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาจากเจ้าหน้าที่ด้วยตนเอง เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคเรื้อน การค้นพบผู้ป่วยด้วยวิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ค้นพบด้วยวิธีอื่น ๆ ซึ่งผลการวิจัยนี้ช่วยชี้ให้เห็นถึงว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ว่ามีอาการที่น่าสงสัยจะไปรับการตรวจจากเจ้าหน้าที่ และให้ความสำคัญต่อการบำบัดรักษา นั่นคือความรู้ของผู้ป่วยจะส่งผลถึงความสม่ำเสมอในการรักษาและพฤติกรรมชะลอการรักษาของผู้ป่วยด้วย

2. ความสำคัญของครอบครัว ใน เรื่องสุขภาพอนามัยของสมาชิก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำคัญของครอบครัว ในงานควบคุมโรค เรื้อนยังไม่มีการศึกษาโดยตรงมาก่อน มีเพียงการศึกษาบางเรื่อง que แสดงผลให้ เห็นถึงความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อ งานควบคุมโรคเรื้อน โดยเฉพาะการบำบัดรักษาของผู้ป่วยคือ

การศึกษาของเบญจวิศ สุเอียนทรเมธิ ในเรื่องเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่า ปฏิกริยาและการแสดงออกของครอบครัวต่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมชะลอการรักษาในระยะ เวลาต่างกัน

และการศึกษาของเพ็ญศรี จิตรนันททรัพย์ ในเรื่องเดียวกัน ซึ่งได้ศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งปัจจัยทางคลินิกและการบริการกับการ มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยด้วยวิธี Chi-square พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติของอายุ เพศ ชนิดของโรค การมีประวัติโรคเรื้อนในครอบครัว และวิธีการค้นพบผู้ป่วยกับการ มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และได้นำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังกล่าวมาวิเคราะห์จำแนกประเภท เพื่อจำแนกกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ และกลุ่มที่มารับการ รักษาไม่สม่ำเสมอ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุดคือ วิธีการค้นพบ ผู้ป่วย และการมีประวัติโรคเรื้อนในครอบครัว ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของครอบครัว ที่มีต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยไ้ตนเอง

มีงานวิจัยเรื่องอื่น ๆ ที่ชี้ให้เห็นการมีส่วนร่วม หรือความสำคัญของครอบครัวที่มีผล ต่อสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ เช่น

การศึกษาของนพร พานิชสุข (2523: 105) ในเรื่องอิทธิพลของครอบครัวที่มี ผลต่อการใช้ยากระตุ้นประสาทประเภทแอมเฟตามีนของเด็ควัยรุ่น โดยการศึกษาจากกลุ่มประชากร 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรกเป็นนักเรียนจากโรงเรียนมัธยมสาธิตรามคำแหง เพศชาย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 กลุ่มที่สองเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เพศชาย อายุ 15 - 20 ปี ผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลภายในครอบครัวมีผลมากที่สุดที่ทำให้เด็ควัยรุ่นทั้งสองกลุ่มต้องใช้หรือติดยา

การศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2525: 22-36) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติของนิคมารคาหรือผู้ปกครอง และการไต่รับภูมิคุ้มกันโรคของเด็กวัยก่อนเรียนในเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการไต่รับวัคซีนของเด็กคือ ระดับการศึกษาและความรู้ความเข้าใจของนิคมารคาเกี่ยวกับโรคติดต่อ อันได้แก่ โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ

สำหรับงานวิจัยต่างประเทศที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของครอบครัวในการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของสมาชิก ในครอบครัวที่ควรมามากกล่าวถึงเช่น

การศึกษาของ สเตทซ์ ลีวีช และไพโมโม (Stetz, Lewis and Primomo 1986: 517-518) ซึ่งทำการศึกษาวิถีชีวิตที่ครอบครัวใช้ป้องกันตัวให้อยู่ในภาวะที่สมดุลในครอบครัวที่มารดาป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่น เป็นมะเร็งเต้านม หรือโรคเบาหวาน เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าวิถีชีวิตที่ครอบครัวเลือกใช้มากที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลงการบริหารภายในครอบครัว โดยให้สมาชิกทุกคนยอมรับถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว (ยอมรับการเจ็บป่วยของมารดา) และมีบทบาทร่วมกันในการแก้ปัญหา และให้การประคับประคองซึ่งกันและกัน

จะเห็นว่าการศึกษาดังกล่าว ผลการวิจัยจะช่วยชี้ให้เห็น ความสัมพันธ์ที่สมาชิกภายในครอบครัวพึ่งพิงต่อกัน เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ความผูกพันของสมาชิกยอมทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้มีการรับรู้ และตระหนักในการเปลี่ยนแปลงนั้นด้วยการที่ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์และแสดงออกในลักษณะสนองตอบต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนี้จะเป็นความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในแง่ของการบำบัดรักษาของผู้ป่วยได้ ดังผลการวิจัยในเรื่องต่อไปนี้

ไดซอน (Dixon 2529: 75-87) ได้ทำการศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม การแสวงหาความช่วยเหลือ ในครอบครัว ของวัยรุ่นกลุ่มที่ป่วยและกลุ่มปกติ ในประชาชนอเมริกันกลุ่ม แอฟโร อเมริกัน (Afro-American) ซึ่งเป็นชนผิวดำ ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ในครอบครัวของวัยรุ่นทั้งสองกลุ่ม โดยพบว่า ครอบครัวของวัยรุ่นกลุ่มปกติมีการรับรู้ในเรื่องการทำให้ตนประสบความสำเร็จ การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี และการมีความคิดสร้างสรรค์สูงกว่า

ของวัยรุ่นกลุ่มที่ป่วย และในเรื่องพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ พบว่าครอบครัวของกลุ่มวัยรุ่นที่ป่วยจะมีการแสวงหาความช่วยเหลือที่เป็นรูปแบบจากผู้รักษามากกว่าการรักษาที่ไม่เป็นรูปแบบแต่ครอบครัวของวัยรุ่นกลุ่มปกติมักแก้ปัญหาโดยหาความช่วยเหลือนอกกรอบแบบ หรือไม่แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นเลย นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าในครอบครัวที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มนั้น ผู้ที่มีส่วนสำคัญที่สุดในการให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการแก้ปัญหาของครอบครัวได้มากที่สุดคือ "มารดา"

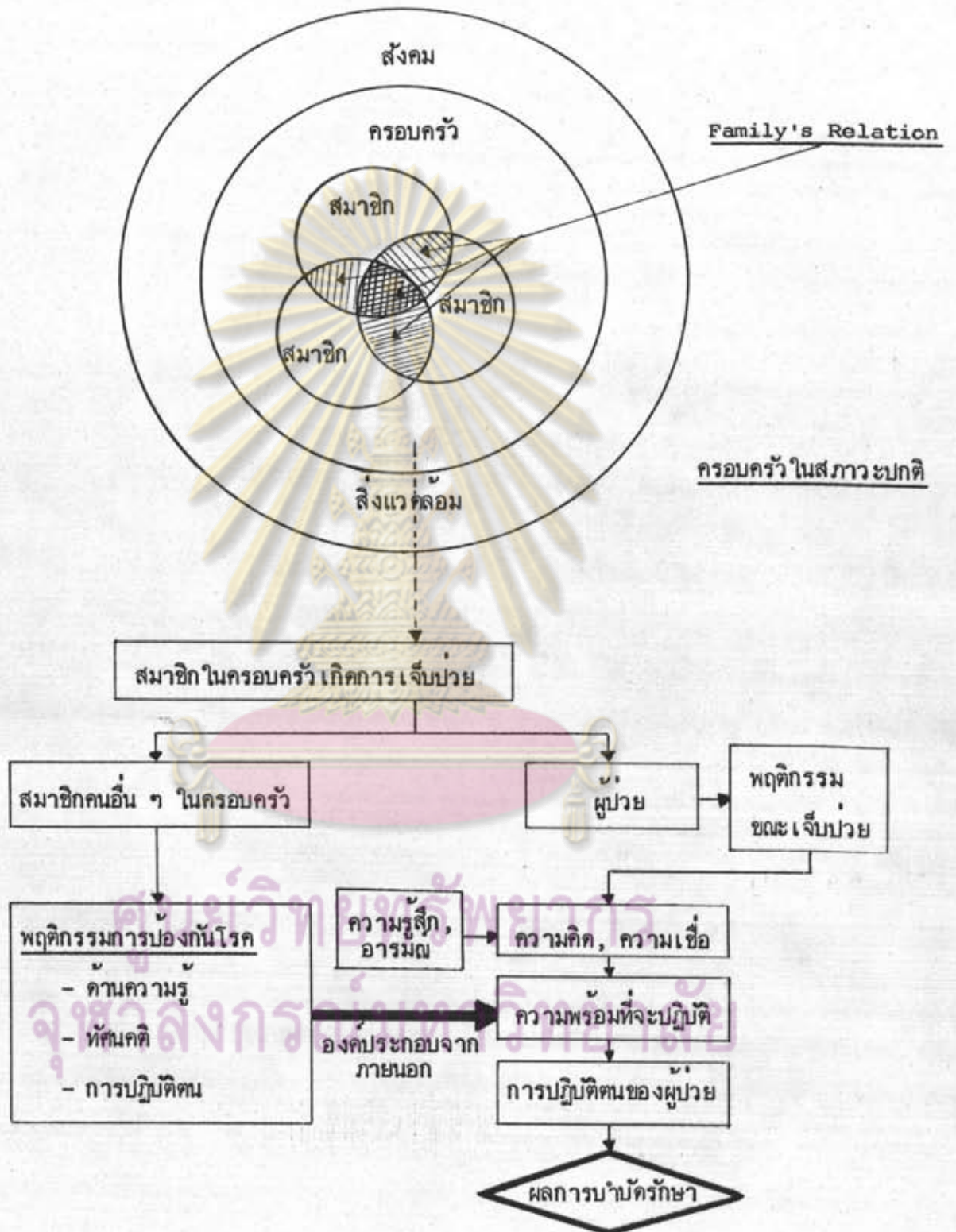
ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาพฤติกรรมอนามัยของครอบครัวโดยประเมินจากพฤติกรรมอนามัยของหัวหน้าครอบครัว เพราะหัวหน้าครอบครัว เป็นบุคคลสำคัญในการรับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในครอบครัว จากการศึกษาของแมคเคลิน และโคซา และคณะ (Maclean, Kosa and other อ้างในชินชม เจริญยุทธ 2522) ซึ่งศึกษาการตัดสินใจรับบริการสุขภาพอนามัยของชาวชนบทหลายประเทศ พบว่า แม้ว่าภรรยาจะเป็นบุคคลผู้รับบริการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ได้ดีกว่าหัวหน้าครอบครัว แต่การตัดสินใจหรือการมีอำนาจในการพิจารณาบริการต้องมาจากหัวหน้าครอบครัวก่อน ดังนั้นการประเมินพฤติกรรมอนามัยของหัวหน้าครอบครัว คาดว่าจะช่วยแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมอนามัยของครอบครัวได้

สรุป

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า

1. ครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนคือกลุ่มบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของงานควบคุมโรคเรื้อน
2. พฤติกรรมอนามัยของหัวหน้าครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งสามด้าน คือ ด้านความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับงานควบคุมโรคเรื้อน มีส่วนสำคัญที่จะช่วยส่งผลให้พฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อนในครอบครัว เป็นไปในลักษณะที่สอดคล้องกัน และจะส่งผลถึงผลการบำบัดรักษาของผู้ป่วยได้ในที่สุด

จากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำแนวคิดและทฤษฎีมาสร้างเป็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของครอบครัวต่อผลการควบคุมโรคเรื้อน สรุปได้ดังแผนภูมิดังนี้



แผนภูมิ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมอนามัยของครอบครัวต่อผลการบำบัดรักษา