



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อต่าง ๆ ยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน สถิติสาเหตุการป่วยของผู้มารับบริการสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2526 ของสถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ ซึ่งสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคติดเชื้อ (Infectious disease) เป็นหนึ่งในโรคที่พบ 10 อันดับแรกของประเทศไทย (คำรัง บุญยืน 2529: 30) ดังนั้นโรคติดต่อต่าง ๆ จึงนับว่าเป็นโรคที่เป็นภัยอย่างใหญ่หลวงต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน และในบรรดาโรคติดต่อทั้งหลายนี้ โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังโรคหนึ่งที่นอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขแล้วยังส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจแก่ประเทศไทยด้วย

โรคเรื้อน (Leprosy) เป็นโรคทางผิวหนัง และโรคทางวิทยาอิวมิว โนซิมิตหนึ่งซึ่งจัดเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง (Chronic infectious disease) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย มีการติดต่อเฉพาะในคน อัตราความชุกชุมของโรคเรื้อนที่พบในประเทศไทยปัจจุบันโดยเฉลี่ยมี 0.9 ต่อประชากรหนึ่งพันคน (กองโรคเรื้อน 2529: 2) ซึ่งถือตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก เรียกว่าอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ อย่างไรก็ตามการประเมินความรุนแรงของปัญหาโรคเรื้อนในชุมชนไม่ควรประเมินจากความชุกชุมของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ค้นพบและมีอยู่ในชุมชนนั้นอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องพิจารณาถึงผลกระทบทางคานสีหิมุขชน คานสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวจะต้องทนทุกข์ทรมานจากการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยความยากลำบากแตกต่างไปจากผู้ป่วยอื่น (กองโรคเรื้อน 2528: 1) ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเกิดจากความกลัวที่ผิด ๆ ของคนในสังคม (Ostracism) รวมทั้งความฝังใจและความเชื่อผิด ๆ ของประชาชนต่อวิธีการรักษาควบคุมโรคเรื้อนแบบเก่าที่มีมาช้านานว่า ต้องแยกกักกันผู้ป่วยโรคเรื้อนไว้ในโรงพยาบาลโรคเรื้อน สถานพยาบาลของโรคเรื้อน นิคมโรคเรื้อน หรือหมู่บ้านโรคเรื้อน ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยโรค

เรือนบางส่วนต้องปกปิด หลบซ่อนตัว ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข อีกทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาความคุ้มครองโรคเรื้อนของประเทศในด้านการค้นหาผู้ป่วย การรักษา รวมทั้งในแง่ระบาดวิทยาด้วย จากปัญหานี้ประเทศไทยจึงมีการพัฒนากลวิธีในการดำเนินงานคุ้มครองโรคเรื้อนต่อมาตามลำดับ เพื่อรณรงค์ให้โรคนี้หมดไป

งานคุ้มครองโรคเรื้อนในประเทศไทยได้ดำเนินการมาตามลำดับ นับแต่การแยกกักผู้ป่วยโรคเรื้อนไว้ในสถานพยาบาลโรคเรื้อนและนิคมโรคเรื้อน หรือจัดตั้งหมู่บ้านโรคเรื้อนให้ผู้ป่วยและครอบครัวอาศัยอยู่รวมกัน (Institutional approach) ต่อมาในปี พ.ศ. 2496 องค์การอนามัยโลกได้ส่งผู้เชี่ยวชาญเข้ามาสำรวจโรคเรื้อนทั่วประเทศ การสำรวจพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนประมาณ 140,000 คน คิดเป็นอัตราความชุกชุมของผู้ป่วย 5 ต่อประชากรพันคน (ธีระรามสูตร 2525: 1) ผลจากการสำรวจนี้ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์การอนามัยโลกจึงได้เริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ในปี พ.ศ. 2498 เพื่อทำการรณรงค์ให้งานควบคุมโรคเรื้อนของประเทศไทยอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือให้มีอัตราความชุกชุมของผู้ป่วยไม่เกิน 1 ต่อประชากรพันคน โดยจัดเป็นโครงการนำร่องที่จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการตามหลักเบื้องต้นที่มุ่งค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่และให้ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ที่บ้าน ขณะเดียวกันก็ให้ศึกษาหาผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนใกล้เคียง ให้มีความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถรักษาตัวและดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านได้ตามปกติ ต่อมาด้วยการช่วยเหลือทางวิชาการจากองค์การอนามัยโลกและการสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ ยานพาหนะ และวัสดุอุปกรณ์การแพทย์จากองค์การสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ นับแต่ปี พ.ศ. 2500 โครงการนี้จึงได้ขยายตัวไปยังจังหวัดต่าง ๆ จนครอบคลุม 66 จังหวัดทั่วประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2519 และระหว่างปี พ.ศ. 2514 - 2519 กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มโอนมอบงานบางส่วนให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้สามารถกระจายงานควบคุมโรคเรื้อนได้ครอบคลุมพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ และทำการโอนมอบงานบางส่วนได้ครบทุกจังหวัดในปี พ.ศ. 2524

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525 ถึง พ.ศ. 2529 และฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530 ถึง พ.ศ. 2534 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายชัดเจนในการใช้การสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 การสาธารณสุขมูลฐานนี้ เพ็ญศรี สุโรจน์ (2529: 8) กล่าวว่า เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการพัฒนา

คุณภาพชีวิตของประชากรโดยยึดอุดมการณ์ของ "การพึ่งพาตนเอง" ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสำคัญหนึ่งในห้าประการที่ ประพนอม โอทกานนท์ (2528: 7-8) กล่าวถึงคือ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพ การควบคุมโรคเรื้อนในแนวใหม่ที่ใช้กลวิธีหลักที่สอดคล้องกับอุดมการณ์และหลักการของสาธารณสุขมูลฐานนี้คือ การค้นหาผู้ป่วยให้พบตั้งแต่ในระยะแรกและรีบให้การรักษาค้ำเค็มบำบัด โดยมุ่งให้ผู้ป่วยโรคเรื้อน ครอบครัวยุ และชุมชน มีการพึ่งพาตนเองด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มากที่สุด โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนและแนะนำเท่านั้น ดังนั้นนับแต่ปี พ.ศ. 2525 เป็นต้นมา กองโรคเรื้อนจึงมีนโยบายที่จะโอนมอบงานควบคุมโรคเรื้อนทั้งหมดให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผสมผสานงานควบคุมโรคเรื้อนเข้าไปในบริการสาธารณสุขมูลฐานอย่างแท้จริง เนื่องจากเห็นว่าเป็นวิธีที่จะทำให้งานควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ได้ผลดี การโอนมอบงานนี้คาดว่าจะสามารถดำเนินการได้เสร็จสิ้นครบทุกจังหวัดในปี พ.ศ. 2534 แต่ทั้งนี้จะยังคงให้มีศูนย์โรคเรื้อนเขตจำนวน 12 เขต กระจายอยู่ตามภาคต่าง ๆ ของประเทศ เพื่อเป็นหน่วยงานของกองโรคเรื้อนซึ่งตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคที่จะคอยให้การสนับสนุนงานควบคุมโรคเรื้อนแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตที่รับผิดชอบ

ศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 เป็นหน่วยงานส่วนกลางหน่วยหนึ่งขึ้นตรงต่อกองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่หลักในการดำเนินการรับผิดชอบสนับสนุนงานควบคุมโรคเรื้อนทั้งทางด้านการวิชาการ ด้านบริการ รวมทั้งการวิจัยและการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติงานควบคุมโรคเรื้อนในเขตที่รับผิดชอบคือ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ สงขลา พัทลุง สตูล ตรัง ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนอยู่ในความรับผิดชอบรวม 1,083 คน คิดเป็นอัตราความชุกชุมของผู้ป่วยประมาณ 0.32 ต่อประชากรหนึ่งพันคน โดยมีอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ (Detection Rate) จากการสำรวจหมู่บ้านเฉลี่ยในแต่ละปีประมาณ 0.9 ต่อประชากรหนึ่งพันคน (ศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 2530: 13) และมีแนวโน้มว่าจะสามารถค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ในอัตราเฉลี่ยประมาณมีในปีต่อ ๆ ไป อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ (Detection Rate) ของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 นี้ นับเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่โดยเฉลี่ยของประเทศไทยในปีงบประมาณ 2528 ซึ่ง ประชุมพร โอลซานนท์ (2529: 6) รายงานว่าพบเพียง 0.062 ต่อประชากรหนึ่งพันคน ซึ่งอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ (Detection Rate) นี้ จรูญ ปิระวารากรณ์ (2526: 99) กล่าวว่ามีความสำคัญสำหรับงานควบคุมโรคเรื้อนในทางระบาดวิทยา คือเป็นดัชนีที่ชี้บอกถึงภาวะการลดลง หรือเพิ่มขึ้นของการแพร่เชื้อโรคเรื้อน

และใช้วัดผลการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน (Leprosy Control) ด้วย ดังนั้นเมื่อพิจารณาตาม
 ชั้นนี้ก็จะเห็นได้ว่า ผลการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 เกี่ยวกับการ
 รณรงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเรื้อนหมดไปยังไม่ได้ผลที่น่าพอใจเท่าที่ควร เพราะภาวะการณ์
 ของการแพร่เชื้อโรคเรื้อนยังมีอยู่ และมีอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับอัตราเฉลี่ยของทั้งประเทศดังที่กล่าว
 ไปแล้ว

ปัญหาการควบคุมโรคทางระบบประสาทวิทยาของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 นี้ อาจมีสาเหตุซึ่ง
 แตกต่างไปจากศูนย์โรคเรื้อนเขตอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะต้องรับผิดชอบดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนใน 7
 จังหวัดของภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งเป็นเขตที่มีความสำคัญทั้งที่แผนพัฒนาเมืองและพื้นที่เฉพาะในแผน
 พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 และฉบับที่ 6 ได้ระบุไว้ว่าพื้นที่ดังกล่าว โดยเฉพาะพื้นที่ลุ่มน้ำ
 ทะเลสาบสงขลา เป็นแหล่งทรัพยากรธรรมชาติและแหล่งน้ำจืดที่สำคัญเป็นฐานสนับสนุนการพัฒนา
 ภาคใต้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2530: 72) นอกจากนี้จะ
 เป็นเขตที่มีความสำคัญในเรื่องทรัพยากรธรรมชาติดังกล่าวแล้ว 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างในความ
 รับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดที่อยู่ตามชายแดนทางภาคใต้ของประเท
 ไทย ประชาชนในเขตนี้มีทั้งชาวไทยที่นับถือศาสนาพุทธ และชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลาม โดย
 เฉพาะใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งได้แก่จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสตูลนี้มีชาวไทย
 มุสลิมที่นับถือศาสนาอิสลามถึงร้อยละ 75 ชาวไทยกลุ่มนี้มีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ผูกพันกับ
 ศาสนาเป็นอย่างมาก มีลักษณะสังคมเป็นสังคมปิด ปฏิบัติตามวัฒนธรรมของกลุ่มอย่างเคร่งครัด การ
 ยอมรับวัฒนธรรมอื่น ๆ มีน้อยและส่วนใหญ่นิยมพูดภาษามลายูท้องถิ่น จะเห็นได้ว่าในเขตนี้มีความ
 แตกต่างกันในเรื่องการนับถือศาสนา วัฒนธรรมนิยมประเพณี วัฒนธรรม และภาษาของคนใน
 ท้องถิ่น ความแตกต่างดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาขัดแย้งทางสังคม ปัญหาทางการเมือง ปัญหาด้าน
 ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินจากผู้ออกการร้ายตามเขตชายแดนของประเทศ และจาก
 สภาพภูมิประเทศทำให้มีปัญหการย้ายแหล่งที่ทำกินข้ามไปมาระหว่างประเทศไทยและประเทศเพื่อน
 บ้าน สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขตามมา กระทรวงสาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบในการ
 ให้บริการสุขภาพอนามัยก็ตระหนักดีว่า จังหวัดชายแดนภาคใต้มีปัญหาด้านสาธารณสุขมาก (สำนักงาน
 คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2520 - 2524: 38) ปัญหาดังกล่าว เช่น เกิด
 ข้อจำกัดในการปฏิบัติงานควบคุมโรคเรื้อนที่ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถเข้าสำรวจหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน
 เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อีกทั้งยังไม่สามารถควบคุมดูแลในเรื่องการรักษา

ของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมเท่าที่ควร ผู้ป่วยบางรายที่รับการรักษาในระยะเวลาที่ระบุตามหลักเกณฑ์ของกองโรคเรื้อนแล้วคือ 3 - 5 ปีโดยเฉลี่ยในชนิดคิคคต และ 1 - 3 ปีโดยเฉลี่ยในชนิดไม่คิคคต แต่อาการของโรคนยังคงกำเริบอยู่ คงจะเห็นได้จากผลการตรวจสภาวะผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2524 และได้รับการตรวจสภาวะร่างกายเพื่อประเมินผลการบำบัดรักษาประจำปี พ.ศ. 2529 ของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 ปรากฏดังนี้ (ศูนย์โรคเรื้อนเขต 12, 2529)

ตารางที่ 1 ผลการตรวจร่างกายประจำปี 2529 เพื่อประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียน พ.ศ. 2524

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย (คน)		ผลการตรวจสภาวะร่างกาย ปี 2529	
	ขึ้นทะเบียนปี 2524	ได้รับการตรวจร่างกาย ปี 2529	อาการสงบ	อาการไม่สงบ
สงขลา*	23	20	13	7
พัทลุง	2	1	0	1
สตูล	2	2	1	1
ตรัง	4	4	2	2
ยะลา	5	5	4	1
ปัตตานี	2	2	2	0
นราธิวาส	8	8	5	3
รวม	46	42	27	15

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รวมผู้ป่วยของฝ่ายสถานบำบัดและชั้นสูตรกลางศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 สงขลาด้วย

จากตารางพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการบำบัดรักษาให้ได้ผล ทั้งนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยรับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ตามรายงานประจำปี 2528 ของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 (2529: 2) พบว่ามีผู้ป่วยที่รับการรักษาไม่สม่ำเสมอถึงร้อยละ 25.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด แต่เนื่องจากโรคเรื้อนยังไม่มีการป้องกันแบบประจักษ์ การรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจึงเป็นมาตรการที่

สำคัญที่สุดในการควบคุมโรคเรื้อนที่ยังจำเป็นต้องใช้เคมีบำบัดเป็นเทคโนโลยีในการป้องกันโรคเรื้อนแบบหัตถิยภูมิ (กองโรคเรื้อน 2527: 1) ในเรื่องความสม่ำเสมอของการรักษานี้ พฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยมีอิทธิพลจากหลายสิ่ง ผลการศึกษาของ แมททิวซ์ และเจซูดาชาน (Mathews and Jesudasan 1978: 414-425) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พะเยา อุนก้าเน็ค (2527: 215) ในการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้ชี้ให้เห็นว่าตัวแปรในเรื่องความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเรื้อนมีผลต่อพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วย นอกจากนี้มีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วย เช่น การศึกษาของเพ็ญศรี จิตรนันททรัพย์ (2528: 40) ในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อน จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติมีโรคเรื้อนในครอบครัวจะมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติโรคเรื้อนในครอบครัว และผลการคำนวณทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์สมการจำแนกประเภทในการวิจัยเรื่องเดียวกันนี้พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของประวัติโรคเรื้อนในครอบครัว กับการมารักษาสม่ำเสมอ และประวัติโรคเรื้อนในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสมการ ซึ่งแยกกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มที่มารักษาสม่ำเสมอและกลุ่มที่มารักษาไม่สม่ำเสมอมากที่สุด ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน นอกจากจะขึ้นกับตัวของผู้ป่วยเองแล้ว ครอบครัวก็นับว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการบำบัดรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากครอบครัวคือกลุ่มบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ในกลวิธี การควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ที่ทำให้ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ที่บ้านทั้งนี้ เพราะ เห็นว่าครอบครัว เป็นองค์กรที่มีความสำคัญมากต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว คำขวัญขององค์การอนามัยโลกประจำปี พ.ศ. 2516 ที่ว่า "อนามัยดีเริ่มที่บ้าน" (กระทรวงสาธารณสุข 2516: 10) ความสำคัญของครอบครัวในเรื่องนี้ เพนเดอร์ (Pender 1975: 387) ได้กล่าวถึงตัวกำหนดการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัย ด้านการป้องกันสุขภาพของบุคคลไว้ว่า ความสนใจหรือความห่วงใยจากครอบครัวมักจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงจูงใจแก่สมาชิกในครอบครัวในเรื่องการแสวงหาการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นพฤติกรรมอนามัยของสมาชิกในครอบครัวจะเป็นไปในลักษณะใดก็ย่อมมีผลมาจากพฤติกรรมอนามัยของครอบครัวด้วย โดยเฉพาะครอบครัวในสังคมของประเทศไทย สุธีรา ชุนตระกูล (2529: 46) ได้กล่าวไว้ว่า รูปแบบของการกระทำของบุคคล ขึ้นกับการขัดเกลาทางสังคมที่แต่ละบุคคลได้รับจากสังคมนั้น และระบบการช่วยเหลือของเครือญาติมีอิทธิพลมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการตัดสินใจรักษาหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไป

จะเห็นได้ว่าในการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ ครอบครัวยุคใหม่ของผู้ป่วยโรคเรื้อน คือองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อนมาก และยังเป็นกลุ่มที่นับว่ามีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเรื้อนสูงด้วย เหตุนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 จึงเห็นว่าครอบครัวน่าจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว และขอจำกัดในการปฏิบัติงานควบคุมโรคเรื้อนของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 ทั้งในแง่ของการค้นหาผู้ป่วยใหม่และการติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่สม่ำเสมอได้อย่างครอบคลุม นั่นคือครอบครัวได้มีการพึ่งพาตนเองในเรื่องสุขภาพตามกลวิธีหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยที่ความสัมพันธ์ของครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรม การเจ็บป่วย โดยเฉพาะในเรื่องการรับการรักษาอันจะส่งผลถึงความสำเร็จของงานควบคุมโรคเรื้อนว่ามีมากน้อยเพียงใดนั้น น่าจะเป็นผลมาจากพฤติกรรมอนามัยของครอบครัวผู้ป่วยว่าเป็นลักษณะใดนั่นเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมอนามัยของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนอันประกอบด้วยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยเฉพาะที่มีต่อผลการรับการรักษา ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 เพื่อนำผลของการวิจัยมาใช้ประกอบในการวางแผนการปฏิบัติงานควบคุมโรคเรื้อน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐานต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมอนามัย ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มอาการสงบ และกลุ่มอาการไม่สงบ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมอนามัย ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มอาการสงบ และกลุ่มอาการไม่สงบ

ปัญหาของการวิจัย

1. พฤติกรรมอนามัย ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มอาการสงบ และกลุ่มอาการไม่สงบเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมอนามัย ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มอาการสงบ และกลุ่มอาการไม่สงบมีความแตกต่างกันหรือไม่

แนว เหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

เนื่องจากโรคเรื้อน เป็นโรคติดต่อเรื้อรังทางผิวหนังที่ยังไม่สามารถป้องกันได้ ในระยะปฐมภูมิด้วยการให้วัคซีนเหมือนโรคติดต่ออื่บางชนิด จึงใช้การป้องกันในระยะทุติยภูมิด้วยการใช้กลวิธีหลักสามประการคือ การให้สุขศึกษาแก่ประชาชน การสำรวจค้นหาผู้ป่วยให้พบตั้งแต่ในระยะแรก และการให้การรักษาแก่คนแก่ผู้ป่วยทุกรายที่ค้นพบด้วยขนาดยาเพียงพอ สม่ำเสมอ และใช้เวลารักษานานพอ กลวิธีดังกล่าวนี้ กองโรคเรื้อน (2527: 1) กล่าวว่า การรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อน ถือเป็นมาตรการที่สำคัญที่สุดในการควบคุมโรคเรื้อนที่ยังจำเป็นต้องใช้เคมีบำบัดเป็นเทคโนโลยีในการป้องกันโรคเรื้อนแบบทุติยภูมิ การรักษาที่สม่ำเสมอจะส่งผลให้งานควบคุมโรคเรื้อนได้ผลคือผู้ป่วยมีอาการสงบภายหลังจากรักษาตามหลักเกณฑ์แล้ว และด้วยเหตุผลที่ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องรับการรักษาตัวอยู่ในครอบครัว ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พฤติกรรมอนามัยของบุคคลในครอบครัวต่องานควบคุมโรคเรื้อนเป็นไปในลักษณะใด ย่อมส่งผลให้เกิดรูปแบบหรือแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวให้มีพฤติกรรมอนามัยในลักษณะนั้นด้วย

จากแนวคิดดังกล่าวจึงตั้งสมมติฐานว่า

ครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มอาการสงบมีพฤติกรรมอนามัยด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตน ดีกว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มอาการไม่สงบ

ขอบ เขตของการวิจัย

1. ศึกษาตัวแปรอิสระทั้งสามตัวคือพฤติกรรมอนามัยด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนที่คาดว่าจะส่งผลต่อการรับการรักษาซึ่งเป็นตัวแปรตาม
2. ประชากรที่ศึกษาคือ หัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะเวลาเฉลี่ยอย่างน้อย 3 ปีครบตามหลักเกณฑ์ของกองโรคเรื้อน และได้รับการตรวจสอบภาวะร่างกายเพื่อประเมินผลการบำบัดรักษาประจำปี 2530 แล้ว ดังนั้นประชากรที่ศึกษาจึงได้แก่ หัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนของผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มอาการสงบและกลุ่มอาการไม่สงบที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาครั้งแรกระหว่างปี พ.ศ. 2522 ถึง พ.ศ. 2527 และยัง

ไม่จำหน่ายออกจากทะเบียนก่อนวันที่ 30 กันยายน 2530 ภายในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 ซึ่งได้แก่จังหวัดสงขลา พัทลุง สตูล ตรัง ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส

3. การศึกษาค้นคว้าประชากรที่ศึกษาไม่รวมครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มอาการสงบ และกลุ่มอาการไม่สงบอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

4. ผลการควบคุมโรคเรื้อนศึกษาเฉพาะผลการบำบัดรักษาตามหลักเกณฑ์ของกองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ขอตกลงเบื้องต้น

1. พฤติกรรมอนามัยของครอบครัวต้องงานควบคุมโรคเรื้อนวัดได้จากพฤติกรรมอนามัยของหัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนซึ่งได้แก่ ผู้มีอำนาจรองลงมาและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรักษา คนใดคนหนึ่ง

2. ถือว่าตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้การสัมภาษณ์ตามความเป็นจริงทุก คน

3. การศึกษานี้ถือว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวมีการนับถือศาสนาเดียวกับหัวหน้าครอบครัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. พฤติกรรมอนามัย (Health Behavior) หมายถึง อากัปกิริยาแสดงออกทาง คำนุสุขภาพของครอบครัวที่มีต้องงานควบคุมโรคเรื้อน ในระยะที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่ในครอบครัว ซึ่งสามารถวัดได้

พฤติกรรมอนามัยแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ

1.1 ด้านความรู้ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับงานควบคุมโรคเรื้อน เรื่องสาเหตุ อาการและการติดต่อ การรักษาโรคเรื้อน การป้องกันโรคเรื้อน และการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพในโรคเรื้อน ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน

ความรู้ทั้ง 4 เรื่องนี้วัดได้จาก แบบสอบวัดความรู้ โดยวิธีการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การสร้างเครื่องมือสอบวัดไต่อาศัยแนวความคิดของบลูม (Bloom 1956: 62-197) ที่จำแนกระดับความรู้ออกเป็น 6 ชั้น คือ ชั้นความรู้-ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า

1.2 ด้านทัศนคติ หมายถึงทัศนคติต่องานควบคุมโรคเรื้อนเรื่องสาเหตุ อากาการและการติดต่อ การรักษาโรคเรื้อน การป้องกันโรคเรื้อน และการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพในโรคเรื้อนของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน

ทัศนคติทั้ง 4 เรื่องนี้ วัดได้จากแบบสอบวัดทัศนคติโดยวิธีการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การสร้างเครื่องมือสอบวัดไต่อาศัยแนวความคิดของประสาร มาลากุล (2526: 22) และชอร์และไรท์ (Shaw and Wright 1967: 13-14) ซึ่งศึกษาทัศนคติในรูปของความรู้สึก ความเชื่อ และความพร้อมที่จะกระทำ

1.3 ด้านการปฏิบัติตน หมายถึงการปฏิบัติตนเกี่ยวกับงานควบคุมโรคเรื้อนในเรื่องการรักษาโรคเรื้อน การป้องกันโรคเรื้อน และการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพในโรคเรื้อนของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน

การปฏิบัติตนทั้ง 3 เรื่องนี้ วัดได้จากแบบสอบวัดการปฏิบัติตนโดยวิธีการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดการปฏิบัติตนจริงของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน ในระยะที่มีผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวทั้งการปฏิบัติตนเอง ผู้ป่วย หรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัว

2. งานควบคุมโรคเรื้อน (Leprosy Control) หมายถึง การดำเนินงานด้านต่างๆ ของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 เกี่ยวกับโรคเรื้อน อันได้แก่ การรักษา การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน ครอบครัว และประชาชน ในเขตที่รับผิดชอบ เพื่อให้โรคเรื้อนอยู่ในสถานการณ์ที่ควบคุมได้ในปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะหมดไปในอนาคต

3. ผลของการบำบัดรักษา หมายถึง ผลการตรวจสภาวะร่างกายของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษารั้งแรกของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 ระหว่างปี พ.ศ. 2522 ถึง พ.ศ. 2527 และยังไม่จำหน่ายออกจากทะเบียนก่อนวันที่ 30 กันยายน 2530 ซึ่งได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดตามหลักเกณฑ์การรักษาของกองโรคเรื้อนครบแล้ว ผลการตรวจสภาวะร่างกายนี้จะทำให้สามารถแยกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มอาการสงบ และกลุ่มอาการไม่สงบ

3.1 กลุ่มอาการสงบ หมายถึง กลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการตรวจสภาวะร่างกายประจำปีงบประมาณ 2530 โดยเจ้าหน้าที่ของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 แล้วพบว่าอาการของโรคสงบ

3.2 กลุ่มอาการไม่สงบ หมายถึง กลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการตรวจสภาวะร่างกายประจำปีงบประมาณ 2530 โดยเจ้าหน้าที่ของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 แล้วไม่พบว่าอาการของโรคสงบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบพฤติกรรมอนามัยด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในงานควบคุมโรคเรื้อนของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน
2. ทำให้ทราบองค์ประกอบของพฤติกรรมอนามัยของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อาจส่งผลกระทบต่องานควบคุมโรคเรื้อน เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติงานผสมผสานงานควบคุมโรคเรื้อนเข้าสู่การสาธารณสุขมูลฐาน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
3. เป็นแนวทางในการให้ศึกษาแก่ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยให้สอดคล้องกับพฤติกรรมอนามัยของประชาชนในท้องถิ่นภายใต้ความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย