

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อน
ด้วยตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอแม่เปิน จังหวัดนครสวรรค์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อน
ด้วยตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอแม่เปิน จังหวัดนครสวรรค์

.....
ศุภกมล พงษ์พานิช

นายอานุภาพ พงษ์พานิช

ผู้วิจัย

.....
[Signature]

รองศาสตราจารย์วาสนา จันทร์สว่าง,

ศศ.ม. (พัฒนาชุมชน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
[Signature]

อาจารย์สุภชัย ปิติกุลตั้ง,

M.D., D.T.M. & H, MCTM, Dip. Board of Pediatrics

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
[Signature]

อาจารย์สุคนธา สิริ,

Ph.D. (Tropical Medicine)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
LWOT WC

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ, พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
[Signature]

รองศาสตราจารย์นิรันดร์ อิมามี่, Ph.D.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อน
ด้วยตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2552

อานนท์ พงษ์พานิช

นายอานนท์ พงษ์พานิช
ผู้วิจัย

ศาสตราจารย์ธีระ รามสูต

M.D., M.P.A., Cert. Board of Preventive Med.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์วาสนา จันทร์สว่าง,
ศศ.ม. (พัฒนาชุมชน)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์เพียงจันทร์ ไรจนวิภาต,
M.H.S. (Biostatistics)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์สุกัญช ปิติกุลตั้ง,

M.D., D.T.M. & H, MCTM, Dip. Board of Pediatrics

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาดวิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้ความเข้าใจจากคณาจารย์ จึงขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์วาสนา จันทรสว่าง อาจารย์นายแพทย์ศุภชัย ปิติกุลตั้ง ดร.สุคนธา ศิริ รองศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ โรจนวิภาต ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต กรรมการควบคุม วิทยานิพนธ์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง ต่างๆ และให้กำลังใจ จนวิทยานิพนธ์สำเร็จได้โดยสมบูรณ์ และขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชา สุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่าน ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ จนสำเร็จการศึกษา

ขอขอบคุณ เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมรุ่น ที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ตลอดถึงประชาชน ในอำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ทุกท่าน ที่ร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดการวิจัย

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา และขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับ คุณรุ่งทิพย์ พงษ์พานิช ที่สนับสนุน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

อานูภาพ พงษ์พานิช

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง
ของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอเป็น จังหวัดนครสวรรค์

EFFECTIVENESS OF A HEALTH EDUCATION PROGRAMME ON HEALTH BEHAVIOURS
TOWARD SELF-PREVENTION OF LEPROSY POPULATION AT RISK IN MAE POEN
DISTRICT, NAKORNSAWAN PROVINCE

อานุกาพ พงษ์พานิช 4737481 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วาสนา จันทร์สว่าง, ศศ.ม., ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, M.D., D.T.M. & H,
MCTM, Diploma Thai Broad of Pediatrics, สุคนธา ศิริ, Ph.D. (Tropical Medicine)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้แรงจูงใจ
และกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการ
สงสัยเป็นโรคเรื้อนด้วยตนเองในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 25 - 64 ปี
จำนวน 60 คน กิจกรรมประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การชมวิดีโอ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ
เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2552
แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และPaired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงความรู้โรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อน การรับรู้
ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน ความคาดหวังใน
ความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน ความคาดหวังใน
ผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน และพฤติกรรมตรวจร่างกายเพื่อ
ค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
โปรแกรมสุขภาพนี้สามารถช่วยให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนตรวจร่างกายด้วยตนเองได้อย่าง
ถูกต้อง ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มอื่นๆ ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองได้

คำสำคัญ : การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ / แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค / การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม /
ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อน

EFFECTIVENESS OF A HEALTH EDUCATION PROGRAMME ON HEALTH
BEHAVIOURS TOWARD SELF-PREVENTION OF LEPROSY POPULATION AT RISK
IN MAE POEN DISTRICT, NAKORNSAWAN PROVINCE

ANUPARP PONGPANICH 4737481 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCE

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WASANA JANSAWANG, M.A., SUPACHAI
PITIKULTANG, M.D., D.T.M. & H, MCTM, Diploma Thai Broad of Pediatrics,
SUKHONTHA SIRI, Ph.D. (Tropical Medicine)

ABSTRACT

This study was quasi-experimental research designed to assess the effectiveness of a health education program which utilizes the protection motivation theory and participatory learning-process toward self-prevention of leprosy population at risk

The experimental group was 60 samples with ages of 25-64 years. They were trained in body self-examination using tools consisting of discussion, video, demonstration, and direct practices. The self-administered questionnaire was used for data collection during January to March 2009. Frequency, percentage mean, standard deviation, and paired t-test were used for data analysis.

The results of this study revealed that after implementation of the programme, the experimental group had significantly increased their knowledge, perceived as particularly better on the severity of the leprosy, and vulnerability to leprosy infection, expectation on self-efficacy of body self-examination and health behaviors toward self-prevention of leprosy, having demonstrated a more significant improvement than prior levels ($p < 0.001$) This suggests that the health education programme was able to motivate population at risk to practice correct body self-examination for early detection of leprosy. Thus, this programme should be further applied to other similar target groups.

KEY WORDS : HEALTH PROMOTION / PROTECTION MOTIVATION /
PARTICIPATORY LEARNING / LEPROSY POPULATION AT RISK

147 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
ระยะเวลาการวิจัย	7
ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย	7
นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
โรคเรื้อรังและวิธีการตรวจโรคเรื้อรังด้วยตนเอง	10
การส่งเสริมสุขภาพ	18
การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	20
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
กรอบแนวคิดในการวิจัย	40
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
รูปแบบการวิจัย	41
พื้นที่ดำเนินการวิจัย	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
การดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล	50
การวิเคราะห์ข้อมูล	51
บทที่ 4 ผลการวิจัย	53
ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรและสังคม	53
ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เรื่อง โรคเรื้อน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเรื้อน ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกาย ความคาดหวังในผลลัพธ์การตรวจร่างกายและพฤติกรรมตรวจร่างกายตนเอง ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง	56
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเรื้อน การรับรู้ความรุนแรงของ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงโรคเรื้อน ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกาย ความคาดหวังในผลลัพธ์การตรวจร่างกายและพฤติกรรมตรวจร่างกายตนเอง ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง	62
บทที่ 5 อภิปรายผล	67
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	76
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	80
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	95
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	111
ประวัติผู้วิจัย	147

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน	15
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส	54
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามประวัติเคยมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน และเคยพบเห็นผู้ป่วยในหมู่บ้าน	55
4 จำนวนกลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อนจำแนกตามแหล่งที่ได้รับความรู้โรคเรื้อน ในรอบปีที่ผ่านมา	56
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคเรื้อน	57
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน	58
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามระดับรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน	59
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้	60
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง	61
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามระดับพฤติกรรมการตรวจร่างกายตนเองเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน	62
11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	63
12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	63
13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	64

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
14	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	65
15	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง	65
16	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน โดย การตรวจร่างกาย ด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ในกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังการทดลอง	66
17	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการป้องกันโรคเรื้อนก่อนและหลังการทดลอง	123
18	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนก่อนและหลังการทดลอง	126
19	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	129
20	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ก่อนและหลังการทดลอง	131
21	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง	132
22	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจร่างกายตนเองเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนก่อนและหลังการทดลอง	134

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1	การดำเนินของโรคหลังได้รับเชื้อ <i>Mycobacterium leprae</i>	13
2	วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคล์บ	21
3	หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	24
4	กระบวนการกลุ่ม	26
5	รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	30
6	ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนา Rogers, 1983	36
7	กรอบแนวคิดในการวิจัย	40
8	รูปแบบการวิจัย	41
9	แผนภูมิการทดลอง	42

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ก่อปัญหาทั้งทางสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม โรคเรื้อนเกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งชื่อ ไมโคแบคทีเรียแมเลแปเร (*Mycobacterium leprae*) ทำให้เกิดพยาธิสภาพ อาการที่ผิวหนังและที่เส้นประสาทส่วนปลาย ตามบริเวณปลายมือ ปลายเท้า ใบหน้าของร่างกาย (ธีระ รามสูต, 2535: 47) หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการ เชื้อโรคจะแพร่กระจายเกิดพยาธิสภาพมากขึ้นเป็นผลให้อาการโรคกำเริบลุกลามจนปรากฏผิวหนังนูนแดงหนาเป็นตุ่มผื่น และแผ่นหนา นากลิ้นทั่วร่างกายและลุกลามสู่ เส้นประสาทส่วนปลาย (Peripheral Nerve) จะถูกทำลายจนอาจทำให้เกิดความพิการต่อร่างกาย เช่น เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อ นิ้วมือ เท้างอ กระดูกขาดเลือดเลี้ยงจนหลุดสิ้น และงูดด้วน ตาหลับไม่สนิท อัมพาตของกล้ามเนื้อมือ เท้า เช่น มือตก เท้าตก และเกิดการขาดเลือดเลี้ยงเนื้อเยื่อ หรือเท้าที่ชาไม่รู้สึกรำบคาทำให้เกิดแผลเรื้อรังตามฝ่าเท้า (plantar ulcer) ทำให้ผู้พบเห็นและสังคมเกิดความรังเกียจเหยียดฉันท์ (social prejudice) และประทับตราบาปทางสังคม (social stigmatization) ว่าเป็นพวกเรื้อนที่ถูกดูแลในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (human dignity) และในด้านสาธารณสุขผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณแขนงมูกยังสามารถแพร่เชื้อทางละอองลมหายใจ (Droplet) จากรอยโรคในเยื่อจมูกแก่ผู้อื่นที่เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดติดต่อกันเป็นเวลานานด้วยระยะฟักตัว (Incubation period) ประมาณ 3-5 ปี ถ้าผู้สัมผัสดังกล่าวไม่มีภูมิคุ้มกันต้านทานไม่สามารถค้นพบและทำลายเชื้อโรคเรื้อนจนอาจติดเกิดเป็นโรคเรื้อนต่อไปได้ ส่งผลกระทบที่เป็นปัญหาทั้งทางด้านสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ (ธีระ รามสูต, 2525: 69-61)

การมีความเชื่อและความกลัวที่ผิด ของประชาชนเกี่ยวกับเรื่องโรคเรื้อน ทำให้ผู้คนและสังคมส่วนใหญ่มีความรังเกียจผู้ป่วยและโรคเรื้อนมากยิ่งขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวบางส่วนถูกสังคมรังเกียจและทอดทิ้งต้องหลบซ่อนตัวจากสังคม ไม่ยอมออกมารับการตรวจรักษา เป็นผลให้อาการของโรคกำเริบรุนแรง สามารถแพร่โรคในชุมชน และเกิดความพิการแก่ร่างกายจนเกินแก้ไข ผู้ที่พ่อกาอาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้ที่มีบ้านเรือนติดกับผู้ป่วยโรคเรื้อน และผู้ที่มี

ความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นเวลานาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสใกล้ชิดและติดเชื้อจนอาจเป็นโรคเรื้อนได้ (Stella M. van et al. 1999: 119-128)

ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ตามหลักการและข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งสำรวจ ตรวจค้น และรักษาควบคุมผู้ป่วยโรคเรื้อนที่บ้าน (Domiciliary Approach) นับตั้งแต่ปี 2498 และได้ขยายโครงการควบคุมโรคเรื้อนและบูรณาการในระบบบริการสุขภาพทุกจังหวัด ทั้งประเทศ ปี 2519 จนสามารถบรรลุเป้าหมายของการกำจัดโรคเรื้อนมิให้เป็นปัญหาสาธารณสุข(Elimination of Leprosy as a Public-Health Problem) คือสามารถลดความชุกของโรคเรื้อนในระดับประเทศ ได้ต่ำกว่า 1: 10,000 ประชากร ตามเกณฑ์ที่กำหนดขององค์การอนามัยโรคได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 (ธีระ รามสูตร, 2541: 255) ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยได้รวดเร็วเพื่อรับการรักษา ก่อนจะพิการ และแพร่โรค และประสบปัญหาไม่ได้รับการรักษาครบถ้วนที่ถูกต้องในหลายพื้นที่ของประเทศไทยทั้งๆ พื้นที่นั้นๆ มีบริการให้การรักษาโรคเรื้อนบูรณาการอยู่ในระบบบริการสุขภาพอยู่แล้ว และผู้ป่วยเหล่านี้เกินกว่าครึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการมาแล้วมากกว่า 1 ปี (backlog or consequence case) ซึ่งจะทำให้เกิดการแพร่โรคและความพิการต่อไปได้

หลังจากสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขในปี 2537 โรคเรื้อนถูกจัดลำดับความสำคัญด้านสาธารณสุขอยู่ในลำดับท้ายๆ เพราะความชุกของโรคในภาพรวมของประเทศต่ำ จากรายงานสถานการณ์โรคเรื้อนทั่วประเทศของสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ณ 31 กันยายน 2549 (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2549: 1) มีผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนทั่วประเทศอยู่ เพียง 1,306 รายคิดเป็น อัตราความชุกโรค (Prevalence rate) ทั่วประเทศ 0.19: 10,000 ประชากร จำแนกเป็นผู้ป่วยชนิดเรื้อนมาก 1,087 ราย (ร้อยละ 83.23) ผู้ป่วยเรื้อนน้อย 219 (ร้อยละ 16.77) รายและในปี 2549 สามารถตรวจค้นหา พบผู้ป่วยใหม่ 665 รายคิดเป็นอัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ (Detection rate) 1.07: 100,000 ประชากร เป็นผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการรักษาล่าช้าจนเกิดมีความพิการที่เห็นได้ ร้อยละ 12 และพบผู้ป่วยใหม่เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 5 แสดงว่ายังมีการแพร่เชื้อของโรคเรื้อนอยู่และเกิดขึ้นไม่นาน (Active and recent transmission) อยู่ในพื้นที่นั้นๆแต่หากพิจารณาในระดับอำเภอพบว่ามีอัตราความชุกของโรคสูงกว่า 1: 10,000 ประชากร ในพื้นที่ 23 อำเภอที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนในระดับอำเภอ (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2548) ซึ่ง 3 อำเภอแรกที่มีความชุกสูงคืออำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน (3.04: 10,000 ประชากร) อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ (2.53: 10,000 ประชากร) และอำเภอโคกสูง จังหวัดนครราชสีมา (1.95: 10,000 ประชากร) ตามลำดับ แต่ไม่สามารถทำการศึกษาในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอนได้ เพราะเป็นพื้นที่เขาชายแดน ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวต่างด้าวใช้ภาษา

ท้องถิ่นในการสื่อสาร จึงได้เลือกอำเภออันดับ 2 คืออำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ ในการศึกษาครั้งนี้แทน โดยในปี 2549 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่มีรับการรักษาแล้วช้ามากกว่า 1 ปีจำนวน 3 คน และมีผู้ป่วยเด็กจำนวน 1 คน แสดงว่ายังมีการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนที่รุนแรง (active transmission) และเกิดขึ้นไม่นาน (recent transmission) เนื่องจากยังมีผู้ป่วยที่เป็นแหล่งแพร่โรคที่ยังไม่มารับการรักษาหลงเหลืออยู่ในชุมชนที่ยังสามารถแพร่การติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ดังปรากฏ มีแนวโน้มการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่เพิ่มขึ้นโดยยังตรวจพบ จำนวนผู้ป่วยใหม่ใน ปี พ.ศ.2547-2549 เป็น 1 คน 5 คน และ 3 คน ตามลำดับ

จากรายงานสถานการณ์โรคเรื้อน ปี พ.ศ. 2549 พบว่า อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์มี อัตราความชุกโรคเรื้อนสูง เป็นอันดับ 2 ของประเทศ (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2549: 1) และยังพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาว่ายังมีการแพร่เชื้อโรคเรื้อนในพื้นที่อยู่และเกิดขึ้นไม่นาน เมื่อได้ข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ทำศึกษานำร่อง โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อน อาสาสมัครสาธารณสุข ครู ตัวแทนจาก องค์การบริหารส่วนตำบลแม่เป็น จำนวน 15 คนโดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE MODEL ในการศึกษา นำร่องพบว่า

ปัจจัยนำ

ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันไม่ถูกต้อง โดยประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนบอกว่า เป็นโรคที่ติดต่อทางกรรมพันธุ์ ทางสายเลือด ติดจากพ่อแม่สู่ลูกได้ การสัมผัสตัวใกล้ชิดผู้ป่วยใช้ของร่วมกัน เสื้อผ้าอาจทำให้ติดโรคเรื้อนได้ ไม่ทราบอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อน

ขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยเข้าใจว่าโรคเรื้อนไม่ทำให้เกิดอาการรุนแรงคิดว่าเป็นโรคผิวหนังทั่วไป ไม่น่าจะทำให้เกิดความพิการได้ จึงมักจะซื้อยามาทาเองในเบื้องต้น ซึ่งเป็นการรักษาที่ไม่ถูกต้องอันอาจจะทำให้อาการโรคลุกลามถึงทำให้เกิดความพิการได้

ขาดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยไม่เชื่อว่าเพื่อนบ้านที่อยู่ติดกันถ้ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนอาศัยอยู่อาจมีโอกาสแพร่ติดต่อโรคเรื้อนได้ เข้าใจว่าการติดโรคเรื้อนนั่นต้องเกิดจากการสัมผัสใกล้ชิดของบุคคลที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย หรือมีการคลุกคลีอย่างใกล้ชิดติดต่อกันเป็นเวลานาน

ความคิดความเชื่อในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ได้แก่การหมั่นตรวจผิวหนังตนเองทุกเดือนนั้น ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนเชื่อว่าไม่น่าจะป้องกันโรคได้เพราะควรให้เจ้าหน้าที่ตรวจร่างกายให้ถูกต้อง ว่าเป็นโรคเรื้อนแน่นอน หรือไม่เข้ารับการรักษาจะดีกว่าและมีความเชื่อว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนในบ้านควรมี การหมั่นสังเกตดูอาการทางผิวหนังที่ผิดปกติ คล้าย

โรคเรื้อน และรู้จักหลีกเลี่ยงไม่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยระยะติดต่อเพื่อเป็นการป้องกันโรคเรื้อนตนเองมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อน

ความคิดเห็นในความสามารถตนเองในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อน ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนได้แสดงความคิดเห็นว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบ ในการควบคุมป้องกันโรคเรื้อนที่ควรจะให้ความรู้ และข้อแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม

ปัจจัยเอื้อ

ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนขาดเอกสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และการได้รับความรู้และการแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคเรื้อน

ปัจจัยเสริม

ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนยอมรับว่า ข้อมูลข่าวสารโดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่สร้างความเชื่อมั่นให้รู้จักวิธีการตรวจผิวหนังเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการที่สงสัยจะเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และส่งเสริมให้มีการหมั่นตรวจอย่างสม่ำเสมอ

จากการศึกษานำร่องข้างต้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องโรคเรื้อน ขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน และขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อน ส่วนใหญ่มีความคิดความเชื่อว่าการควบคุมการป้องกันโรคเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบและความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น ไม่เชื่อและมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่เกิดพฤติกรรมการหมั่นตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการที่สงสัยจะเป็นโรคเรื้อน เพื่อไปรับการตรวจวินิจฉัย และรักษาที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ตั้งแต่เมื่อค้นพบว่าเริ่มมีอาการสงสัยแต่เนิ่นๆ ก่อนที่โรคจะถูกถาม จนพิการแพร่โรคให้ผู้อื่นในครอบครัวและชุมชนต่อไป จากปัญหาและข้อมูลที่พบจากการศึกษานำร่อง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจผิวหนังด้วยตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนในชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อน โดยการนำเอาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) และแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นำมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนในชุมชนต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพ ทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ มีสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อไปนี้ได้หรือไม่

1. ความรู้เรื่องโรคเรื้อน และการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง
2. การประเมินอันตรายซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน
 - 2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน
3. การประเมินการเผชิญปัญหา
 - 3.1 ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้
 - 3.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง
4. พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน โดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อนของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา ในเรื่อง

1. ความรู้เรื่องโรคเรื้อน และการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง
2. การประเมินอันตรายซึ่งประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน

3. การประเมินการเผชิญปัญหา

3.1 ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

3.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง

4. พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน โดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเรื้อน ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องโรคเรื้อน และการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง

2. การประเมินอันตรายซึ่งประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน

3. การประเมินการเผชิญปัญหา

3.1 ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

3.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง

4. พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน โดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อและเกิดอาการ โรคเรื้อรังเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการโรคเรื้อรังในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 60 คน ที่พำนักรักษาอยู่ หมู่ที่ 1,4,5,10,16,และ17 ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ ที่เคยมีผู้ป่วยชนิดเชื้อมาพักอาศัยอยู่

ระยะเวลาในการวิจัย

ระหว่างเดือนมีนาคม 2551 ถึงเดือน มีนาคม 2552 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น มีนาคม 2551
2. ประเมินผลก่อนการทดลอง วันที่ 18 มกราคม 2552
3. ดำเนินการโปรแกรมสุขศึกษาวันที่ 18 มกราคม 2552 - วันที่ 29 มีนาคม 2552
4. ประเมินผลหลังการทดลองวันที่ 29 มีนาคม 2552

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง และการป้องกันโรคเรื้อรังด้วยตนเอง

2.2 การประเมินอันตรายซึ่งประกอบด้วย

2.2.1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อรัง

2.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อรัง

2.3 การประเมินการเผชิญปัญหา

2.3.1 ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อรังได้

2.3.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อรังได้ด้วยตนเอง

2.4 พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน โดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. **โปรแกรมการสุขศึกษา** หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน โดยการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกิจกรรมเพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนเกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคเรื้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนไปในทางที่ดีขึ้น

2. **ความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง** หมายถึง ความสามารถของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนในการเรียนรู้ จดจำและเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษา การสังเกตอาการโรคเรื้อนในระยะเริ่มแรก และวิธีการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง

3. **การประเมินอันตราย** หมายถึง การรับรู้ของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม อันจะส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนเกิดการปรับตัวตอบสนอง การประเมินอันตรายประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน

4. **การประเมินการเผชิญปัญหา** หมายถึง ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ และความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง

4.1 **ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้** หมายถึง การที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะตรวจหาความผิดปกติของร่างกายได้ถูกต้อง ทุกขั้นตอน และสามารถตรวจได้เป็นประจำทุก 2 เดือน

4.2 **ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง** หมายถึง การที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรค

เรือนมีความเชื่อมั่นว่าการตรวจร่างกายด้วยตนเองเป็นวิธีที่ง่าย และสะดวก มีประโยชน์ได้ผลคุ้มค่า สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนทุกคนเพราะถ้าตรวจพบในระยะแรกสามารถรักษาโดยใช้เวลาน้อย ไม่พิการ และจะไม่ทรมาณกับความพิการ

5. ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อน หมายถึง ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดอาการโรคเรื้อนที่อาศัยอยู่อำเภอที่มีความชุกโรคสูงกว่า 1 : 10,000 ประชากรและเคย มีผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่รวมทั้งเป็นหมู่บ้านที่เคยตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเรื้อนมากในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา

6. พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อน หมายถึง พฤติกรรมตรวจร่างกายของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนเพื่อค้นหาอาการ โดยใช้ การดู การสังเกตลักษณะผิวหนัง หลังการอาบน้ำ โดยตรวจหน้ากระจกเงาบริเวณที่อาจพบความผิดปกติ ของผิวหนัง และอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน เช่น ผื่นแผ่นหนา ตุ่ม สีแดงหรือสีเทา ที่ขา หักไม่เจ็บ ที่พบบ่อย เป็นรอยโรคที่สงสัยจะเป็นโรคเรื้อน คือ ใบหน้า สะโพก และ แขน ขา และลำตัว ทั้งด้านหน้า และด้านหลังโดยทำการตรวจสม่ำเสมอ 2 เดือน/ ครั้ง

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจร่างกายด้วยตนเอง ของกลุ่มประชากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน ตำบลแม่เป็นอำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ โดยนำแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกลวิธีให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการตรวจร่างกายด้วยตนเอง ดังต่อไปนี้

1. โรคเรื้อนและวิธีการตรวจโรคเรื้อนด้วยตนเอง
2. การสร้างเสริมสุขภาพ
3. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
4. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคเรื้อนและวิธีการตรวจโรคเรื้อนด้วยตนเอง

คำจำกัดความและการวินิจฉัยโรค (Definition and diagnosis) โรคเรื้อน คือ โรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium leprae* (*M.leprae*) ทำให้เกิดอาการที่ผิวหนัง และเส้นประสาทส่วนปลาย (กระทรวงสาธารณสุข)

การวินิจฉัยโรคทางคลินิก ทำได้โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนที่ผิวหนัง (slit skin smear:SSS technique) หากตรวจพบอาการแสดงสำคัญ (cardinal signs) ต่อไปนี้ 2 อย่าง จาก 3 อย่างแรกหรือ / และอย่างสุดท้ายเพียงอย่างเดียวก็ให้การวินิจฉัยโรคเรื้อนได้ทันที ได้แก่

1. มีรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะ (characteristic skin lesion)
2. มีอาการชา (sensory loss)
3. มีเส้นประสาทโตกว่าปกติ (thickened nerve)
4. มีเชื้อรูปแท่งข้อมดัดสีทึบกรด (acid fast bacilli) ในผิวหนัง

ลักษณะเฉพาะตามธรรมชาติของโรคเรื้อน (Natural History of Leprosy) (ธีระ รามสูต, 2535)

1. เชื้อโรคเรื้อน (The Agent) *Mycobacterium leprae* ค้นพบโดยนายแพทย์ G.H. Armauer Hansen แห่งนอร์เวย์ พ.ศ. 2416 สามารถเพาะเลี้ยงเชื้อได้ในอุ้งเท้าหนู (Shepard, 1960) และในตัวนัมเก้ลาย (Nine-banded Armadillo หรือ *Dasypus novemcinctus*) ทำให้สามารถเพาะเชื้อโรคเรื้อนและผลิตแอนติเจนในปริมาณมากและช่วยให้สามารถศึกษาถึงคุณสมบัติเฉพาะของเชื้อโรคเรื้อน ซึ่งย้อมติดสีทนกรด (Acid fast bacilli หรือ AFB) ในระยะที่ยังมีชีวิต ที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังไม่รับยาเคมีบำบัด รูปร่างเชื้อจะติดสีสม่ำเสมอเป็นแท่งโค้งยาว (Solid Form) ขนาดยาว 2-7 ไมครอน และกว้างราว 0.3-0.4 ไมครอน แต่เมื่อได้รับยาเคมีบำบัด หรือเสื่อมสลายตายลง เชื้อจะติดสีทนกรดไม่สม่ำเสมอ โดยพบมีรูปร่างแตกเป็นท่อน (Beaded or Fragmented Form) และในที่สุดจะเป็นผง (Granular or Dusty Form) ก่อนที่จะถูกกินย่อยทำลายหมดไปโดยเม็ดโลหิตขาวขนาดใหญ่ ต่อไปนี้ที่สุด เชื้อโรคเรื้อนจัดเป็นแบคทีเรียที่มีฤทธิ์ก่อให้เกิดอัตราการติดเชื้อได้สูง (Highly Infectious) แต่ขณะเดียวกันก็จัดเป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดอัตราความก่อโรคต่ำ (Low pathogenic) เพราะสามารถติดเชื้อเข้าสู่ระยะไม่ปรากฏอาการ (Subclinical Infection) ได้สูงจากการสำรวจในผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยระยะติดต่อกันเกิน 1 ปี โดยวิธีศึกษาทางภูมิคุ้มกัน (Lymphocyte transformation test) พบอัตราการติดเชื้อโรคเรื้อนประมาณร้อยละ 50 ในขณะที่มีการศึกษาด้านการก่อโรค โดยติดตามตรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย มีอัตราป่วยเป็นโรคเรื้อนเพียงร้อยละ 5.8 เท่านั้น

2. แหล่งรังโรค (Reservoir) นอกจากคนที่เป็นแหล่งรังโรคของการแพร่ติดต่อของเชื้อโรคเรื้อนแล้ว เชื้อโรคเรื้อนยังสามารถทำให้เกิดโรคตามธรรมชาติได้ในสัตว์ เช่น ลิงชิมแปนซี จึงมีความสำคัญทางระบาดวิทยา เป็นข้อสงสัยว่าสัตว์ดังกล่าวอาจเป็นแหล่งรังโรคของโรคเรื้อนที่แพร่ติดต่อโรคเรื้อนได้นอกจากคน แต่ยังไม่มีการสรุป

3. วิธีการแพร่ติดต่อโรค (Mode of transmission) ทางออกของเชื้อโรคจากร่างกายของผู้ป่วย (Portal of Exit) มี 2 ทาง คือ ทางผิวหนังและทางเยื่อจมูก รอยโรคที่แตกเป็นแผล (Lepromatous ulcer) วิธีการแพร่เชื้อที่เป็นไปได้มากที่สุด คือ จากฝู่นละออง (Droplets) จากทางเดินหายใจส่วนบน ในผู้ป่วยชนิด Lepromatous ที่ไม่เคยรับการรักษา สามารถขับกระจายเชื้อโรคเรื้อนที่ยังมีชีวิตจากเยื่อจมูกได้สูงถึงวันละ 10 ล้านตัวถึง 100 ล้านตัว และมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมภายนอกได้นานถึง 9 วัน โดยเฉพาะในบริเวณร่มไม้ในดินที่ชุ่มชื้น ในอุณหภูมิห้องสามารถมีชีวิตได้นานถึง 46 วัน และตรวจพบว่ามีเชื้อโรคเรื้อนที่มีชีวิตอยู่ในบริเวณรอยโรคที่ผิวหนังได้มากถึง 7 พันล้านตัวต่อผิวหนัง 1 กรัม จะสามารถขับออกจากผิวหนังแตกเป็นแผล ได้วันละ 20 ล้านตัว อย่างไรก็ตาม ยาเคมี เช่น Rifampicin สามารถฆ่าเชื้อโรคเรื้อนที่มีชีวิตให้ตายลง ได้ถึงร้อยละ 99.9 ภายในเวลาเพียง

3-7 วัน หลังให้ยาขนาด 600-1500 mg ครั้งเดียวเท่านั้น จึงช่วยทำให้ระยะแพร่เชื้อที่มีชีวิต (Period of communicability) ของผู้ป่วยโรคเรื้อนดังกล่าวสั้นลง

ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) ขึ้นอยู่กับชนิดของโรค โดยทั่วไปประมาณ 3-5 ปี

4. ผู้รับเชื้อ ประชาชนส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่โรคเรื้อนเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic area) มักจะติดเชื้อโรคไปแล้วตั้งแต่ยังเด็ก โดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านชนิดติดต่อกัน มีโอกาสติดเชื้อมากที่สุด แต่ผู้ที่ติดเชื้อแล้วเหล่านี้จะไม่แสดงอาการของโรคเรื้อนทุกราย เพื่อพิจารณาโดยภาพรวม ได้ข้อสรุป ดังนี้

4.1 ประวัติการสัมผัสโรค ผู้มีประวัติการสัมผัสโรคอย่างใกล้ชิดติดต่อกันนานๆ มีโอกาสป่วยเป็นโรคเรื้อนเพิ่มขึ้น และเพิ่มมากขึ้น ถ้าสัมผัสโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อน ชนิดติดต่อกัน โดยอาจสูงเพิ่มขึ้น 4-10 เท่า

4.2 อายุ พบได้ทุกกลุ่มอายุ แต่จะพบน้อยมากในเด็กแรกเกิด อาจเป็นเพราะมีภูมิคุ้มกันโรคถ่ายทอดจากมารดา หรือเพราะโรคมีระยะฟักตัวนานหรือทั้งสองปัจจัยร่วมกัน

4.3 เพศ พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง

4.4 เชื้อชาติ ชนชาติผิวขาว (Caucasian) เป็นโรคได้ง่ายที่สุด รองมาเป็นคนผิวเหลือง (Mongolian) อินเดีย และนิโกร ตามลำดับ

4.5 ประวัติการติดเชื้อ Mycobacterium อื่นๆ การติดเชื้อ Mycobacterium ชนิดอื่น รวมทั้งเชื้อวัณโรค มีบทบาทต่อการเกิดโรคเรื้อน โดยอาจมี antigenic overlap ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ ยังพบว่าการฉีดวัคซีน บีซีจี มีผลต่อการป้องกันโรคได้บางส่วน จากการศึกษา พบว่า ผลการป้องกันโรคเรื้อนโดยวัคซีนบีซีจี มีความผันแปรแตกต่างกันมากในพื้นที่ภูมิศาสตร์แตกต่างกัน

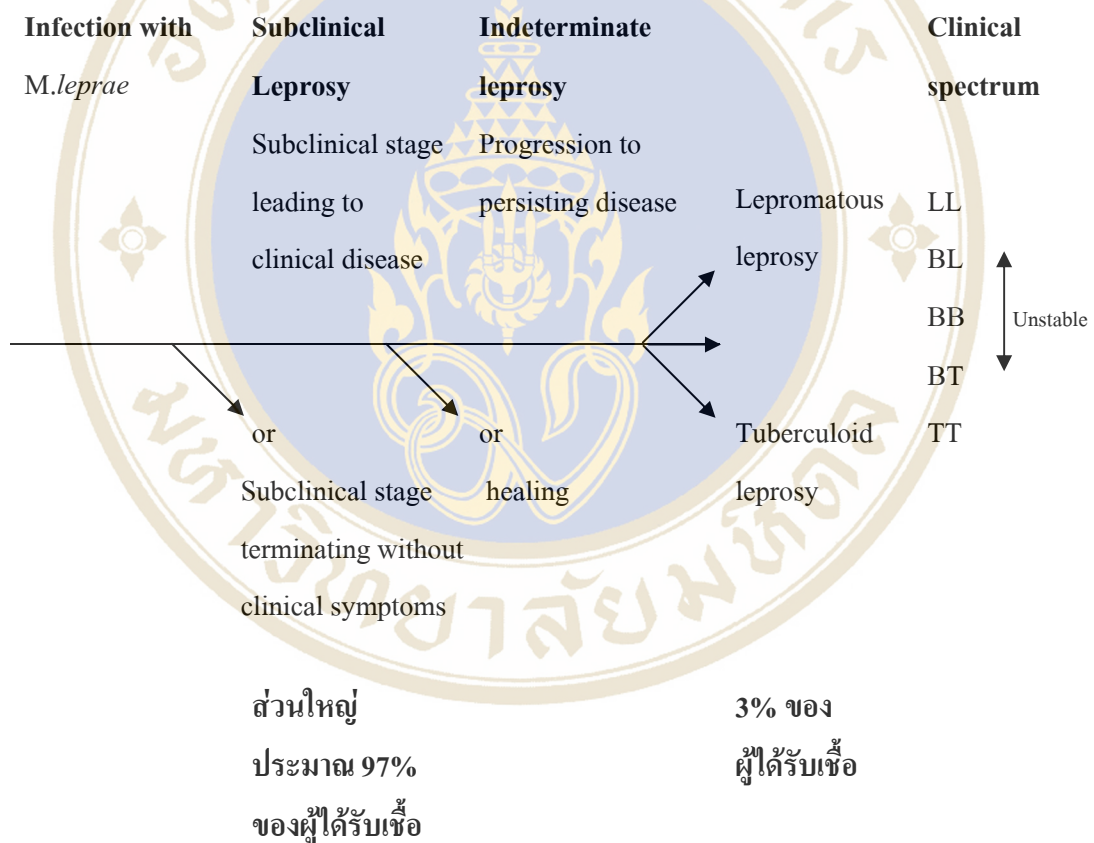
4.6 พันธุกรรม โรคเรื้อนไม่ได้ติดต่อถ่ายทอดทางพันธุกรรม แต่ปัจจัยทางด้าน Genetic ในระบบ Histocompatibility complex (HLA) มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเป็นตัวกำหนดชนิดของโรค (type of Leprosy) พบว่า gene HLA-DR₂ และ DT₃ เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเรื้อนชนิด Tuberculoid และ HLA-DQ₁ เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อน Lepromatous

4.7 การกระจุกตัวเป็นหย่อมๆ ของโรคเรื้อน (Clustering) การกระจายของโรคเรื้อนจะไม่สม่ำเสมอ โดยมีลักษณะการกระจุกตัวในบางพื้นที่ ซึ่งพบอย่างชัดเจนในพื้นที่ๆ ความชุกโรคต่ำ ลักษณะดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการกำหนดรูปแบบ และการแปลผลการสำรวจโรคเรื้อนได้

5. อาการ การวินิจฉัย และการจำแนกชนิด

โรคเรื้อน เป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการทางคลินิกได้ต่าง ๆ กัน รอยโรคที่ผิวหนังอาจเป็นเพียงวงดำขนาดเล็ก ซึ่งหายได้เอง จนถึงตุ่มและผื่นกระจายทั่วร่างกาย อาการและอาการแสดงของ

โรคเกี่ยวข้องกับการตอบสนองของภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (cell mediated immunity: CMI) ที่จำเพาะต่อเชื้อโรคเรื้อน เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ถ้าภูมิคุ้มกันของผู้ที่ได้รับเชื้อสูง T- Lymphocyte จะสามารถค้นหาและทำลายเชื้อโรคเร็ว ก่อนที่จะเกิดพยาธิสภาพ ทำให้ไม่เกิดอาการโรคเรื้อน หรือในทางตรงกันข้าม หากภูมิคุ้มกันต่อโรคเรื้อนต่ำหรือมีข้อบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน CMI T- Lymphocyte ไม่สามารถค้นหาและทำลายเชื้อได้ จึงทำให้เชื้อแบ่งตัวได้จำนวนมากขึ้น และเกิดพยาธิสภาพ มากขึ้นจนเกิดอาการโรคเรื้อนได้ แต่การเกิดอาการโรคเรื้อนผู้สัมผัสเชื้อจะพบว่าโดยมีเพียงส่วนน้อย คือ ประมาณไม่เกิน 5% ของผู้ที่ได้รับเชื้อเท่านั้นที่จะป่วยเป็นโรค เมื่อได้รับเชื้อ การปรากฏอาการ และ Evolution ของรอยโรค สรุปเป็นแผนภูมิได้ ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 การดำเนินของโรคหลังได้รับเชื้อ *Mycobacterium leprae*

ที่มา : Robert C. Hastings; 1994, p: 89.

6. ลักษณะอาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคเรื้อน คือ

6.1 อาการทางผิวหนัง รอยโรคที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน แยกได้เป็น 2 กลุ่ม

คือ

6.1.1 วงคางขาว ผื่นวงแหวน ผื่นวงแดงราบ หรือผื่นนูนแดง พบกระจายในส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ผื่นเหล่านี้มักตรวจพบอาการชาร่วมด้วย

6.1.2 ตุ่มและผื่นนูนแดงขนาดต่างๆ จำนวนมาก กระจายทั่วร่างกาย ไม่มีอาการคัน ผื่นลักษณะนี้ส่วนใหญ่จะตรวจพบเชื้อโรคเรื้อน จากระอยโรคโดยการกรีดผิวหนัง (slit skin smear)

6.2. อาการเนื่องจากเส้นประสาทถูกทำลาย เชื้อโรคเรื้อนสามารถทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังนี้

6.2.1 เส้นประสาทรับความรู้สึก (sensory nerve) ถูกทำลาย ทำให้เกิดอาการชาพบได้ที่บริเวณรอยโรคผิวหนัง กระจุกตา หรือที่ฝ่ามือฝ่าเท้า แล้วแต่กรณี

6.2.2 เส้นประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (motor nerve) ถูกทำลาย ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต

6.2.3 เส้นประสาทอัตโนมัติ (autonomic nerve) ที่ควบคุมหลอดเลือดแดงทำให้ผิวหนังแห้ง เหงื่อไม่ออก และแผลตายตามฝ่าเท้ารวมทั้งกระดูกเท้าหดรัดลงพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในเส้นประสาท อาจทำให้ตรวจพบเส้นประสาทโตได้ เส้นประสาทที่มักจะถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน คือ เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้า ตา มือ และเท้า

โรคเรื้อนเป็นโรคที่สามารถวินิจฉัยได้ไม่ยากนัก เพียงอาศัยการแสดงอาการทางคลินิก ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างง่าย ๆ กล่าวคือการตรวจลักษณะรอยโรคร่วมกันทดสอบอาการชา ซึ่งจะพบได้ในกรณีที่โรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย หรือโดยการตรวจพบเชื้อจากผื่นตุ่มที่พบกระจายในโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก

7. การจำแนกชนิด (Classification)

เนื่องจากโรคเรื้อนมีอาการแสดงทางผิวหนังและเส้นประสาท ตลอดจนความรุนแรงของโรคแตกต่างกันได้มาก การจำแนกชนิดจึงมีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ทางระบาดวิทยา การวางแผนการรักษา การทำนายโรค และการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความพิการ ปัจจุบันใช้วิธีจำแนกชนิดโดยดัดแปลงจาก Ridley & Jopling's classification ปี ค.ศ. 1966 ซึ่งจำแนกตามภูมิคุ้มกันต่อโรคเรื้อนของผู้ป่วยลักษณะและการกระจายของรอยโรคที่ผิวหนังร่วมกับผลการตรวจเชื้อ สรุปรวมโดยย่อดังนี้

ตารางที่ 1 การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน

อาการแสดง	ชนิดของโรค					
	I	TT	BT	BB	BL	LL
รอยโรคที่	วงดำ	วงดำ	วงดำ หรือ	วงแหวน	วงแหวน	ผื่นนูน
ผิวหนัง	สีจาง	หรือผื่นนูน	ผื่นนูนแดง	ขอบนูน	และผื่นหรือ	หนาและ
1. ลักษณะ		แดง ผิว	ผิวแห้ง เหงื่อ	หนา ผิว	ตุ่มแดงเป็น	ตุ่มแดง
		แห้งเหื่อ	ไม่ออก	เป็นมัน	มัน	เป็นมัน
		ไม่ออก				
2. ขอบเขต	ไม่ชัดเจน	ชัดเจน	ชัดเจนแต่ไม่	ขอบนอก	ไม่ชัดเจน	ไม่ชัดเจน
			เรียบ และ	ลาดเท		
			อาจพบตุ่ม	และไม่		
			เล็กกระจาย	ชัดเจน		
			จากผื่นใหญ่			
3. จำนวน	น้อย (1-3)	น้อย (1-3)	ไม่แน่นอน	ไม่แน่นอน	มาก	มากมาย
4. 4.การ	ข้างเดียว	ข้างเดียว	ข้างเดียว	ข้างเดียว	สองข้าง	สองข้าง
กระจาย	ของ	ของ	หรือสองข้าง	หรือสอง	ของร่างกาย	ของ
	ร่างกาย	ร่างกาย	ของร่างกาย	ข้างของ	แต่ไม่	ร่างกาย
				ร่างกาย	สมมาตร	และ
						สมมาตร
5. อาการชาที่	ชาไม่	ชาชัดเจน	ชาชัดเจน	ชาไม่	ชาเฉพาะผื่น	ไม่ชา
รอยโรค	ชัดเจน			ชัดเจน	ขนาดใหญ่ ,	
					ผื่นวงแหวน	
เส้นประสาท	ไม่โต	โต	โต	โต	มักจะโต	มักจะโต
						ในระยะ
						หลัง
การตรวจเชื้อ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบหรือ	พบปาน	พบมาก	พบมากมาย
โรคเรื้อน			พบไม่มาก	กลาง	(3+ ถึง 5+)	(4+ ถึง 6+)
			(1-2+)	(1+ ถึง 3+)		

ในทางปฏิบัติ เพื่อให้การจำแนกชนิดจากลักษณะอาการทางคลินิกง่ายขึ้น และใช้ประโยชน์ในการวางแผนการรักษา และการดำเนินงานควบคุมโรค จึงจำแนกผู้ป่วยเป็น 2 ประเภท คือ

7.1 โรคเรื้อนประเภทเชืื่อน้อย (Paucibacillary leprosy: PB) หมายถึง โรคเรื้อนชนิด Indeterminate (I) Tuberculoid (TT) Borderline Tuberculoid (BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อ และมีรอยโรค จำนวน 1-5 รอยโรค

7.2 โรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB) หมายถึง โรคเรื้อนชนิด Borderline Tuberculoid (BT) ที่ตรวจพบเชื้อ หรือมีรอยโรคจำนวนมากกว่า 5 รอยโรคกระจายอยู่ สองข้างของร่างกาย Borderline (BB) Borderline Lepromatous (BL) Lepromatous (LL)

8. การรักษา

วัตถุประสงค์ของการรักษา เพื่อรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากโรคและไม่เกิดความพิการ และเพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อในชุมชน

ในปี พ.ศ. 2525 องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ใช้วิธีการรักษาโรคเรื้อนด้วยยาผสมระยะสั้น (Multidrug Therapy: MDT) คือ การใช้ยารักษาโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพสูงหลายชนิดร่วมกัน เพื่อเร่งการทำลายเชื้อและป้องกันการดื้อยา เนื่องจากอุบัติการณ์เชื้อโรคเรื้อนดื้อต่อยา แดปโซน ในขณะนั้นสูงขึ้นเรื่อยๆ แผนการรักษานี้จำแนกผู้ป่วยเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทเชืื่อน้อย (PB) และประเภทเชื้อมาก (MB) ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษา คือ Rifampicin, Clofazimine และ Dapsone และกำหนดให้ใช้ระยะเวลาแน่นอนในการรักษา (fixed duration of treatment)

ผู้ป่วยประเภทเชืื่อน้อย (PB) 6 เดือน (รับยาประจำเดือนครบ 6 ครั้ง ในระยะเวลา 9 เดือน)

ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (MB) 24 เดือน (รับยาประจำเดือน ครบ 24 เดือน ในระยะเวลา 36เดือน)

9. อาการที่แสดงว่าเส้นประสาทส่วนปลายเริ่มถูกทำลาย คือ

- 9.1 การรับรู้ความรู้สึกบนฝ่ามือ ฝ่าเท้าลดลง หรือกระจกตาชา
- 9.2 กล้ามเนื้อ ตา มือ เท้า อ่อนกำลังลง
- 9.3 ผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้าแห้ง เหงื่อไม่ออก

การตรวจโดยการตรวจการรับรู้ความรู้สึกของเส้นประสาทส่วนปลาย และการตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ หากตรวจพบการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเหล่านี้ตาม 10.1-10.3 เกิดขึ้นภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน และได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจะไม่เกิดความพิการ

วิธีการตรวจโรคเรื้อนด้วยตนเอง

โรคเรื้อนมีอาการทางผิวหนังใช้เวลานาน 3 - 5 ปี บางรายนานถึง 12 ปี วิธีป้องกันการเกิดลุกลามของโรคและเกิดความพิการมากขึ้นที่ดีที่สุดในการป้องกันความพิการจากโรคเรื้อนคือควรหมั่นตรวจร่างกายด้วยตัวเองทุก 2 เดือน เพื่อค้นหาอาการโรคเรื้อนและความพิการที่เกิดขึ้นให้พบแต่เนิ่นๆ เพื่อรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและป้องกันมิให้พิการมากยิ่งขึ้น โดยคัดแปลงมาจากสมาคมแพทย์ผิวหนังอเมริกัน (American Academy of Dermatology ในประวัติ พิศาลบุตร, 2550)

สิ่งที่ต้องเตรียม

1. ห้องที่มีแสงสว่างพอ
2. กระจกบานใหญ่พอที่จะมองได้ทั้งตัว
3. กระจกที่ใช้มือถือได้

วิธีการตรวจร่างกายด้วยตนเอง

1. ทำโดยยืน (ไม่สวมใส่เสื้อผ้า) หน้ากระจกบานใหญ่นั้น มองดูผิวหนังทั่วร่างกายเริ่มตั้งแต่ใบหน้า ด้านหน้าของแขน ออก และท้อง
2. ดูบริเวณหลัง ด้านหลังของคอ ด้านหลังของแขน มือ ก้น บริเวณด้านหลังของขา ถ้าเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่เป็นมานานกว่า 2 เดือน มีอาการชา ไม่คัน รักษาด้วยยากิน หรือยาทาไม่ดีขึ้น ผื่นหรือวงด่าง บริเวณผิวหนังแห้ง เหงื่อไม่ออก ขนร่วง ผื่นหรือตุ่มนูนแดง ผิวอึดน้ำเป็นมันเงาที่ไม่น่าคัน ตุ่มกดเจ็บตามใบหน้าแขนขาลำตัว (ธีระ งามสุต, 2544: 237)
3. สังเกตอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อ ตา หลับตาไม่สนิท มือ พบมีกล้ามเนื้อหมอนมือ ลิบเหี่ยว อ่อนแรงมือหิบบของไม่สนิท หล่น มีอาการนิ้วงอ นิ้วงอ ยงเหยียดไม่ออก ข้อมือตลก อาการชาที่ฝ่ามือ (สังเกตจากการจับของร้อน เย็น ความรู้สึกจากการสัมผัสลดลง) ข้อเท้าตลก เท้า เป็นแผลเรื้อรังที่เท้า (ธีระ งามสุต, 2544: 237) ถ้าพบความผิดปกติดังที่กล่าวไปแล้วต้องรีบไปเข้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสม (MDT) ซึ่งสามารถ รักษาหายขาดได้และไม่พิการ ถ้ามารับการรักษาในระยะเริ่มต้นในผู้ป่วยเลโปมาตัสให้สังเกตเยื่อจมูกหนาหายใจไม่สะดวก จะมีเลือดหนองออกมาซึ่งแพร่โรคได้ทางละอองลมหายใจ

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพตนเอง ทั้งนี้การส่งเสริมสุขภาพเป็นการดำเนินงานที่จะพยายามจะให้นุคคลทุกกลุ่มวัยเห็นความสำคัญและตระหนัก ในเรื่องการสร้างสุขภาพที่ดี ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัว และชุมชน มีความพร้อมในการปฏิบัติตนในการรักษาสุขภาพ ตลอดจนการปกป้องสุขภาพจากการกระทำหรือปัจจัยที่เป็นภัย หรืออันตรายภายนอกร่างกาย ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการสื่อสารเพื่อ โน้มน้าวชักจูงใจ การสร้างกระแสสังคม สร้างค่านิยมด้านสุขภาพ สร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างความเข้าใจร่วมกัน โดยเฉพาะในเรื่องของการป้องกัน การจัดการสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพ การเมืองและสังคม เพื่อสนับสนุนสุขภาพของบุคคลที่พึงประสงค์

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพในภาครัฐนั้น สำนักส่งเสริมสุขภาพให้คำจำกัดความว่า เป็นกระบวนการสร้างศักยภาพของบุคคลในการพัฒนาสุขภาพของตนเองให้เต็มศักยภาพ เพื่อการบรรลุสู่สุขภาพดีทุกมิติ โดย “การส่งเสริมสุขภาพ” ความหมายสองประการ ประการแรก คือความสมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มเด็กวัยรุ่นและเยาวชน กลุ่มทำงาน และสูงอายุ ให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ แบบองค์รวม และอีกประการหนึ่ง เป็นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม และพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นที่การปรับบทบาทของประชาชนและชุมชน องค์การส่วนท้องถิ่นและบทบาทในภาครัฐที่จะร่วมกันสร้างกระบวนการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนบรรลุการมีสุขภาพดี

สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพเป็นแนวคิดในแนวเดียวกันกับคำว่า สร้างสุขภาพ พัฒนามาจากรากฐานของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมุ่งเน้นกลยุทธ์กิจกรรมภาครัฐ หรือการรวมพลังสร้างสุขภาพแต่การสร้างเสริมสุขภาพมุ่งเน้นการสร้างประชาคมที่เข้มแข็งเพื่อสร้างสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพล้วนมีที่มาจากยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพองค์การอนามัยโลก ซึ่งได้จัดประชุมการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติครั้งที่ 1 ในปี 2529 ณ เมืองออตตาวา (Ottawa) ประเทศแคนาดา โดยมีสาระสำคัญของ ปฏิญญาออตตาวา เรียกร้องให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกสนใจ การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาการสาธารณสุข สู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า สาระสำคัญดังนี้

1. การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build health public policy) หมายถึงผู้กำหนดนโยบายจะต้องพิจารณาประเด็นสุขภาพทุกระดับ
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสุขภาพ (Create supportive environment for health) การประเมินอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพอันเนื่องมาจาก

สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะทางด้านเทคโนโลยี การทำงาน การผลิตพลังงาน และการเผยแพร่ขยายประชากรไปยังเขตชนเมือง

3. การสร้างประชาคมที่เข้มแข็ง (Strength Community Action or Empowerment) โดยให้โอกาสประชาคมตัดสินใจด้วยตนเอง กำหนดเป้าหมายโดยลำดับความสำคัญด้วยตนเอง วางแผนกลยุทธ์ และทำให้บรรลุเป้าหมาย คือ ประชาคมมีสุขภาพดี

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skill) สิ่งนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มทางเลือกให้บุคคลมีความสามารถควบคุมดูแลสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยนี้เป็นการสร้างศักยภาพส่วนบุคคล เพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นจะต้องถ่ายทอดในครอบครัว โรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชน

5. การปรับเปลี่ยนทิศทางการบริการทางด้านสุขภาพ (Reorient health service) ทุกคนจะต้องรับผิดชอบเกี่ยวกับการบริการทางด้านส่งเสริมสุขภาพ บุคคล ประชาคม กลุ่มผู้ทำงานทางด้านสุขภาพ สถาบันการบริการสุขภาพ และรัฐบาล ทั้งหมดนี้จะต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุถึงระบบการดูแลสุขภาพที่ดี การปรับเปลี่ยนบริการด้านสุขภาพจำเป็นที่จะต้องมีข้อมูลการวิจัย และการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษา และการฝึกอบรมของผู้ที่ทำงานทางด้านสุขภาพ

ต่อมา ได้มีการจัดประชุมนานาชาติ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพโลก (Global Conference on - Health Promotion) เป็นระยะ คือ

การประชุมครั้งที่ 2 ณ เมืองอาดิเลด (Adelaide) ประเทศออสเตรเลีย ปี 2531 สำคัญเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อให้เกิดกระแสผลักดันในระดับสูงของประเทศ เป็นนโยบายทางการเมือง การวางแผนและเป้าหมายทางด้านสาธารณสุข ให้มีการลงทุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และให้มีความเสมอภาคครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม

การประชุมครั้งที่ 3 ณ เมืองซุนด์สวอลล์ (Sundswall) ประเทศสวีเดน ปี 2534 สำคัญเกี่ยวกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากประเทศในทศวรรษที่ 80 ประสบปัญหาวิกฤตด้านสิ่งแวดล้อม จึงจำเป็นต้องเน้นการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Supportive Environment for Health)

การประชุมครั้งที่ 4 ณ กรุงจาการ์ตา (Jakarta) ประเทศอินโดนีเซีย ปี 2540 สำคัญเกี่ยวกับภาวการณ์ใหม่สำหรับยุคใหม่ การประชุมครั้งนี้ได้กำหนด “วิถีสู่สุขภาพดี บทบาทใหม่ในยุคของทุกคน”

การประชุมครั้งที่ 5 ที่เมืองเม็กซิโกซิตี (Mexico City) ประเทศเม็กซิโก ปี 2543 สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมทั้งขยายบทบาทการดำเนินงานร่วมกันทุกระดับ ตั้งแต่นานาชาติ ประเทศ ไปจนถึงระดับท้องถิ่น และทุกกลุ่มประชาชนในสังคม

การประชุมครั้งที่ 6 ณ กรุงเทพฯ ประเทศไทย สำคัญคือ ยุทธศาสตร์ของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพโลก ทุกภาคส่วนของสังคมและทุกพื้นที่ที่ต้องร่วมมือกันดังนี้

1. การชี้นำ (Advocacy) เพื่อสุขภาพโดยตั้งบนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนและภราดรภาพ
2. การลงทุน (Invest) เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และเพื่อการดำเนินงาน ตลอดจนการจัดโครงสร้างพื้นฐานที่จะจัดการกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดด้านสุขภาพ
3. การสร้างศักยภาพ (Build capacity) เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน สร้างภาวะผู้นำ พัฒนาทักษะส่งเสริมสุขภาพ การถ่ายทอดความรู้และศึกษาวิจัย ตลอดจนมีความแตกฉานด้านสุขภาพ
4. การออกระเบียบ กฎ กฎหมาย (Regulate and legislate) เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองจากภัยอันตราย และมีโอกาสที่มีสุขภาพดีเท่ากัน
5. การสร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตร (Partner and build alliances) ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน

โดยสรุป การประชุมด้านการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก เป็นเรื่องการสร้างตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพและสังคมที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน บทบาทภาคีต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและการระดมความร่วมมือจากภาคเอกชนในการส่งเสริมสุขภาพ การประสานพลังของภาคีเพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือของทุกฝ่าย และทุกระดับ ในการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองให้สมบูรณ์ทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ สังคม และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ทั่วถึงกัน ทั้งนี้ จะมีการติดตามผลการดำเนินงานของแต่ละภาคส่วน และทุกประเทศไปรายงานและร่วมกันพัฒนากระบวนการทำให้ได้ผลยิ่งขึ้น ในการประชุมส่งเสริม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เป็นการจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน เพื่อมุ่งหวังให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และบรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตรหรือแผนการสอน ตลอดจนกระบวนการ วิธีการ และกิจกรรมต่างๆ ที่นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

การจัดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม เป็นการจัดกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน เพื่อมุ่งหวังให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และบรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตรหรือแผนการสอน กิจกรรมที่จัดร่วมกันได้แก่ การตัดสินใจ และร่วมกันรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำร่วมกัน ที่ผู้สอนพยายามให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้

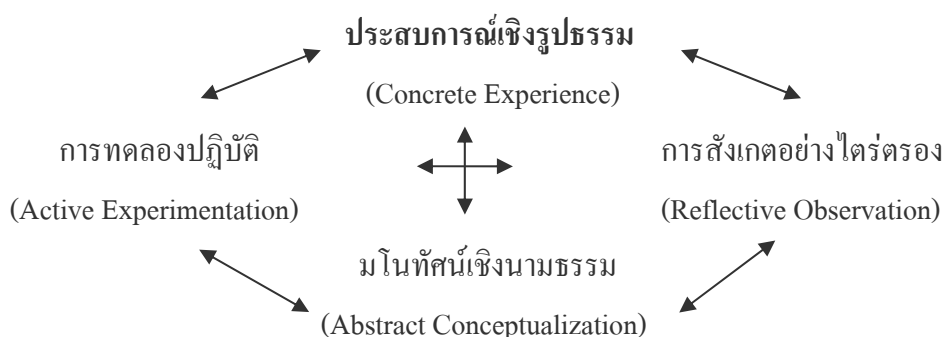
ตามแนวคิดของนักปรัชญากลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic) โดยมีความเชื่อและความเห็นว่าศักดิ์ศรีและความสามารถในการกำหนดชะตาชีวิตด้วยตัวของบุคคลเอง เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและให้ความสำคัญกับอารมณ์ จิตใจ และความรู้สึก

กลุ่มนักปรัชญาการศึกษา (Deweyian) ได้เริ่มใช้วิธีการเรียนรู้จากการกระทำ (Learning by Doing) ซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่การดึงความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปแบบของการเรียนรู้ที่เรียกว่า Active Learning ผู้เรียนจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหามากขึ้น และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ในเวลาต่อมาได้มีการพัฒนาเป็นรูปแบบของการเรียนรู้โดยการแก้ปัญหา (Problem Solving) และการเรียนรู้โดยร่วมมือกัน (Cooperative Learning) เช่น รูปแบบการสอนที่เรียกว่า Problem Base Learning (PBL) ซึ่งเป็นการยกปัญหาจากกรณีตัวอย่าง หรือสถานการณ์แล้วให้ผู้เรียนช่วยกันวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนแก้ไข

ต่อมาในปี ค.ศ. 1984 ได้มีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ (Learning Process) รูปแบบใหม่ที่เรียกว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) ซึ่ง เดวิด เอ โคลบ์ (David A. Kolb, 1984) ได้เสนอว่าประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้และการพัฒนาตามรูปแบบของโคลบ์ โมเดล เป็นวงจรของการเรียนรู้ ซึ่งการได้รับความรู้ ทักษะ และทักษะ จะอยู่ในกระบวนการ 4 องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ดังนี้

1. ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience)
2. การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation)
3. มโนทัศน์เชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization)
4. การทดลองปฏิบัติ (Active Experimentation)

จากองค์ประกอบดังกล่าว สามารถเขียนเป็นวงจรได้ ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ์ (Kolb's Model)

ที่มา : David A. Kolb; 1991, p: 59.

ตามแนวคิดของโคลบ์ (Kolb) มุ่งสอนให้ผู้เรียน เรียนเพื่อเรียนรู้ เนื่องจากมีจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ คือ บุคคลได้พัฒนาความสามารถจากองค์ประกอบหลัก ทั้ง 4 ประการ ซึ่งจะพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดสิ่งต่อไปนี้

1. พัฒนาการคิดที่ซับซ้อน (Cognitive Complexity)
2. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Critical Thinking)
3. เข้าใจในเนื้อหาความรู้ (Content Knowledge)
4. มีแรงจูงใจในการเรียน (Motivation to Learn)
5. มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Ability)
6. สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ปรับเปลี่ยนในการทำงานได้ง่ายขึ้น (Easier Transition to Work)

จากรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experimental Learning) ของโคลบ์ ได้มีนักการศึกษาและนักฝึกอบรม ได้นำรูปแบบนี้ไปใช้ในการสอนในห้องเรียนทั้งระดับมัธยมและอุดมศึกษา ตลอดจนการจัดการศึกษาในผู้ใหญ่และฝึกอบรมต่าง ๆ ซึ่งการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรม (Active Learning) และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางนั้นมีหลายชื่อ เช่น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning), การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม (Prior Learning) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ที่จะกล่าวถึงนี้ เป็นการเรียนรู้ที่ ดร.ดีเจ นิโคล (Dr. D.J. Nicole) นักฝึกอบรมเชื่อว่าเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ ในการ พัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติได้ดีที่สุด เนื่องจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้เรียนต้องมีการแสดงความคิดเห็น และช่วยกันทำงานกลุ่ม ฉะนั้นผู้เรียนต้องปรับบทบาทตัวเองจากการเป็นผู้รับความรู้เป็นผู้ที่มีการเตรียมตัวในการรับความรู้ โดยการที่ผู้เรียนได้ศึกษาค้นคว้าบ่อย ๆ จะฝึกให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self learning) และขยายเป็นการเรียนรู้ร่วมกันในองค์กรหรือชุมชน (Organization and community learning) โดยผ่านการสังเคราะห์จากผลวิเคราะห์ของการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบที่เรียกว่า Meta analysis จนได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เพราะในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นั้น ผู้เรียนทุกคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมาจะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุดหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ด้นั้น ต้องผ่านกระบวนการกลุ่ม ความสำคัญของกระบวนการกลุ่มคือ ทุกคนมีความจำกัในเรื่องพลัง มี

ความแตกต่างทางสติปัญญา และต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ฉะนั้นการให้ผู้เรียนได้ทำงานเป็นกลุ่ม จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำในสิ่งที่ยากหรือไม่เคยทำมาก่อนได้ด้วย ความมั่นใจ โดยเฉพาะในการฝึกอบรม ที่อาจจะจำกัดด้วยเวลา

ทั้งนี้เพื่อมุ่งเน้นในการพัฒนาศักยภาพภายในของตัวบุคคลให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง และตระหนักถึงความสำคัญของบทบาท หน้าที่ของตนในสังคมซึ่งสอดคล้องกับวิธีการที่นำมาใช้ในการจัดการศึกษาเพื่อปวงชน ที่ อลิสศรา ซุซาดิ (2538) สรุปไว้ดังนี้

1. การใช้ประสบการณ์ของบุคคล (People's Experience) โดยเริ่มต้นด้วยประสบการณ์ของผู้เรียนและถือว่าประสบการณ์ของผู้เรียนนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง
2. วิทยากร และผู้เรียนมีความสำคัญเท่ากัน ทั้งวิทยากร และผู้เรียนจะสร้างความสัมพันธ์โดยการสื่อสารกันอย่างแท้จริง มีการแลกเปลี่ยนที่เท่าเทียมกัน
3. ผู้เรียนจะต้องมีความกระตือรือร้นและมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน
4. บุคคลเรียนรู้ได้ดีที่สุดจากกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นจริงนำไปสู่การคิดร่วมกัน การดำเนินงานร่วมกัน
5. การมุ่งพัฒนาความคิดเชิงวิพากษ์ให้บุคคลรับรู้สิ่งต่างๆ และสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นจริงได้
6. ต้องมีการติดตามผลโดยภายหลังที่สมาชิกกลุ่มได้ช่วยกันวิเคราะห์ปัญหาแล้วกลุ่มสามารถที่จะตัดสินใจได้ว่าจะทำอะไรต่อไป และทักษะอะไรที่จำเป็นที่จะต้องนำมาใช้ในการแก้ปัญหา
7. วิธีการศึกษาเพื่อปวงชนนี้จะกระตุ้นให้กลุ่มสามารถได้รู้จักคำถามต่อสิ่งที่ตนอยู่ ต่อสิ่งที่ได้ดำเนินมาชั่วระยะเวลาหนึ่ง โดยเชื่อว่าถ้าบุคคลได้รับการพัฒนาศักยภาพ และได้รับมอบแล้วบุคคลสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพัฒนาสภาพความเป็นอยู่ของชีวิตให้ดีขึ้นได้
8. วิธีการนี้มีผลหลายประการ ผู้เรียนสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นวิทยากรได้ และวิทยากรหรือผู้สอนไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในวิธีการนี้ ผู้เรียนสามารถที่จะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้และเล่าสู่ให้ผู้อื่นฟัง ตลอดจนนำไปใช้กับกลุ่มอื่นๆ ได้
9. ต้องมีความยืดหยุ่น เนื้อหาการอบรมสามารถเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มหรือเปลี่ยนแปลงได้เพื่อความต้องการของกลุ่มเปลี่ยนไป
10. หลักสูตรการอบรม หรือโปรแกรมการอบรมจะต้องมีโครงสร้าง มีเป้าหมายที่ชัดเจน ตลอดจนกระบวนการ วิธีการ และกิจกรรมต่างๆ ที่นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่าง คือ

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)
2. กระบวนการกลุ่ม (Group Process)



แผนภูมิที่ 3 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีลักษณะที่สำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ทำทหายอย่างต่อเนื่องและเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) คือผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลาไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง

5. อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูดหรือการเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ความรู้

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

1. ประสบการณ์ (Experience) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ เชื่อมโยงหรืออธิบายประสบการณ์หรือเหตุการณ์ใหม่ แล้วนำไปสู่การคิดเพื่อหาข้อสรุปใหม่หรือองค์ความรู้ใหม่

การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ในองค์ประกอบนี้ ก็คือการกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ดึงเอาประสบการณ์ที่มีอยู่ในตัวผู้เรียนออกมาแลกเปลี่ยนระหว่างกัน เท่ากับเป็นการรวบรวมมวลประสบการณ์ที่หลากหลายจากแต่ละคนเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้สิ่งใหม่ร่วมกัน

2. การสะท้อนความคิดและการถกเถียง (Reflect and Discussion) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง เป็นองค์ประกอบที่ให้ผู้เรียนวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประมวลประสบการณ์ข้อมูลหรือข่าวสารต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถ่องแท้ชัดเจนในประเด็นต่างๆ

การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ในองค์ประกอบนี้ก็คือ การกำหนดประเด็นให้ผู้เรียนได้คิด ได้สะท้อนความคิด โดยเล่าความคิดเห็นของตนเองให้ผู้อื่นได้รับรู้ และอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันให้ลึกซึ้งพอที่จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนหรือเกิดข้อสรุปหรือเกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่

3. เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (Understanding and Conceptualization) ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและนำไปสู่ความคิดรวบยอด อาจเกิดขึ้นโดยผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วผู้สอนช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์หรือในทางกลับกัน ผู้สอนเป็นผู้นำทางและผู้เรียนเป็นผู้สานต่อ จนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

การออกแบบกิจกรรมที่ทำให้เกิดความคิดรวบยอดอาจมาจากหลาย ๆ ทาง เช่น จากการฟังบรรยายของผู้สอน การได้ดูวีดิทัศน์ การอ่านจากเอกสาร ตำรา การสะท้อนความคิดและอภิปรายในกลุ่ม เป็นต้น

4. การทดลอง หรือประยุกต์แนวคิด (Experiment/Application) โดยผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของผู้เรียนเอง

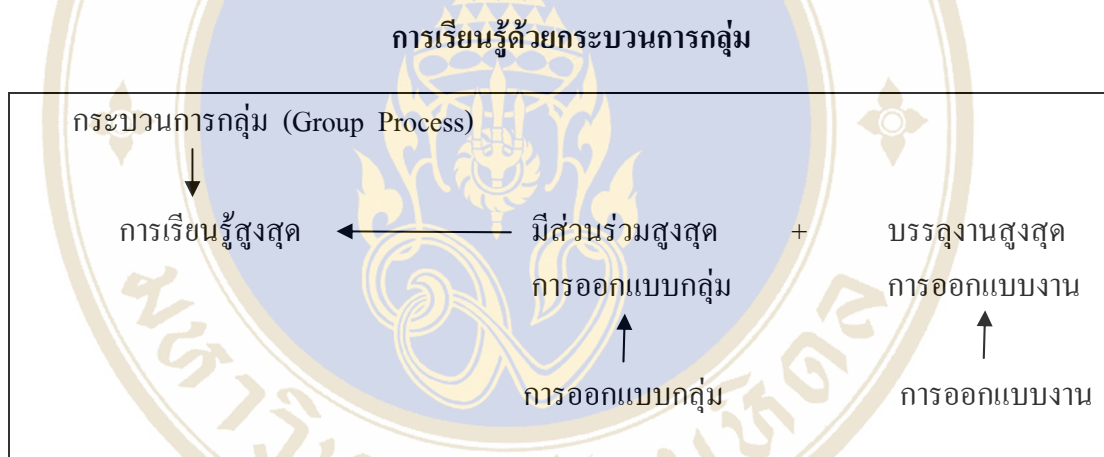
องค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ์ (Kolb's Model) ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการจะเป็นไปอย่างพลวัต (Dynamic) โดยอาจเริ่มต้นจาก

จุดใดจุดหนึ่ง และเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ดังนั้นในแง่ของการเรียนการสอน จึงอาจเริ่มต้นที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่สำคัญที่การจัดกระบวนการให้ครบทุกองค์ประกอบ

การสอนในลักษณะดังกล่าวนอกจากจะเป็นพื้นฐานของการสอนในด้านพุทธิพิสัย โดยมุ่งเน้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิจารณ์แล้วยังเป็นพื้นฐานในการสอนในด้านจิตพิสัย และทักษะพิสัยด้วย

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบไปกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์แล้ว กระบวนการกลุ่มจะช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และบรรลุงานสูงสุด



แผนภูมิที่ 4 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; หน้า 16.

การเรียนรู้สูงสุด

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม มีหลักสำคัญคือ ต้องการให้เกิดการเรียนรู้สูงสุด โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมมากที่สุดในทุกๆ องค์ประกอบก็คือ การแบ่งปันประสบการณ์ การได้สะท้อนความคิดและถกเถียง การสรุปความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิด และในทุกองค์ประกอบนั้นจะต้องเกิดการเรียนรู้สูงสุดหรืออาจกล่าวไว้ว่าผู้เรียนจะสามารถมีส่วนร่วมสูงสุด หรือได้ร่วมกิจกรรมการสอนได้มากที่สุดนั้นขึ้นอยู่กับที่การออกแบบขนาดของกลุ่มหรือจำนวนสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งขนาดของกลุ่มจะเล็กหรือใหญ่ขึ้นอยู่กับชนิดของงาน และความยากง่ายของงาน

ส่วนการบรรลุงานสูงสุด หรือการที่ผู้เรียนสามารถทำงานได้บรรลุจุดมุ่งหมาย หรือในทางการศึกษาเรียกว่า บรรลุจุดประสงค์การเรียนรู้ นั้นย่อมขึ้นอยู่กับวิธีการออกแบบงาน ซึ่งก็คือ กิจกรรมที่ผู้สอนกำหนดขึ้นแล้วเขียนอธิบายลงในใบงาน หรือใบกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เข้าใจชัดเจนและลงมือปฏิบัติได้

การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation)

การมีส่วนร่วมสูงสุดเกิดจากการออกแบบกลุ่มที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ กลุ่มแต่ละประเภทจะมีข้อดี และข้อจำกัดที่ต่างกัน เช่น บางประเภทเอื้ออำนวยให้มีส่วนร่วมได้มาก แต่อาจขาดความหลากหลายของแนวคิด จึงเหมาะสำหรับเวลาที่ผู้สอนต้องการให้เกิดการแสดงออกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากประสบการณ์โดยยังไม่ต้องการข้อสรุป รายละเอียดของกลุ่มแต่ละประเภทข้อบ่งชี้และข้อจำกัด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2542) ปรากฏในตารางต่อไปนี้

การจัดกลุ่มประเภทต่างๆ เพื่อการมีส่วนร่วมสูงสุด

ประเภทกลุ่ม	ความหมาย	ข้อบ่งชี้	ข้อจำกัด
กลุ่ม 2 คน (Pair Gr.)	ให้นักเรียนจับคู่กันทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย	ต้องการให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการออกความเห็นหรือปฏิบัติ	ขาดความหลากหลายทางความคิดและประสบการณ์
กลุ่ม 3 คน (Triad Gr.)	ให้นักเรียนจับกลุ่ม 3 คน แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ชัดเจนและหมุนเวียนบทบาทกันได้	ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามบทบาท และสามารถเรียนรู้ได้ครบทุกบทบาท	ขาดความหลากหลายและความกระฉับกระเฉงไปบ้าง
กลุ่มย่อย ระดมสมอง (Buzz Gr.)	เป็นการรวมกลุ่ม 3 - 4 คน ขึ้นชั่วคราวเพื่อแสดงความเห็น	ต้องการให้นักเรียนมีส่วนร่วมในเวลาสั้น ๆ โดยไม่ต้องการข้อสรุปหรือต้องการข้อสรุปที่ไม่ลึกซึ้งมากนัก	ขาดความลึกซึ้งไม่มีการอภิปรายกันอย่างลึกซึ้ง
กลุ่มเล็ก (Small Gr.)	เป็นการจัดกลุ่ม 5 - 6 คน ทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจนลุล่วง	ต้องการให้นักเรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและถกเถียงอย่างลึกซึ้งจนได้ข้อสรุป	ใช้เวลานาน

ประเภทกลุ่ม	ความหมาย	ข้อบ่งชี้	ข้อจำกัด
กลุ่มใหญ่ (Large Gr.)	เป็นการอภิปรายในกลุ่ม 15 - 30 คน หรือทั้งชั้น	ต้องการให้เกิดการโต้แย้ง หรือรวบรวมความคิดจาก กลุ่มย่อยเพื่อหาข้อสรุป	บางคนอาจให้ความ สนใจหรือมีส่วนร่วม น้อย ใช้เวลามาก
กลุ่ม พีรามิด (Pyramid Gr.)	รวบรวมความคิดเห็นเริ่ม จากกลุ่ม 2 - 4 คน ทวีขึ้น ไปเป็นชั้นๆจนครบทั้งชั้น	สร้างความตระหนักและ เข้าใจในความรู้สึกนึกคิด ของแต่ละกลุ่มหรือฝ่าย	ขาดข้อสรุปและ ความลึกซึ้ง
กลุ่มไขว้ (Cross-over Gr.)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ชั้น ตอน โดยแยกให้ผู้เรียนทำ กิจกรรมเฉพาะบางกลุ่ม จนมีความชำนาญ จากนั้น จึงให้ผู้เรียนจากแต่ละกลุ่ม ใหญ่ เพื่อบูรณาการ	ต้องการให้ผู้เรียนใช้ ศักยภาพของตนเองในการ สร้างความรู้	ใช้เวลามาก และอาจมี ความรู้คลาดเคลื่อน

การร้อยรัดกระบวนการกลุ่มที่หลากหลายเข้าด้วยกันอย่างเหมาะสม ในแต่ละชั่วโมงการสอนก็จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างสูงสุด มีพลวัตร หรือการเคลื่อนไหวของการเรียนรู้ตลอดเวลา ทำให้นักเรียนมีความสนใจอย่างต่อเนื่อง

การบรรลุผลงานสูงสุด (Maximum Performance)

แม้การออกแบบกระบวนการกลุ่มที่หลากหลายจะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมได้มาก แต่ไม่ได้หมายความว่า การมีส่วนร่วมนั้นได้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่เสียเวลา หัวใจสำคัญของการบรรลุผลงานสูงสุดจึงอยู่ที่การกำหนดงานให้กับกระบวนการกลุ่ม ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญของการกำหนดงาน 3 ประการคือ

1. กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนว่าจะให้นักเรียนแบ่งกลุ่มอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลานานน้อยแค่ไหน เมื่อบรรลุงานแล้วจะให้ทำอะไรต่อ เช่น เตรียมเสนอหน้าชั้นในเวลาที่กำหนดให้
2. กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกที่ชัดเจน โดยปกติการกำหนดบทบาทในกลุ่มย่อยควรให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกัน เมื่อมารวมเสนอในกลุ่มใหญ่จึงจะเกิดการขยายเครือข่ายการเรียนรู้โดยไม่น่าเบื่อ การกำหนดบทบาทยังรวมถึงสมาชิกในกลุ่มด้วย เช่น บทบาทของผู้เล่น บทบาทสมมติ ผู้สังเกตการณ์หรือบทบาทของการนำกลุ่มการรวบรวมมีความเห็นและการนำเสนอ เป็นต้น

3. ควรมีโครงสร้างของงานที่ชัดเจน ซึ่งบอกรายละเอียดของกิจกรรม และบทบาทโดยทำเป็นกำหนดงานที่ครูแจ้งแก่นักเรียนหรือทำเป็นใบงานมอบให้กับกลุ่มซึ่งประการหลังจะเหมาะกับการทำกลุ่มย่อย ที่ต้องการทำงานให้ได้ผลงานที่เป็นข้อสรุปของกลุ่มโดยจัดทำเป็น

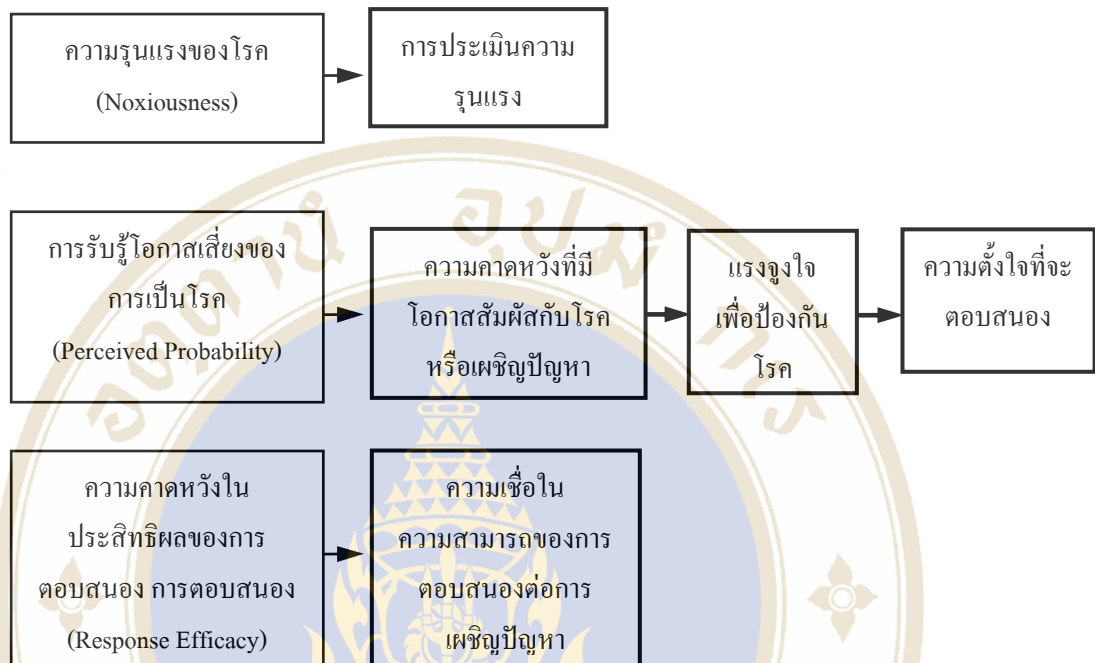
3.1 ใบงาน เป็นการอธิบายงาน หรือใบมอบหมายงานให้กลุ่มเล็ก หรือกลุ่มย่อยระดมสมองที่งานมีรายละเอียดมาก และต้องการผลงานที่เป็นข้อสรุปของกลุ่มที่มีความลึกซึ้งมาก ผู้สอนอาจพิมพ์หรือเขียนใส่กระดาษแจกให้ผู้เรียน หรือแจกให้กลุ่มประกอบการทำงานกลุ่ม มักใช้ในกิจกรรมสะท้อนความคิดและอภิปรายและกิจกรรมประยุกต์แนวคิด

3.2 ใบชี้แจง เป็นการอธิบายงานที่มีรายละเอียดไม่มากนักในกลุ่มใหญ่ ก่อนทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้สอนอาจเขียนบนกระดานหรือแผ่นใส ให้ผู้เรียนอ่านพร้อมกันในชั้นเรียนหรือในกลุ่มใหญ่มักใช้ในกิจกรรมด้านประสบการณ์หรือประยุกต์แนวคิด

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ผู้คิดทฤษฎีนี้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1975 โดย Ronald W. Rogers (Mackay, Bruce C. 1992: 25) ต่อมาได้ถูกปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 ซึ่งเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) นั่นคือ การรวมเอาปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร การประเมินการรับรู้มีมาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มากกระตุ้น และในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้ โรเจอร์ (Rogers, 1975; 1983 อ้างใน on Macay, Bruce C. 1992: 25) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปรคือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) ดังแผนภูมิที่ 5

ส่วนประกอบที่ทำให้เกิดความกลัว สื่อกกลางของกระบวนการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงเจตคติ



แผนภูมิที่ 5 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค Rogers, 1975
ที่มา : Ronald W. Rogers. Journal of Psychology. 1975: 99

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) พัฒนามาจากการให้ข่าวสาร และการขู่ถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างจะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่ถูกต้องต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏเช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น ระบายท้องเล็กน้อย โดยทั่วไปข้อมูลที่ก่อให้เกิดความกลัวมากจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม ได้มากกว่าข้อมูลที่ก่อให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อย (Higbee, 1969; Sutton, 1982 อ้างใน Mackay and Bruce C. 1992: 26-27) อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ก่อให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรงแต่หากใช้การกระตุ้น หรือปลุกเร้าร่วมกับการขู่ อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรงแต่หากใช้การกระตุ้น หรือปลุกเร้าร่วมกับการขู่ อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะเด่นชัดขึ้น (Leventhal & Watts, 1966 อ้างใน Macay , Bruce C. 1992: 27) กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Rogers, 1975; 1983 อ้างใน Mackay, Bruce C. 1992: 27) ขณะที่มีการกระตุ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรค ดีกว่า

การกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ (Rogers & Mewborn, 1976 อ้างใน Mackay Bruce C. 1992: 27) ในการตรวจสอบองค์ประกอบ เกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูงๆ พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ (Rogers & Deckner อ้างใน Mackay, Bruce C. 1992: 27) การงดดื่มสุรา (Rogers, 1993 อ้างใน Mackay, Bruce C. 1992: 27) ช่วยให้อารมณ์แข็งแรง (Hass, Bagley, & Rogers 1975 อ้างใน Mackay, Bruce C. 1992: 27) และไม่ทำให้เกิดอันตราย (Shelton & Rogers, 1981) ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า นักเรียนที่ได้รับการสอนสามารถงดสูบบุหรี่ได้เพิ่มมากขึ้น (Rogers, Deckner & Mewborn, 1978 อ้างใน Mackay, Bruce C. 1992: 27) และลดความผิดพลาดจากการจับผิดพยาน

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) จะใช้การสื่อสารโดยการขู่ที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ศูนย์ป้องกันและควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ในนิวยอร์ก ได้นำเสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ โดยกล่าวว่า จากการตรวจเลือดของชายรักร่วมเพศ และชายรักสองเพศพบว่า 1 ใน 4 คนมีการติดเชื้อไวรัส เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัวว่าตนอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามวิธีนี้ยังไม่ใช่วิธีที่จะทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Sutton, 1982 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 28) แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะขึ้นอยู่กับทัศนคติของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตามเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้น จะทำให้ได้เช่นเดียวกับการรับรู้ในความรุนแรงของโรค โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบคำถามในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ ตัวอย่างเช่น ให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความเรื่องการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจและโรคมะเร็งปอดได้สูง (Maddux & Rogers 1993, อ้างใน Mackay, Bruce C. 1992: 28) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยกลุ่มตัวอย่าง ทำเครื่องหมายลงในช่องหน้าข้อความ ของแบบสอบถามว่าตนเชื่อหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนมาก มีความหวังว่าตนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกบุหรี่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Maddux & Rogers 1993, อ้างใน Mackay, Bruce C. 1992: 29) การใช้แบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจไม่ประสบผลสำเร็จเท่าใดนัก เนื่องจากการตรวจสอบตัวแปร เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Sutton, 1982 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 29) เนื่องจากผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรค จะไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำเสมอไป ตัวอย่างเช่น ภายหลังจากผู้ที่สูบบุหรี่จัด ได้รับการกระตุ้นในระดับสูงเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ ก็ยังหลีกเลี่ยงไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ การส่งยาอิเล็กทรอนิกส์ปอด อาจ

เพิ่มให้บุคคลนั้นกลัวการเป็นมะเร็งปอด ซึ่งจะหลีกเลี่ยงความกลัวโดยไม่ยอมรับการเอกซเรย์ แต่ในทางกลับกัน การเอาใจใส่สนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่คำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ จะทำให้บุคคลนั้นลดจำนวนมวนที่สูบบุหรี่ลงได้ ซึ่งจะส่งผลให้เป็นโรคมะเร็งปอดน้อยลง (Leventhal & Watts 1966 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 29 – 30)

การให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง ร่วมกับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขดังกล่าวยังเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาคำตอบกันอีกต่อไป ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง จะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตามเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่ เช่น เพิ่มการสูบบุหรี่มากขึ้น (Rogers, 1983 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 30) เพราะทำให้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นได้ ถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธการรับรู้ของตนเองว่า เขาไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำขู่นั้นได้แม้ว่าจะเป็นผลเสีย (Maddux & Rogers, 1983 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 30) แต่ในทางกลับกันถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติ จะทำให้ความตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้น (Sutton, 1982; Rogers, 1983 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 30) อย่างไรก็ตามการใช้แบบสอบถามซึ่งผู้ตอบจะให้ค่าความรู้สึก ตามข้อความที่กำหนดไว้ในแบบถามนั้น ยังเป็นสิ่งที่ต้องทำการศึกษาต่อไปว่าจะสามารถคาดคะเน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างได้หรือไม่ (Sutton, 1982 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 30)

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง(Response Efficacy) กระทำได้โดย การนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับ และ/หรือ ลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จากผลการวิจัยพบว่า การที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรค ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Roger, 1975; 1983 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 31) ตัวแปรนี้ได้มีการทดสอบว่า จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ ปี 1983 เมดดุกและโรเจอร์(Maddux & Rogers) ได้ศึกษาพบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ โดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้น จากการงดสูบบุหรี่ คือช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของบุคคล (Rogers & Mewborn, 1976 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 31) จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Beck & Frankle, 1981; Sutton 1982 อ้างใน Macay , Bruce C. 1992: 31) โดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Rogers & Mewborn, 1976 อ้างใน Macay, Bruce C.

1992: 31 - 32) แต่เมื่อบุคคลนั้น ถูกคุกคามสุขภาพอย่างรุนแรง และไม่มีวิธีใดที่จะลดการคุกคามนั้นลงได้อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่ง (Beck & Frankle, 1981 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 32) และการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง (Leventhal & Watts, 1966; Sutton, 1982 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 32) การสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง จะมีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึก หรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองให้ปฏิบัติตามมากขึ้น (Beck & Frankle; Sutton, 1982 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 32)

จากองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัวทั้ง 3 ตัวแปร ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นมิติเดียวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงจากการได้อันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Severity) การรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงปัญหาอุปสรรค (Perceived Barriers) ซึ่งต่อมา แมคดักและโรเจอร์ (Maddux & Rogers, 1983 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 25) ได้เพิ่มอีกหนึ่งตัวแปรคือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy Expectancy) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค มีพื้นฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1977; 1982) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับ ความคาดหวังในความสามารถของตนที่มีต่อทางเลือกนั้นๆ ซึ่งการสร้าง ความคาดหวังในความสามารถของตนที่จะเลือกทางเลือกดังกล่าว กระทำได้หลายวิธีเช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วยการพูดความสามารถของตนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง (Bandura, 1977: 191 - 215) โดยสรุป การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข่าวสาร ควรจะมีผลในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ (Maddux & Rogers, 1983; Rogers, 1983 Beck & Lund, 1981 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 32- 33) แต่ต่างจากตัวแปรอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะของข่าวสารที่คุกคามสุขภาพ และไม่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ การทดลองที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่นำมาใช้ในการป้องกันโรค จากกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนและกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจนอกตน พบว่าผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจะเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคล และมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันโรค แต่ผู้ที่เชื่ออำนาจนอกตนจะเชื่อว่าสุขภาพของเขาจะขึ้นอยู่กับโอกาสเคราะห์กรรม โชคชะตาหรืออำนาจอื่นๆ และไม่ตั้งใจที่จะแสวงหาข้อมูลข่าวสาร หรือการปฏิบัติตน

ที่จะป้องกันโรค (Wallston & Wallston, 1978: 107 – 117) ดังผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง ในการตรวจสอบองค์ประกอบความคาดหวังในความสามารถของตน เมดคอกและโรเจอร์ (Rogers and Maddux, 1983 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 34) ได้ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเชื่อว่าการลดหรือการเลิกสูบบุหรี่สามารถกระทำได้ง่าย คือมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูงหรือกระทำได้ง่ายมาก คือมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ ผลการทดลองพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่ผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพเช่น การทำให้บุคคลเชื่อว่าถ้าเขามีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เขาก็จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่าย ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติตาม จึงมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง (Beck and Lund 1981 อ้างใน Macay , Bruce C. 1992: 34) พบว่าความสามารถของบุคคล เป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนทางด้านสุขภาพต่ำ และกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนทางด้านสุขภาพสูง หากทำให้เกิดความเครียดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนต่ำ จะมีแนวโน้มให้เกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ แม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อสูงว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายลดลง แต่การขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติ จะเป็นตัวขัดขวางแรงจูงใจต่อการปฏิบัติอย่างมากเช่นกัน (Beck & Frankle, 1981 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 35) ดังนั้น ประสิทธิภาพของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร จึงมิได้ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อ ที่จะทำให้นบุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น หากแต่บุคคลต้องมีความคาดหวังว่าเขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย (Beck & Frankle, 1981 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 35)

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูงโดยทั่วไปการยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ จะเป็นไปได้สูงเมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ (Beck & Frankle, 1981; Beck & Lund, 1981 อ้างใน Macay, Bruce C. 1992: 35)ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง พบดังนี้ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูง และผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วย ก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในทางกลับกันถ้าความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูงแต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำมีน้อย ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็จะลดน้อยลงไปด้วย

จากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคโรเจอร์ (Rogers) ได้ปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว คือการรับรู้ในความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความ

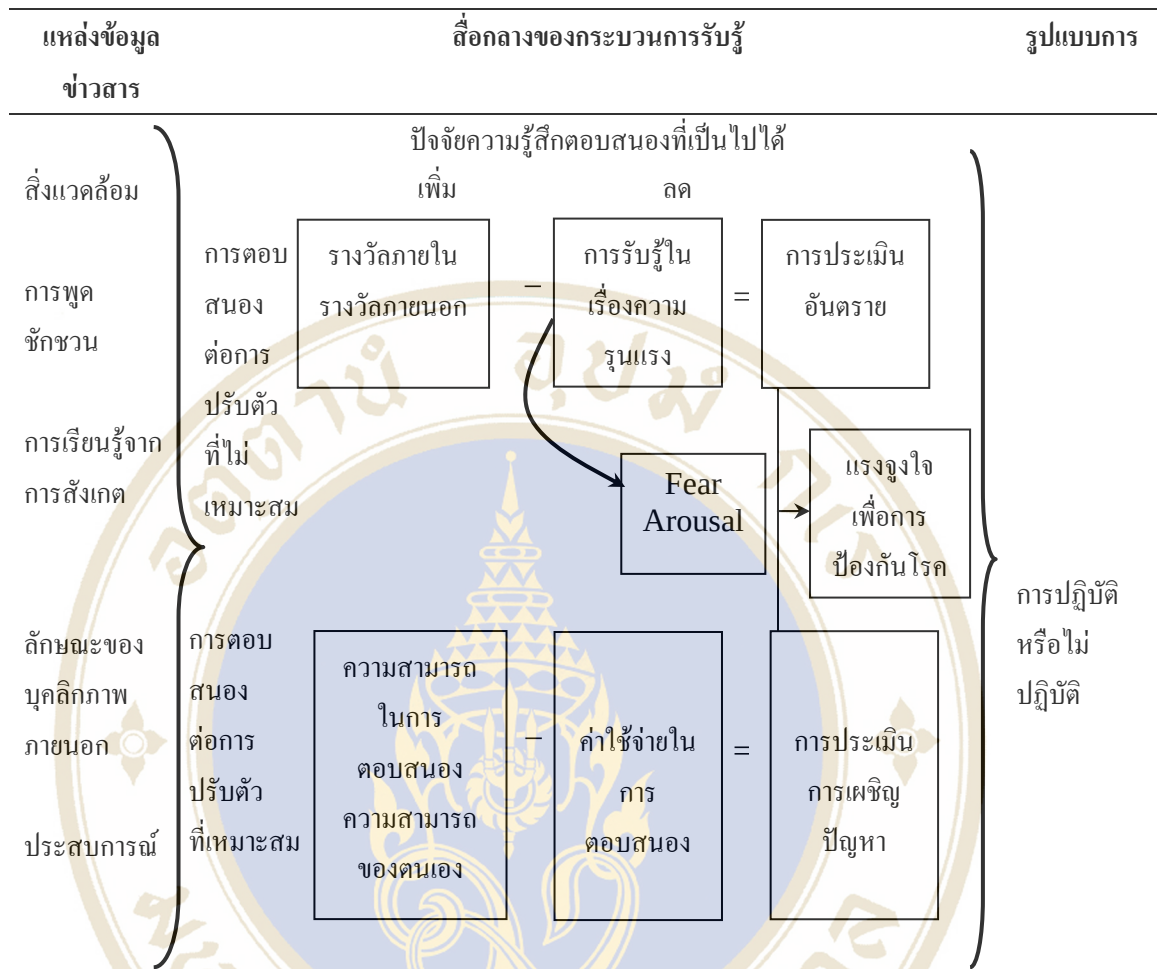
คาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบคือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal)
2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Response)

กระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพหรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับดังแผนภูมิที่ 6

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะคือ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและพฤติกรรม อีกทั้งอาจส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่พึงประสงค์ เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์เช่นกัน เช่น การไม่รัดเข็มขัดนิรภัย หรือเริ่มต้นสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก็คือความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic Rewards) และความพึงพอใจจากภายนอก (Extrinsic Rewards) เช่นการเป็นที่ยอมรับของสังคม (Steven Prentice – dunn and Ronald W. Rogers, 1986: 154)

การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จลงได้ (Bandura, 1977, 1986; Beck & Frankle อ้างใน Steven Prentice – dunn and Ronald W. Rogers, 1986: 155) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ไม่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน และความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต (Roger, 1984: 104 อ้างใน Steven Prentice dunn and Ronald W. Rogers, 1986: 155)



แผนภูมิที่ 6 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนา Rogers, 1983

ที่มา : Ronald W. Rogers. Health Education Research Volume no. 3 1986: 55

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค มีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคจะกระทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่า อันตรายที่จะเกิดผลต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ หรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัว เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัว เพื่อตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
5. ผลดีจากการตอบสนอง ด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
6. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อน

ศิธรธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ (2547) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนจำนวน 55 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่กำลังรักษา หรืออยู่ในระยะเฝ้าระวัง ได้รับการรักษาอยู่ ณ โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัด ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ มหาสารคาม ศรีสะเกษ และร้อยเอ็ดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ตามประเด็นคำถามที่สร้างไว้ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมกรเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการผู้ป่วยส่วนใหญ่ เมื่อมีอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนจะใช้วิธีการปรึกษาคนในครอบครัว ญาติ พี่ น้อง เพื่อนบ้านก่อนหลังจากนั้นจะไปหรือไม่ไปตรวจเพื่อรับการวินิจฉัยขึ้นอยู่กับการให้คำแนะนำของผู้ที่ให้การปรึกษาประกอบกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยเอง จากจำนวนผู้ป่วย 55 รายพบว่ามีเพียง 5 รายเท่านั้นที่สงสัยว่าตนเองเป็นโรคเรื้อนจากการปรึกษาเพื่อนบ้าน มีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้ปรึกษาผู้ใด ปล่อยปละละเลยจนเกิดอาการกำเริบแล้วถูกตรวจพบภายหลังโดยทีมสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว หรือทนอาการกำเริบ แทรกซ้อนไม่ไหวจนต้องปรึกษาคนในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน และออกไปรับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขต่างๆปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรเจ็บป่วยในการกระตุ้นหรือยับยั้งออกมารับการตรวจวินิจฉัย คือ อาการ และการให้ความหมายของอาการ รายได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม ระบบการสอบถามปรึกษาเกี่ยวกับโรค การรับรู้คุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรม และความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

วิจิตรา ธารีสุวรรณ และศิธรธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2548) ศึกษาเรื่องปัจจัยการมารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคเรื้อน ชนิดเชื้อมาก ณ สถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 15 รายซึ่งการคัดเลือกแบบเจาะจงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าได้แก่อาการเริ่มแรกของโรคไม่ชัดเจน การขาดความตระหนักในอาการผิดปกติเริ่มแรกของโรค การวินิจฉัยโรคผิดของเจ้าหน้าที่ การไม่ยอมรับความจริงว่าตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อน การไปรับการรักษาไม่ถูกต้อง และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยออกมาได้รับการรักษาที่ถูกต้องได้แก่ อาการรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น ความพิการ อาการเห่อ และภาวะเส้นประสาทอักเสบ ส่วนรูปแบบของการแสวงการรักษา

ของผู้ป่วยโรคเรื้อนพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการแสวงหาการรักษาหลายขั้นตอนและใช้ระยะเวลา มากกว่า 6 เดือน ถึง 5 ปีจึงได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง

นวพร ดีมาก (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมป้องกันและควบคุม โรคเรื้อน ของประชาชนในตำบลสำพะเนียง อำเภอบ้านแพรก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผล การศึกษาพบว่าพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคเรื้อนของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ เรื่องโรคเรื้อน ทักษะคิดโรคเรื้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อน การรับรู้ความรุนแรงโรค เรื้อน การรับรู้ผลดีของการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 ตามลำดับ การได้รับการ สนับสนุนและช่วยเหลือและช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. งานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

จงกล สักดีตระกูล (2544: ง) ทำการศึกษา การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจนมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ การ รับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถ ของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วย ตนเอง และมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จันทร์เพ็ญ เนาวรัตน์จำเนียร (2542: ง) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาใน การส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีคลินิกวิทยาทองวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังใน ผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ประสคดียขึ้น กว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฉวีวรรณ พลเสน (2541: ง) ทำการศึกษา การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมผ่านตัวแทนสตรีในเขตสุขภาพตำบล อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

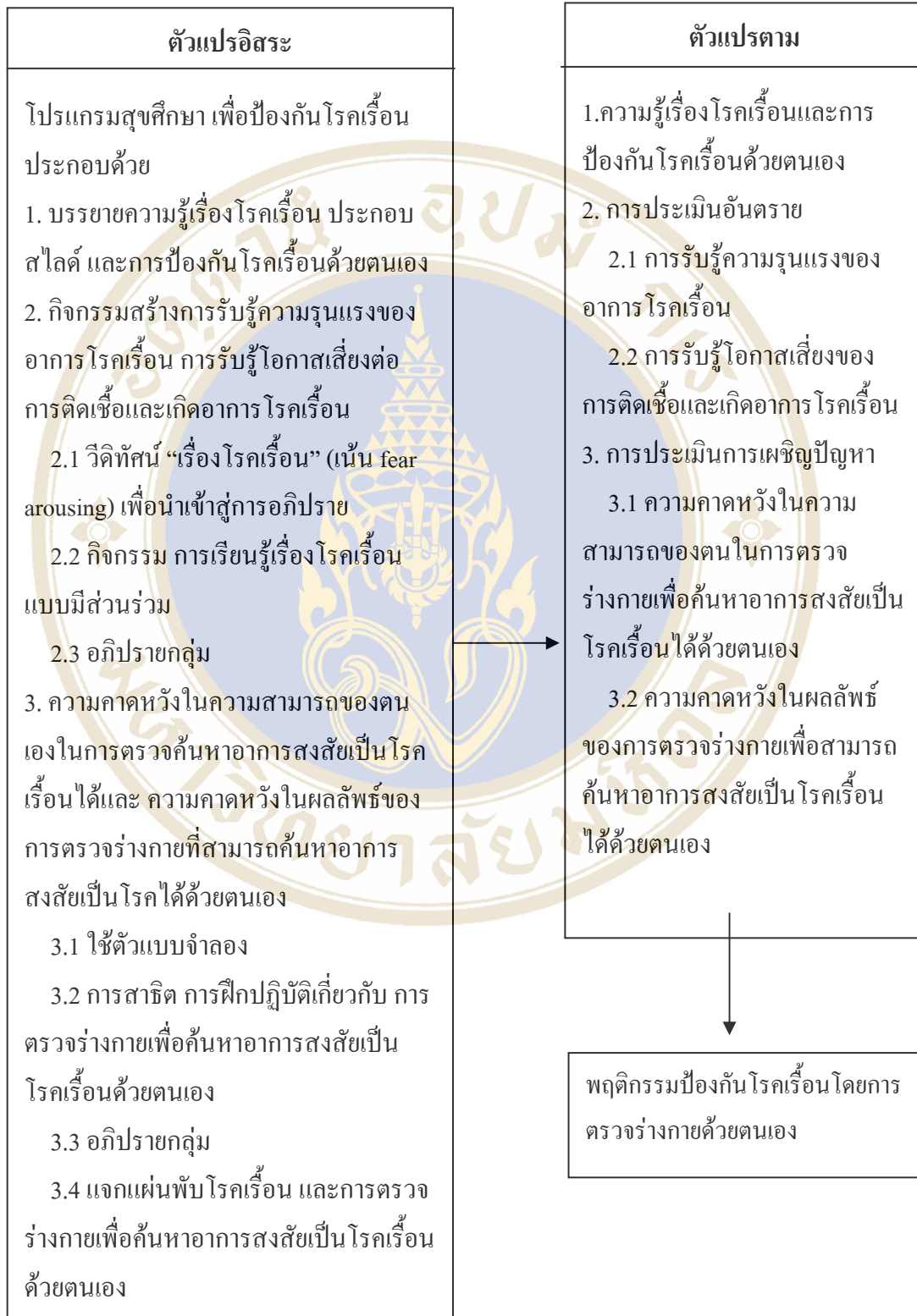
ปริญดา ทนคำ (2541: ง) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการ ส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงสถาบันราชภัฏนครสวรรค์ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับการสอนเพื่อให้เกิดทักษะและกระบวนการกลุ่ม หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ประสงค์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Brian T. McClendon , Steven Prentice – Dunn (2001: 321 – 32) ได้ศึกษาการลดความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งผิวหนังในกลุ่มนักศึกษาผิวขาว ที่ต้องการมีผิวสีแทนโดยการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โดยมีกิจกรรมในการศึกษาคือการบรรยาย, การทำความเข้าใจง่าย ๆ, วีดีโอเกี่ยวกับเรื่องของชายหนุ่มคนหนึ่งที่เคยชีวิตด้วยโรคมะเร็งผิวหนัง, และการอภิปรายสั้นๆ และเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ในตัวแปรเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง และยังคงอยู่เมื่อวัดหลังการทดลองอีก 1 เดือน ภาพถ่ายหลังการทดลองเป็นข้อมูลยืนยันสมมุติฐาน พบว่าร้อยละ 72 ของกลุ่มทดลองมีผิวขาวขึ้น ขณะที่ ร้อยละ 16 มีผิวสีดำ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคต่างๆ พบว่า ความรู้เรื่องโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ในตนเอง และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จะทำให้กลุ่มทดลองเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้ กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคดังกล่าวเป็นแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอแม่เปิน จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. พื้นที่ดำเนินการวิจัย
3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
5. การดำเนินการทดลองและการเก็บข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) แบบหนึ่งกลุ่ม มีการวัดก่อนและหลังการดำเนินการ (Before-After One Group Pretest-Posttest Design) ดังแผนภูมิ



- | | |
|----------------|---|
| O ₁ | หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง |
| X | หมายถึง กลวิธีให้ความรู้และพัฒนาทักษะ |
| O ₂ | หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง |

แผนภูมิที่ 8 รูปแบบการวิจัย

O_1										O_2	
X_1	X_2	X_3								X_4	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

← สัปดาห์ที่ →

แผนภูมิที่ 9 แผนภูมิการทดลอง

O_1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคเรื้อน การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน เรื้อน ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองและพฤติกรรมการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง

O_2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 10 ใช้แบบสอบถามชุดเดิมโดยตัดข้อมูลทั่วไปออก เพื่อประเมินความรู้เรื่องโรคเรื้อน การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดอาการโรคเรื้อนเรื้อน ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองและพฤติกรรมการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง

X_1 หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขศึกษา สัปดาห์ที่ 1 ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ตอบแบบสอบถาม ก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา ผู้วิจัยบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ประกอบสไลด์ กิจกรรมสุขศึกษา ประกอบด้วยให้ชมวิดีโอโรคเรื้อนเรื่องความรุนแรงอาการโรคเรื้อนและโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดโรคเรื้อน ความพิการจากโรคเรื้อน ใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม งานกลุ่ม พร้อมทั้งนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

X_2 หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขศึกษา สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมสุขศึกษาโดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติการการตรวจร่างกายด้วยตนเองใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ให้เสนอวิธีป้องกัน เฝ้าระวังโรคเรื้อน และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม ร่วมกันให้คะแนนตามเกณฑ์ในการตรวจร่างกาย ผู้วิจัยประเมินผลเพื่อให้เกิดความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจร่างกายด้วยตนเองที่สามารถตรวจค้นหา

อาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ให้ไปฝึกตรวจร่างกายที่บ้านตนเองเพื่อนำผลที่ได้มาอภิปรายในครั้งต่อไป แจกแผ่นพับ เอกสาร โรคเรื้อนและการตรวจร่างกายด้วยตนเอง แล้วนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

X_3 หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขศึกษา สัปดาห์ที่ 3 โดยอภิปรายผลการตรวจร่างกายตนเองที่บ้าน โดยกลุ่มย่อย นำเสนอปัญหาและอุปสรรคที่พบในการตรวจโรคเรื้อนด้วยตนเองที่บ้าน ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยกลุ่มใหญ่อีกครั้งและทำการทบทวนและฝึกการตรวจอีกครั้งในรายที่ยังขาดทักษะ ผู้วิจัยสรุปแนวคิดที่ได้

X_4 หมายถึง การกระตุ้นเตือนให้ตรวจร่างกายตนเอง สัปดาห์ที่ 8 โดยโทรศัพท์ถึงเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านลานหมาโน ให้แจ้งหัวหน้ากลุ่มในแต่ละหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกทำกิจกรรม เป็นผู้กระตุ้นเตือนผู้ที่เข้าร่วมโครงการตรวจร่างกายตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อน

พื้นที่ดำเนินการวิจัย

พื้นที่ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เลือกแบบเจาะจงจากเกณฑ์ที่ใช้คือเป็นพื้นที่ที่มีอัตราความชุกโรคเรื้อนระดับอำเภอมากกว่า 1 : 10,000 ประชากร เฉลี่ยในปี 2547-2549 (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2549: 1) และพื้นที่ที่เคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมากใน 5 ปีที่ผ่านมา จากการเลือกพื้นที่ตามเกณฑ์ดังกล่าวได้พื้นที่ ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์(2.53: 10,000 ประชากร) เป็นพื้นที่เพื่อดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดอาการโรคเรื้อนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่เคยตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมากในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ในตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 5,799 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรที่อาศัยอยู่ หมู่ที่ 1, 4, 5, 10, 16, 17 ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ ที่เคยตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมากในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และบ้านเรือนติดหรืออยู่ใกล้บ้านที่เคยผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก มีจำนวนทั้งสิ้น 6 หมู่บ้านจากทั้งหมด 24 หมู่บ้าน โดยกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มตัวแทนครัวเรือน โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกตัวอย่างดังนี้

กลุ่มตัวแทนครัวเรือน ขั้นตอนการเลือกตัวแทนครัวเรือน มีดังนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครัวเรือนโดยการจับสลากเลือกบ้านกลุ่มตัวอย่างจาก หมู่ที่ 1, 4, 5, 10, 16, 17 หมู่บ้านละ 10 ครัวเรือน จาก 1,477 ครัวเรือน ๆ ละ 1 คน ได้กลุ่มตัวแทน ครัวเรือนทั้งหมด 60 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 1, 4, 5, 10, 16, 17 ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น จังหวัด นครสวรรค์
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ อาชีพ การศึกษา
3. อาศัยอยู่ในหมู่บ้านมากกว่า 3 ปี
4. เป็นผู้ที่อ่านออก เขียนหนังสือได้ สามารถสื่อสารพูดโต้ตอบกันรู้เรื่อง ไม่มีปัญหา เกี่ยวกับการได้ยิน เป็นผู้ที่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ด้วยตนเอง
5. ไม่มีกำหนดการที่จะย้ายออกจากหมู่บ้านในระหว่าง 6 เดือน
6. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นให้ครอบคลุม เนื้อหาโดย

1. ศึกษาเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุม วัตถุประสงค์และ ถูกต้องตามหลักเกณฑ์
2. ให้ผู้เชี่ยวชาญ ดูความชัดเจน ความถูกต้องของการใช้ภาษา และความตรงในเนื้อหา (Content Validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อน นำไปทดลองใช้
3. ทำการทดสอบเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับกลุ่มประชากรที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด เพื่อนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้ มีคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Power of Discrimination) ของแบบสอบถาม เลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.2- 0.8 และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยเลือกข้อ คำถามที่มีค่า Corrected Item total correlation ที่ติดลบหรือมีค่าน้อยกว่า 0.2 ออกโดยพิจารณา ร่วมกับค่าอำนาจจำแนกและความครบถ้วนของเนื้อหา หรือปรับปรุงคำถามใหม่

ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน จำนวน 23 ข้อ จากการทดสอบได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.856
การรับรู้ความรุนแรงของอาการเป็นโรคเรื้อนออกจำนวน 20 ข้อ จากการทดสอบได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเป็นโรคเรื้อนออก จำนวน 17 ข้อ จากการทดสอบได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74

ความคาดหวังในความสามารถในการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองจำนวน 7 ข้อ จากการทดสอบได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง จำนวน 11 ข้อ จากการทดสอบได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71

หลังจากวิเคราะห์คุณภาพด้านต่างๆ ของแบบสอบถามแล้ว ได้นำมาปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถามบางข้อให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น และปรับจำนวนข้อคำถามให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมในทุกประเด็นที่ศึกษา ได้นำเครื่องมือที่ปรับปรุงให้คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคม จำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส แหล่งที่ได้รับความรู้โรคเรื้อน ประวัติคนในครอบครัวเคยเป็นโรคเรื้อน เคยพบเห็นผู้ป่วยโรคเรื้อนในหมู่บ้าน

สำหรับแบบสอบถาม ส่วนที่ 2. ความรู้โรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อน ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน ส่วนที่ 4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน ส่วนที่ 5.ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ส่วนที่ 6. ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง และส่วนที่ 7 พฤติกรรมตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินของ Bloom (Bloom, 1968: 60) ใช้ในการจัดระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ	หมายถึงคะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ	60
ระดับปานกลาง	หมายถึงคะแนน	ร้อยละ	60 - 79
ระดับสูง	หมายถึงคะแนน	ร้อยละ	80 ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 ความรู้โรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อน จำนวนข้อคำถาม 23 ข้อ มีตัวเลือกให้เลือก 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิด หรือ ไม่ทราบ ให้คะแนน 0 คะแนน

กลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า 14 คะแนน ถือว่ามีความรู้โรคเรื้อนในระดับต่ำ

กลุ่มที่ได้คะแนน 14 - 18 คะแนน ถือว่ามีความรู้โรคเรื้อนในระดับปานกลาง

กลุ่มที่ได้คะแนนสูงกว่า 18 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความรู้โรคเรื้อนในระดับสูง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) มีข้อคำถามด้านบวกด้านลบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่แสดงเจตคติทางบวก (Positive statement)	ข้อความที่แสดงเจตคติทางลบ (Negative statement)
เห็นด้วย = 3 คะแนน	= 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน	= 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน	= 3 คะแนน

กลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า 36 คะแนน ถือว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนในระดับต่ำ

กลุ่มที่ได้คะแนน 36 - 47 คะแนน ถือว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนในระดับปานกลาง

กลุ่มที่ได้คะแนนสูงกว่า 47 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนในระดับสูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน จำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) มีข้อคำถามด้านบวกด้านลบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่แสดงเจตคติทางบวก	ข้อความที่แสดงเจตคติทางลบ
(Positive statement)	(Negative statement)
เห็นด้วย = 3 คะแนน	= 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน	= 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน	= 3 คะแนน

กลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า 31 คะแนน ถือว่ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน ในระดับต่ำ

กลุ่มที่ได้คะแนน 31 - 40 คะแนน ถือว่ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน ในระดับปานกลาง

กลุ่มที่ได้คะแนนสูงกว่า 40 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน ในระดับสูง

❖ ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ จำนวนข้อคำถาม 7 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) มีข้อคำถามด้านบวกด้านลบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่แสดงเจตคติทางบวก	ข้อความที่แสดงเจตคติทางลบ
(Positive statement)	(Negative statement)
เห็นด้วย = 3 คะแนน	= 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน	= 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน	= 3 คะแนน

กลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า 13 คะแนน ถือว่ามีความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน ในระดับต่ำ

กลุ่มที่ได้คะแนน 13-17 คะแนน ถือว่ามีความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน ในระดับปานกลาง

กลุ่มที่ได้คะแนนสูงกว่า 17 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง จำนวนข้อคำถาม 11 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) มีข้อคำถามด้านบวกด้านลบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่แสดงเจตคติทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่แสดงเจตคติทางลบ (Negative statement)	
เห็นด้วย	= 3 คะแนน		= 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	= 2 คะแนน		= 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	= 1 คะแนน		= 3 คะแนน

กลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า 13 คะแนน ถือว่ามีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจร่างกายตนเองที่สามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ในระดับต่ำ

กลุ่มที่ได้คะแนน 13 -17 คะแนน ถือว่ามีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจร่างกายตนเองที่สามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ในระดับปานกลาง

กลุ่มที่ได้คะแนนสูงกว่า 17 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจร่างกายตนเองที่สามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) ข้อคำถาม 11 ข้อ มี 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติ	ให้คะแนน	1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน	0 คะแนน

กลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า 7 คะแนน ถือว่าพฤติกรรมตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ในระดับต่ำ

กลุ่มที่ได้คะแนน 7 - 9 คะแนน ถือว่าพฤติกรรมตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ในระดับปานกลาง

กลุ่มที่ได้คะแนนสูงกว่า 9 คะแนนขึ้นไป ถือว่าพฤติกรรมตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ในระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินกิจกรรมได้ ได้แก่

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 10 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา ใช้เวลาทั้งหมด 2 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ทักทาย ผู้ยินยอมตนชี้แจงวัตถุประสงค์ของ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ
2. ผู้ยินยอมตนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ (ร่าวงสตาจ์)
3. ผู้ยินยอมตนตอบแบบสอบถามการส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อน ก่อนเข้าร่วมโครงการ (Pretest)
4. ให้ชมวิดีโอพระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระราชนานแก่วัฒนธรรมการมูลนิธิราชประชานุเคราะห์ วันที่ 2 มิถุนายน 2540 ในเรื่องความรู้โรคเรื้อน ความสำเร็จในการป้องกันกิจกรรมควบคุมโรคเรื้อน ผู้วิจัยสรุป และอธิบายเพิ่มว่าเป็นการทำมาความดีถวายแด่พระองค์วิธีหนึ่งซึ่งกระทำได้
5. กิจกรรมผู้วิจัยบรรยาย ประกอบสไลด์ เรื่อง ความรู้โรคเรื้อน สาเหตุ อาการ การป้องกัน การรักษา ภาวะโรคเหื่อ (Reaction) ความพิการ ให้ชมวิดีโอเรื่องโรคเรื้อนเพื่อ สร้างการรับรู้ในโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคโดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ “ท่านเคยพบผู้ป่วยโรคเรื้อนหรือไม่ และทราบอะไรเกี่ยวกับโรคบ้าง” เพื่อเปิดเผยตนเอง โดยตั้งคำถาม “ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคเรื้อนหรือไม่” ให้ชมวิดีโอเรื่องความพิการจากโรคเรื้อน ที่เกิดความพิการที่ตา มือ เท้า (เน้น fear arousing) เพื่อนำเข้าสู่การอภิปราย - อภิปรายจากประเด็น “เมื่อเห็นผู้ป่วยโรคเรื้อน ท่านรู้สึกอย่างไร” และ “ถ้าท่านเป็นโรคเรื้อนท่านจะทำอย่างไร” ผู้แทนกลุ่มรายงานและผู้วิจัยสรุปแนวคิดแต่ละประเด็น-ให้ชมวิดีโอเรื่องโรคเรื้อนวิเคราะห์ผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อนทางด้าน ร่างกายจิตใจ สังคมผู้แทนกลุ่มรายงานและผู้วิจัยสรุปแนวคิดแต่ละประเด็นผู้วิจัยสรุปแนวคิดและมอบหมายให้สมาชิกช่วยกันคิดหาวิธีป้องกันโรคเรื้อน เพื่อนำมาอภิปรายในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมกลุ่ม อภิปราย การมีส่วนร่วม สาธิต และฝึกปฏิบัติตรวจร่างกายตนเอง เพื่อป้องกันโรคเรื้อน

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้สมาชิกเสนอวิธีป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนผู้วิจัยกล่าวสรุปวิธีการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนผู้วิจัยกล่าวสรุป
2. ผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจร่างกายด้วยตนเอง โดยใช้หุ่นจำลอง นำภาพรอยโรคไปติดบริเวณที่มักพบรอยโรคเรื้อน และไม่สามารถมองเห็นโดยไม่ใช้กระจกเงา ให้สมาชิกแต่ละคนฝึกการตรวจร่างกายตนเองโดยใช้กระจกเงาที่แจกให้โดย และสมาชิกท่านอื่นๆ มีส่วนร่วมในกิจกรรม

โดยการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ให้ไว้ ร่วมกัน ประเมินผลโดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คะแนน อภิปรายในประเด็น ให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ผลที่ได้จากการฝึกรวบรวมร่างกาย ปัญหาที่พบ แนวทางแก้ไข

3. แจกแผ่นพับโรคเรื้อน เอกสาร และวิธีการตรวจด้วยตนเอง

ลำดับที่ 3 กิจกรรม การเสริมทักษะการตรวจร่างกายตนเองเวลา ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

ให้สมาชิกร่วมอภิปรายในประเด็นผลการตรวจร่างกายด้วยตนเองที่บ้านปัญหาอุปสรรคที่พบผู้แทนกลุ่มนำเสนอและสมาชิกกลุ่มอื่นร่วมกันเสนอแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยสรุปแนวคิดที่ได้ฝึกรวบรวมร่างกายในรายที่ยังไม่เข้าใจวิธีการตรวจโดยสมาชิกในกลุ่มร่วมกันแนะนำ อภิปรายในประเด็นประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจร่างกายด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอผู้แทนกลุ่มรายงานและผู้วิจัยสรุปแนวคิดแต่ละประเด็น- ผู้วิจัยสรุปแนวคิดที่ได้

ลำดับที่ 4-7

ไม่มีกิจกรรม

ลำดับที่ 8

กระตุ้นเตือนให้ตรวจร่างกายตนเองโดยโทรศัพท์ถึงเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนให้แจ้งหัวหน้ากลุ่มในแต่ละหมู่บ้านให้กระตุ้นเตือนผู้ที่เข้าร่วมโครงการตรวจร่างกาย

ลำดับที่ 10

1. ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านลานหมาโน
2. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

การดำเนินการทดลองและการเก็บข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขออนุญาตกรรมการทำวิจัยในมนุษย์ต่อคณะสาธารณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยมิดล ได้รับอนุมัติให้ทำการวิจัยได้ในมนุษย์ได้รหัสโครงการ MU-IRB 2008/300.1501 (ภาคผนวก)

1.2 ประสานงาน เพื่อขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้านในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้สถานที่ วัสดุอุปกรณ์

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและร่วมกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษาโดยจัดการปฐมนิเทศเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสัมภาษณ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงาน

1.4 ศึกษาการดำเนินงานสุขศึกษาสำหรับผู้สัมผัสโรคเรื้อรังในพื้นที่ รวมทั้งกิจกรรมที่ใช้ในการป้องกันโรคเรื้อรังที่ผ่านมา

1.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้และนัดหมายประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังร่วมทำกิจกรรมที่ศูนย์แพทย์ชุมชนบ้านลานหมาโน อำเภอมะเข่เป็น จังหวัดนครสวรรค์

2. ขั้นตอนการวิจัย

สถานที่ดำเนินการวิจัยคือ หมู่ที่ 17 ศูนย์แพทย์ชุมชนบ้านลานหมาโน ตำบลแม่เป็น อำเภอมะเข่เป็น จังหวัดนครสวรรค์

ระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย วันที่ 18 มกราคม - 29 มีนาคม 2552

ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 18 มกราคม 2552

ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 วันที่ 25 มกราคม 2552

ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2552

2.1 ผู้ยินยอมตนต้องลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัย ซึ่งก่อนลงนามในใบยินยอมตนให้ทำการวิจัย ผู้ยินยอมตนได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

2.2 ผู้ยินยอมตนตอบแบบสอบถาม

2.3 ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง ตามกรอบแนวคิดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ความถูกต้องของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด นำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร วิเคราะห์ค่าสถิติ ความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างก่อนและภายหลังกิจกรรมทดลองในเรื่อง ความรู้โรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อน การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน โดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ด้วยสถิติ

Paired t- test



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองของกลุ่มประชากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเป็นโรคเรื้อน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest and posttest design) กลุ่มทดลอง มีจำนวน 60 คน การจัดกระบวนการเรียนรู้จากโปรแกรมให้สุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจโรคเรื้อนด้วยตนเองใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ข้อมูลที่รวบรวมก่อนและหลังการทดลองทั้งหมดนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปและกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานการวิจัยผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มทดลอง

คุณลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มทดลองที่ศึกษา จำนวน 60 คน จำแนกตามตัวแปรคือ

เพศ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.7 เพศชาย ร้อยละ 48.3

อายุ กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 44.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.16 อายุน้อยที่สุด 25 ปี และอายุมากที่สุด 64 ปี

ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78.3) รองลงมา จบมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 11.7, และ 10.0 ตามลำดับ)

อาชีพ กลุ่มทดลองประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 76.7) รับจ้าง ร้อยละ 10 ค้าขาย ร้อยละ 10 และแม่บ้านน้อยที่สุด ร้อยละ 3.3

สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 86.7 โสด ร้อยละ 13.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 60)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	48.3
หญิง	31	51.7
อายุ		
น้อยกว่า 29 ปี	2	3.3
30-39 ปี	13	21.7
40-49 ปี	29	48.3
50-59 ปี	13	21.7
60 ปีขึ้นไป	3	5.0
อายุเฉลี่ย 44.38 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.16		
อายุน้อยที่สุด 25 ปี อายุมากที่สุด 64 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	47	78.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	11.7
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.	6	10.0
อาชีพ		
เกษตรกร	46	76.7
รับจ้าง	6	10.0
ค้าขาย	6	10.0
แม่บ้าน	2	3.3
สถานภาพสมรส		
โสด	2	3.3
คู่	52	86.7
รวม	60	100.0

เคยมีประวัติบุคคลเป็นในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน กลุ่มทดลองเคยมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน 1 ราย (ร้อยละ 1.7)

เคยพบเห็นผู้ป่วยในหมู่บ้านที่ทำงานอาศัยอยู่ กลุ่มทดลองเคยพบเห็นผู้ป่วยโรคเรื้อนในหมู่บ้านที่ทำงานอาศัย 35 ราย (ร้อยละ 58.3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามประวัติเคยมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน และเคยพบเห็นผู้ป่วยในหมู่บ้าน

ประวัติเคยมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน และเคยพบเห็นผู้ป่วยในหมู่บ้าน	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
เคยมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน		
เคย	1	1.7
ไม่เคย	58	96.6
ไม่ทราบ	1	1.7
เคยพบเห็นผู้ป่วยในหมู่บ้าน		
เคย	35	58.3
ไม่เคย	24	40.0
ไม่ทราบ	1	1.7
รวม	60	100.0

แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเรื้อน กลุ่มทดลองทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเรื้อนในรอบปีที่ผ่านมา โดยได้รับข้อมูลเรื่องโรคเรื้อนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด รองลงมาได้แก่ข้อมูลจากโทรทัศน์, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิฑู, โปสเตอร์

ตารางที่ 4 จำนวนกลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อนจำแนกตามแหล่งที่ได้รับความรู้โรคเรื้อน ในรอบปีที่ผ่านมา

แหล่งที่ได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อน	จำนวน (n = 60)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	45
โทรทัศน์	43
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	31
วิทยุ	18
โปสเตอร์	14

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

2.1 ความรู้เรื่องโรคเรื้อนการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง พบรายละเอียดดังนี้

ก่อนการทดลอง จากการใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองจำนวน 23 ข้อ คะแนนเต็ม 23 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองเท่ากับ 15.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.89 เมื่อพิจารณาจัดระดับความรู้ตามเกณฑ์การเรียนรู้ กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 31 คน มีความรู้ระดับต่ำ 21 คน และระดับสูง 8 คน

หลังการทดลองระยะเวลาของการให้โปรแกรมสุขศึกษา 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองเท่ากับ 20.02 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐานเท่ากับ 1.94 ซึ่งเมื่อพิจารณาจัดระดับตามเกณฑ์ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มอยู่ในระดับสูง 49 คน มีความรู้ระดับปานกลาง 10 คน และมีความรู้ระดับต่ำ 1 คน ดัง ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคเรื้อน

ระดับความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการ ป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง (คะแนนเต็ม = 23 คะแนน)	กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน	จำนวน
ต่ำ (<14)	21	1
ปานกลาง (14-18)	31	10
สูง (>18)	8	49
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	15.62 (2.89)	20.02(1.94)
คะแนนต่ำสุด,คะแนนสูงสุด	7,21	12,23
รวม	60	60

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนพบรายละเอียดดังนี้

ก่อนการทดลอง จากการใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนจำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.38 เมื่อพิจารณาจัดระดับตามเกณฑ์พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนอยู่ในระดับสูง 32 คน รองลงมามีการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนในระดับปานกลาง 27 คน และระดับต่ำ 1 คน

หลังการทดลองระยะเวลาของการให้โปรแกรมสุขศึกษา 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.43 เมื่อพิจารณาจัดระดับตามเกณฑ์พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนในระดับสูง 50 คน และมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนระดับปานกลาง 10 คน ดัง ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน (คะแนนเต็ม = 60 คะแนน)	กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน	จำนวน
ต่ำ (<36)	1	0
ปานกลาง (36-47)	27	10
สูง (>47)	32	50
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	47.60 (5.38)	50.45(3.43)
คะแนนต่ำสุด,คะแนนสูงสุด	36,58	41,58
รวม	60	60

2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน พบรายละเอียดดังนี้

ก่อนการทดลองจากการใช้แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนจำนวน 17 ข้อ คะแนนเต็ม 51 คะแนน พบว่า พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน เท่ากับ 37.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.15 เมื่อพิจารณาจัดระดับตามเกณฑ์พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดโรคเรื้อนอยู่ในระดับปานกลาง 38 คน รองลงมาที่มีการรับรู้ระดับสูง 13 คน และ ระดับต่ำ 9 คน

หลังการทดลองระยะเวลาของการให้โปรแกรมสุขศึกษา 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดโรคเรื้อน เท่ากับ 41.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.89 เมื่อพิจารณาจัดระดับตามเกณฑ์พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง 39 คน และมีการรับรู้ในระดับปานกลาง 21 คน ดัง ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ และเกิดเป็นโรคเรื้อน

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน (คะแนนเต็ม = 51 คะแนน)	กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง จำนวน	หลังการทดลอง จำนวน
ต่ำ (<31)	9	0
ปานกลาง (31-40)	38	21
สูง (>40)	13	39
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	37.02 (5.15)	41.8(3.89)
คะแนนต่ำสุด,คะแนนสูงสุด	29,44	35,49
รวม	60	60

2.4 ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้พบรายละเอียดดังนี้

ก่อนการทดลองจากการใช้แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนจำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 21 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เท่ากับ 17.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.48 เมื่อพิจารณาจัดระดับตามเกณฑ์พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ในระดับปานกลาง 29 คน รองลงมาระดับสูง 27 คน และระดับต่ำ 4 คน

หลังการทดลองระยะเวลาของการให้โปรแกรมสุขศึกษา 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมีความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เท่ากับ 18.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.92 เมื่อพิจารณาจัดระดับตามเกณฑ์พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ในระดับสูง 42 คน และระดับปานกลาง 18 คน ดัง ตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวัง ค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ (คะแนนเต็ม = 21 คะแนน)	กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน	จำนวน
ต่ำ (<13)	4	0
ปานกลาง (13-17)	29	18
สูง (>17)	27	42
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	17.52 (2.48)	18.68(1.92)
คะแนนต่ำสุด,คะแนนสูงสุด	12,21	15,21
รวม	60	60

2.5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง พบรายละเอียดดังนี้

ก่อนการทดลอง จากการใช้แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง จำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 33 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมีความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง เท่ากับ 16.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.65 เมื่อพิจารณาจัดระดับตามเกณฑ์พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองในระดับต่ำ 52 คน รองลงมาระดับปานกลาง 7 คนและระดับสูง 1 คน

หลังการทดลองระยะเวลาของการให้โปรแกรมสุขศึกษา 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมีความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง เท่ากับ 18.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.83 เมื่อพิจารณาจัดระดับตามเกณฑ์พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง ในระดับต่ำ 41 คน รองลงมา ระดับปานกลาง 18 คน และระดับสูง 1 คน ดัง ตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง

ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจ ร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการ สงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง (คะแนนเต็ม = 33 คะแนน)	กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน	จำนวน
ต่ำ(<20)	52	41
ปานกลาง (20-26)	7	18
สูง (>26)	1	1
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	16.57 (3.65)	18.92(3.83)
คะแนนต่ำสุด,คะแนนสูงสุด	11,33	11,33
รวม	60	60

2.6 พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

ก่อนการทดลองจากการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนจำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 11 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ เท่ากับ 6.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.92 เมื่อพิจารณาจัดระดับตามเกณฑ์พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ในระดับต่ำ 35 คน และระดับปานกลาง 25 คน

หลังการทดลองระยะเวลาของการให้โปรแกรมสุขศึกษา 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ เท่ากับ 9.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.06 เมื่อพิจารณาจัดระดับตามเกณฑ์พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ในระดับสูง 41 คน รองลงมา

คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน โดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ระดับปานกลาง 18 คน และระดับต่ำ 1 คน

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการตรวจร่างกายตนเองเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน

พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดยการตรวจ ร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหา อาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้(คะแนนเต็ม = 11 คะแนน)	กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง จำนวน	หลังการทดลอง จำนวน
ต่ำ (<6)	35	1
ปานกลาง (6-9)	25	18
สูง (>9)	0	41
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	6.75 (1.92)	9.73 (1.06)
คะแนนต่ำสุด,คะแนนสูงสุด	1,9	5,11
รวม	60	60

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อน การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เรื่องโรคเรื้อนเฉลี่ยเท่ากับ 15.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.89 หลังการทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 20.02 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 1.94 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเรื้อนก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	t-value	df	p
ก่อนการทดลอง	60	15.62	2.89	9.78	59	<0.001
หลังการทดลอง		20.02	1.94			

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน 47.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.38 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 50.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.43 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	t-value	df	p
ก่อนการทดลอง	60	47.60	5.38	3.46	59	<0.001
หลังการทดลอง		50.45	3.43			

3.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน 37.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.15 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเรื่อง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน เพิ่มขึ้นเป็น 41.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.89 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	t-value	df	p
ก่อนการทดลอง	60	37.02	5.15	5.74	59	<0.001
หลังการทดลอง		41.80	3.89			

3.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เท่ากับ 17.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.48 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เพิ่มขึ้นเป็น 18.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.92 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	t-value	df	p
ก่อนการทดลอง	60	17.52	2.48	2.88	59	< 0.05
หลังการทดลอง		18.68	1.92			

3.5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองเท่ากับ 16.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.64 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 18.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.83 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	t-value	df	p
ก่อนการทดลอง	60	16.57	3.64	3.44	59	0.001
หลังการทดลอง		18.92	3.83			

3.6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เท่ากับ 6.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.92 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	n	S.D.	t-value	df	p
ก่อนการทดลอง	60	6.75 1.92	10.5	59	<0.001
หลังการทดลอง		9.73 1.05			

บทที่ 5

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการเปลี่ยนแปลง ความรู้เรื่องโรคเรื้อน การป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดโรคเรื้อน ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาโอกาสสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเรื้อน ดีขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อภิปรายผลการวิจัยต่าง ๆ ดังนี้

ความรู้โรคเรื้อน และการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง

จากการวิจัย พบว่าภายหลังกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเรื้อนมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้โรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองก่อนการทดลองจากระดับปานกลาง 31 คน และระดับต่ำ 21 คน หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง 49 คนมีคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงจาก 15.62 ก่อนการทดลอง เพิ่มขึ้นเป็น 20.02 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.17 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทางสถิติ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยรายข้อของความรู้โรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้นที่มากกว่าก่อนการทดลองในข้อที่ 2-5, 6, 9, 10-12, 14, 15, 18, 19 และ 21-23 จากแบบสอบถามความรู้และการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง ผลการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าว เป็นผลมาจาก กิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดให้กับกลุ่มทดลอง ที่ประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้โรคเรื้อน ประกอบสไลด์ กลุ่มทดลองมีความสนใจ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อน การได้รับแผ่นพับโรคเรื้อน เพื่อใช้ศึกษาประกอบการบรรยาย ใช้ในการทบทวนความรู้ และศึกษาเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ทบทวนความรู้สรุปเน้นย้ำประเด็นสำคัญ จึงเป็นผลทำให้

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคเรื้อนหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ **จงบกล ศักดิ์ตระกูล (2544: ง)** ศึกษา การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจนับด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับ **ฉวีวรรณ พลเสน (2541: ง)** ศึกษา การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมผ่านตัวแทนสตรีในเขตสุขภาพอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนข้อที่คะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ข้อที่ ข้อที่ 4, 7, 14, 16, 17, 18, 20 และ 21 เป็นเพราะก่อนและหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในข้อเหล่านี้ยังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำได้แก่ ข้อที่ 1 โรคเรื้อนเกิดจากกรรมพันธุ์ หรือการที่พ่อแม่หรือบรรพบุรุษในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคเรื้อนมาก่อนเพราะเป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกมาช้านานในอดีตกาลจึง ต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ข้อที่ 13 โรคเรื้อนสามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน เพราะว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พบเห็นมีจำนวนน้อยลงมากกลุ่มทดลองคิดว่าเป็นผลจากวัคซีน บีซีจี ที่ป้องกันโรคเรื้อนได้ ข้อที่ 19 โรคเรื้อนเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่าย เพราะว่าในผู้ป่วยในระยะติดต่อชนิดเชื้อมาก (MB) สามารถติดต่อทางเดินหายใจกลุ่มทดลองจึงเชื่อว่าสามารถติดเชื้อโรคได้ง่าย

การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเรื้อนมีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนก่อนทดลองจากระดับสูง 32 คน และระดับปานกลาง 27 คนและระดับต่ำ หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูงร้อยละ 50 คน ระดับปานกลาง 10 คน มีคะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงจาก 47.60 ก่อนการทดลอง เพิ่มสูงขึ้นเป็น 50.45 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.99 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทางสถิติพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเรื้อน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการ โรคเรื้อนดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2.1 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อพบว่า หลังการ

ทดลองคะแนนเฉลี่ยรายชื่อของการรับรู้ความรุนแรงของอาการ โรคเรื้อนเพิ่มมากขึ้นดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในข้อที่ 5, 16, และ 18 ผลการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ดังกล่าวเป็นผลมาจากกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดให้กับกลุ่มทดลอง ที่ประกอบด้วย การสร้างความกลัวต่ออาการโรคเรื้อน การปรับเปลี่ยนระบบความคิดและความเชื่อ โดยให้ชมวิดีโอทัศนโรคเรื้อน ภาพโปสเตอร์ที่เน้นถึงความน่ากลัว และอันตรายต่อสุขภาพและร่างกาย เมื่อป่วยด้วยโรคเรื้อนโดยการให้ดูภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่พิการ ประกอบ โดยให้อธิบายความรู้สึกต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน และบริหารจัดการกับโรคเรื้อน วิเคราะห์ผลกระทบต่อร่างกาย จิต สังคม ผู้วิจัยสรุปแนวคิด ให้เอกสารแผ่นพับเพื่อการทบทวนเนื้อหา โดยผู้วิจัยได้ย้ำเตือนได้รับรู้ถึงอันตราย และความรุนแรงของโรคเรื้อน จึงเป็นผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงและอาการของโรคเรื้อนภายหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ **จงกล ตักดีตระกูล (2544: ง)** ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจนับด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับรู้ความรุนแรง โรคมะเร็งเต้านม ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) **จันทร์เพ็ญ เนาวรัตน์จำเนียร (2544: ง)** ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการ ส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีคลินิกวัยทองวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ฉวีวรรณ พลเสน (2541: ง)** ศึกษา การส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมผ่านตัวแทนสตรีในเขตสุขภาพอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในด้าน การรับรู้ความรุนแรงมะเร็งเต้านม ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ปริญดา ทุนคำ (2541: ง)** ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการ ส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงสถาบันราชภัฏนครสวรรค์ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับการสอนเพื่อให้เกิดทักษะและกระบวนการกลุ่ม หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **เบรน ที แมคลีดอน (Brian T. McClendon) สตีเฟน เพร็นทิส ดันน์ (Steven Prentice – Dunn) (2001: 321 – 32)** ได้ศึกษาการลดความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งผิวหนังในกลุ่มนักศึกษาผิวขาว ที่ต้องการมีผิวสีแทนโดยการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โดย

มีกิจกรรมในการศึกษาคือการบรรยาย, การทำความเข้าใจง่าย ๆ, วิดีโอเกี่ยวกับเรื่องของชายหนุ่มคนหนึ่งเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งผิวหนัง, และการอภิปรายสั้นๆ และเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ในตัวแปรเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง และยังคงอยู่เมื่อวัดหลังการทดลองอีก 1 เดือน ภาพถ่ายหลังการทดลองเป็นข้อมูลยืนยันสมมติฐาน พบว่าร้อยละ 72 ของกลุ่มทดลองมีผิวขาวขึ้น ขณะที่ ร้อยละ 16 มีผิวสีดํา เฮลเมส เอ ดับเบิลยู (Helm, AW) (2000: 453 – 62) ได้ทำการศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงทางพันธุกรรมของโรคมะเร็งเต้านมเพื่อคัดทำนายแรงจูงใจของหญิงที่ได้รับการตรวจ จดหมาย และผลการศึกษาพบว่า เมื่อวิเคราะห์ตามโครงสร้างสมการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ตัวแบบที่สมบูรณ์ไม่ได้ถูกสนับสนุนด้วยข้อมูล ตัวแบบที่ได้รับการปรับปรุงแสดงให้เห็นว่ามีความเหมาะสม ร้อยละ 51 ผู้หญิงมีความกังวลเรื่องมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น มีการรับรู้ความเสี่ยงมากขึ้นผู้หญิงที่ได้รับข้อมูลจะได้เปรียบกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการทดสอบคือมีแรงจูงใจในการทดสอบมากขึ้น

ส่วนข้อที่คะแนนเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อรังไม่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ข้อที่ ข้อที่ 1, 2, 7, 8, 15, 17, 19 และ 20 เป็นเพราะก่อนและหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในข้อเหล่านี้ยังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองต่ำได้แก่ ข้อที่ 3 โรคเรื้อรังเป็นโรคผิวหนังธรรมดาที่ไม่ใช่โรคติดต่อที่ร้ายแรง เพราะอาการเริ่มแรกมักพบเป็นวงด่างสีขาว หยิกไม่เจ็บแบบโรคผิวหนังธรรมดาและระยะพักตัวของโรคมีระยะเวลานาน 3-5 ปี ทำให้กลุ่มทดลองคิดว่ามีเวลารอได้ก่อนที่จะไปรับการรักษามากพอก่อนที่จะปรากฏอาการ หรือพิการ ข้อที่ 4 โรคเรื้อรังทำให้เกิดความพิการทุกราย เช่น มือ เท้า หักงอ กุดด้วน เพราะกลุ่มทดลองมีความเชื่อว่าถ้าเป็นโรคเรื้อรังแล้วไม่มีวิธีรักษาให้หายได้ต้องพิการทุกราย ข้อที่ 6 ความพิการที่เกิดจากโรคเรื้อรังไม่มีผลเสียต่อการทำงานเพราะโรคเรื้อรังทำลายเฉพาะระบบประสาทส่วนปลาย ตา มือ และเท้า โดยไม่ทำลายเส้นประสาทส่วนกลาง ดังนั้นความสามารถทางสมองยังเป็นปกติ และเนื่องจากผู้ป่วยที่พิการมักหลบซ่อนตัวไม่เปิดเผยตนและยอมรับว่าเป็นโรคเรื้อรังและจะเก็บตัว ไม่สังคม ทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังไม่สามารถรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อรัง ถึงความพิการได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อรัง

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อรังก่อนทดลองจากระดับปานกลาง 38 คน และระดับสูง 13 คน และระดับต่ำ 9 คน หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง 39

คน ระดับปานกลาง 21 คน (ตารางที่ 6) มีคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงจาก 37.02 ก่อนการทดลองเพิ่มสูงขึ้นเป็น 41.8 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.91 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทางสถิติ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเรื้อนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2.2 และจากการวิเคราะห์รายข้อพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนถูกต้องเพิ่มมากขึ้นดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในข้อที่ 1, 2, 6 และ 16 เป็นผลมาจากกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดให้กับกลุ่มทดลอง ที่ประกอบด้วย ให้ชมวิดีโอทัศนในเรื่องการติดต่อเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน ให้งานกลุ่มการอภิปรายกลุ่มในประเด็น “เคยพบเห็นผู้ป่วยโรคเรื้อนและโอกาสติดเชื้อเป็นโรคเรื้อน” สร้างความคิดรวบยอดโดยผู้วิจัยสรุปแนวทางการให้เอกสารแผ่นพับเพื่อทบทวนส่วนเนื้อหา และอันตรายโดยผู้วิจัยได้ย้ำเตือนโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน จึงเป็นผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดโรคเรื้อนภายหลังการทดลองเพิ่มสูงมากกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนข้อที่ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดโรคเรื้อนไม่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ข้อที่ ข้อที่ 3, 4, 6-10 และ 17 เป็นเพราะก่อนและหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดโรคเรื้อน ในข้อเหล่านี้ยังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองต่ำได้แก่ ข้อที่ 5 ถ้าท่านอยู่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อน ท่านจะมีโอกาสเป็นโรคเรื้อน เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจะไม่เปิดเผยตนหรือแสดงตนทำให้กลุ่มทดลองคิดว่าไม่มีผู้ป่วยในหมู่บ้านมานานแล้วจึงไม่มีโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดโรคเรื้อน ข้อที่ 11 อาชีพเกษตรกรรมที่ใช้มือสัมผัสดินมีโอกาสติดเชื้อโรคเรื้อนได้เพราะกลุ่มทดลองคิดว่าคล้ายเชื้อโรคชนิดอื่นมักพบได้ทั่วไป ตามธรรมชาติ ข้อที่ 12 เมื่อพบผิวหนังเป็นวงด่างสีจาง และคันบริเวณรอยโรคอาจเป็นอาการเริ่มต้นของโรคเรื้อน เพราะว่าอาการคันไม่ใช่อาการของโรคเรื้อนแต่เมื่อพูดถึงโรคผิวหนังคนส่วนมากคิดว่าต้องมีอาการคันร่วมอยู่ด้วย ข้อที่ 13 โรคเรื้อนไม่สามารถป้องกัน และรักษาให้หายขาดได้ กลุ่มทดลองคิดว่ามีความเชื่อว่าโรคเรื้อนเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้และยังคิดว่าเป็นโรคจากเวรกรรม ข้อที่ 14 ถ้ามารดาป่วยเป็นโรคเรื้อน ในขณะที่ตั้งครรภ์บุตรที่เกิดมาจะติดเชื้อโรคเรื้อนจากมารดา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่คิดว่ามีความเชื่อว่าโรคเรื้อนเป็นโรคกรรมพันธุ์จึงสามารถถ่ายทอดไปยังลูกได้ ข้อ 15 การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเรื้อนจะทำให้ติดเชื้อได้เพราะคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์มีการหายใจและอยู่ใกล้ชิดกันมากทำให้คิดว่าอาจมีโอกาสติดเชื้อเป็นโรคเรื้อนได้

ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเรื้อนมีการเปลี่ยนแปลงระดับความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ก่อนการทดลองจากระดับปานกลาง 29 คน ระดับสูง 27 คน และระดับต่ำ 4 คน เพิ่มสูงขึ้นเป็นระดับสูง 42 คน และระดับปานกลาง 18 คน มีคะแนนเฉลี่ย 17.52 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 18.68 คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 6.62 โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3.1 และจากการวิเคราะห์รายข้อพบว่า หลังการทดลองคะแนนคะแนนเฉลี่ยเกิดความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เพิ่มมากขึ้นดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในข้อที่ 4 และ 7 ผลการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน เป็นผลมาจากกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดให้กลุ่มทดลอง ที่ประกอบด้วย การให้สมาชิกฝึกปฏิบัติการตรวจร่างกายตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อน กลุ่มทดลองร่วมกันประเมินผลการตรวจ ผู้วิจัยให้คะแนนและอธิบายวิธีการตรวจซ้ำอีกครั้ง แบ่งกลุ่มอภิปรายผลที่ได้จากการฝึกตรวจร่างกาย ปัญหา แนวทางแก้ไข การให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้เอกสารวิธีการตรวจโรคเรื้อนด้วยตนเอง จึงเป็นผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน

ข้อที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรือมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3 และ 5 ได้ค่อนข้างดีอยู่แล้ว จึงไม่พบการเปลี่ยนแปลง

ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเรื้อนมีการเปลี่ยนแปลงระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง ก่อนการทดลองจากระดับต่ำ 52 คน ระดับปานกลาง 7 คนและ

ระดับสูง 1 คน หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นเป็นระดับต่ำ 41 คน และระดับปานกลาง 18 คน และระดับสูง 1 คน มีคะแนนเฉลี่ย 16.57 ส่วนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 18.92 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิมคิดเป็น ร้อยละ 14.18 โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3.2 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยรายข้อของความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้นดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในข้อที่ 1, 3-5 และ 7 เป็นผลมาจากกิจกรรม ตามโปรแกรมที่จัดให้กลุ่มทดลอง ประกอบไปด้วย การให้กลุ่มทดลองทุกคน ทบทวนการตรวจร่างกายตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อน แบ่งกลุ่มอภิปรายปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหของ ผู้วิจัยสรุป จึงเป็นผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อที่คะแนนเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรือมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ได้แก่ ข้อที่ 2 การตรวจร่างกายด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เมื่อตรวจอาการเริ่มเป็นและรีบไปรักษา แต่ต้นก็สามารถหายจากโรคเรื้อนและป้องกันความพิการจากโรคเรื้อนเป็นเพราะกลุ่มทดลองมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ทำให้ใช้เวลาในการประกอบอาชีพทำให้หาเวลาได้ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ ข้อที่ 6 การตรวจร่างกายด้วยตนเองใช้เวลาไม่นานมาก แต่ได้ผลคุ้มค่าเป็นเพราะกลุ่มทดลองมีความเชื่อว่าการตรวจที่ถูกต้องต้องใช้เวลาที่ต้องเปรียบเทียบกับภาพในเอกสารที่แจกให้ การตรวจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน่าเชื่อถือกว่าความไม่มั่นใจในการตรวจด้วยตนเองซึ่งใช้เวลานานกว่า ข้อที่ 8 ถ้าตรวจร่างกายพบอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อน สามารถไปรับการตรวจยืนยันจากแพทย์และรักษาให้หายขาดได้ กลุ่มทดลองยังไม่มีมีความเชื่อมั่นมากพอในการตรวจร่างกายด้วยตนเอง ข้อที่ 9 การตรวจร่างกายด้วยตนเองหน้ากระจกเงาเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการตรวจหาความผิดปกติของผิวหนังและช่วยค้นหาโรคเรื้อนกลุ่มทดลองคิดว่าความสามารถในการตรวจและอุปกรณ์ในการตรวจและทักษะของเจ้าหน้าที่น่าจะดีและเหมาะสมกว่าการตรวจด้วยกระจกเงา ข้อที่ 10 การตรวจร่างกายด้วยตนเองถ้าพบความผิดปกติต้องรีบไปพบหมอมิเช่นนั้น ต้องพิการทุกรายเป็นเพราะอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนคล้ายอาการที่ผิวหนังทั่วไปกลุ่มทดลองอาจเผลอรักษาด้วยตนเองก่อน และการดำเนินของโรคจนพิการ ใช้เวลานานจึงอาจจะรอจนแน่ใจว่าเป็นอาการที่ชัดเจนไม่จำเป็นต้องรีบ ข้อที่ 11 การตรวจร่างกายด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ทราบความเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ดีขึ้นและไปรับการตรวจยืนยัน แนะนำจากแพทย์ทำให้สบายใจที่ปลอดภัยจากโรคเรื้อน เพราะว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถ

ค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองต้องใช้เวลาในสร้างทักษะการตรวจโรคเรื้อนมีลักษณะอาการเริ่มแรกแตกต่างกันหลายประเภท ตัวแบบที่ใช้เป็นหุ่นฝึกการตรวจจะไม่เหมือนกับของจริงซึ่งเห็นได้แต่เพียงรูปภาพประกอบเท่านั้น กลุ่มทดลองยังมีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์การตรวจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าตนเอง

พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

จากการวิจัย พบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเรื้อนมี การเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนมีพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เพิ่มสูงขึ้นในระดับสูง ซึ่งก่อนทดลองระดับต่ำ 35 คน และระดับปานกลาง 25 คน เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง 41 คน ระดับปานกลาง 18 คน และระดับต่ำ 1 คน หลังการทดลอง 10 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 6.75 เพิ่มขึ้นเป็น 9.73 หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยเพิ่ม เป็น ร้อยละ 44.15 โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลอง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยรายข้อของพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เพิ่มมากขึ้นดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในข้อที่ 2, 6 และ 8-10 เป็นผลมาจากโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองซึ่งทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองมากขึ้น รับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน รับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนเพิ่มมากขึ้น มีความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ มีความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองการเพิ่มมากขึ้น ได้รับการสาธิต การฝึกตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ การอธิบายลักษณะอาการระยะแรกของโรคเรื้อน ประกอบรูปภาพ แจกเอกสารวิธีการตรวจโรคเรื้อนด้วยตนเอง การสาธิตวิธีการตรวจ ฝึกปฏิบัติ ประเมินผลและติดตาม ทำให้กลุ่มทดลองสามารถ สังเกต ตรวจ ร่างกายตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อนได้และ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง

มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน โดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน

ข้อที่คะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน โดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรือมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 4, 6, 7 และ 11 พฤติกรรมในข้อเหล่านี้กลุ่มทดลองได้ปฏิบัติและมีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างดี ทำให้คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองไม่เปลี่ยนแปลง

สรุปพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน โดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนที่ได้จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนก่อนการทดลอง 6.75 หลังการทดลอง 9.73 เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน พบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดขึ้นเนื่องจาก กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมในโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ในกิจกรรมตลอด 10 สัปดาห์ พบว่า การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนมีพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อนของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 60 คน เริ่มดำเนินการวิจัยมกราคม 2552 ถึง มีนาคม 2552 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์

การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม โดยทำการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เก็บข้อมูลกลุ่มทดลองก่อนการทดลองใน สัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มโปรแกรมการทดลอง และเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมที่จัดให้ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดลองไว้ที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t - test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคม

ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากรและสังคมของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย มีอายุ 40-49 ปี ระดับการศึกษา จบระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกร สำหรับประวัติการป่วยเป็นเรื้อนของสมาชิกในครอบครัว มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นเรื้อนราย ส่วนเคยพบเห็นผู้ป่วยโรคเรื้อนในหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ มีจำนวน 35 ราย แหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง

ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของอาการ โรคเรื้อน

ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อนมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

4. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อน

ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อนมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

5. ผลการเปรียบเทียบความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

6. ผลการเปรียบเทียบความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง

ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

7. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

ภายหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เพิ่มมากขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อนของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอแม่เปิน จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายความรู้และการป้องกันโรคเรื้อน ประกอบสไลด์ ตนเอง ชมวีดิทัศน์ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตวิธีการตรวจร่างกาย ตัวแบบจำลอง การฝึกปฏิบัติ

ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน การประเมินด้วยตนเองได้รับแผ่นพับโรคเรื้อน และคู่มือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนจากผู้วิจัย ผลจากการจัดกิจกรรมโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเรื้อนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองเป็นผลทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน โดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนสามารถปฏิบัติได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการตรวจร่างกายและประเมินทักษะ ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมตรวจร่างกายที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอได้
2. ควรจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การแจกเอกสารวิธีการตรวจโรคเรื้อนด้วยตนเอง การติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ จะทำให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ทำให้มีพฤติกรรมในการตรวจร่างกายอย่างถูกต้อง
3. ควรจัดการเรียนรู้โดยการอภิปรายกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้กลุ่มทดลองพูดถึงประสบการณ์ที่เคยพบเห็นผู้ป่วยโรคเรื้อน หรือข้อมูลข่าวสารที่เคยได้รับเกี่ยวกับโรคเรื้อนในประเด็นความรุนแรง โอกาสเสี่ยง และผลกระทบ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มทดลองแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นในการป้องกันโรคเรื้อนระยะเริ่มแรกได้ เป็นการสร้างความตระหนักและนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคเรื้อนได้
4. ควรดำเนินการประเมินผลการตรวจร่างกายด้วยตนเอง และให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งมีความสำคัญ เพราะช่วยให้ทราบถึงข้อบกพร่องที่ควรปรับปรุงแก้ไข ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ทักษะได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้เกิดพฤติกรรมตรวจร่างกายเพื่อป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ โดยมีการประเมินผลการตรวจควบคู่ไปกับการให้ข้อมูลย้อนกลับไปด้วย

5. ควรนำโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อนซึ่งใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคกระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่เสี่ยงโรคเรื้อน พื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัย โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มอื่นๆ เช่น นักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ในพื้นที่เสี่ยงโรคเรื้อนอื่นๆ
2. ควรดำเนินการวิจัย โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมและการเสริมพลังอำนาจ เพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. ควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เจาะลึกถึงกระบวนการจัดการในการป้องกันโรคในชุมชนในด้านการรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง และการสร้างความตระหนักต่อโรคเรื้อนอย่างต่อเนื่อง
4. ควรดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่เสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้นำชุมชน
5. ควรดำเนินการวิจัยเชิงทดลองหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการดำเนินงานทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประชาชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง
ของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์

EFFECTIVENESS OF A HEALTH EDUCATION PROGRAMME ON HEALTH
BEHAVIOURS TOWARD SELF-PREVENTION OF LEPROSY AMONG POPULATION AT
RISK IN MAE POEN DISTRICT, NAKORNSAWAN PROVINCE

อานภาพ พงษ์พานิช 4737481 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วาสนา จันทร์สว่าง, ศศ.ม., ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, M.D., D.T.M. &
H, MCTM, Diploma Thai Board of Pediatrics., สุคนธา ศิริ, Ph.D. (Tropical Medicine)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ที่สามารถก่อให้เกิดความพิการที่รุนแรงและเสียภาพลักษณ์
อันจะนำไปสู่ผู้ที่เป็โรคนี้ ประสบกับปัญหาไปทางสังคมและเศรษฐกิจได้ ความพิการมักเกิดขึ้นจาก
เส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลาย ความพิการที่เกิดขึ้นนี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นหรือแก้ไขได้
ในผู้ป่วยที่แสดงอาการของโรคได้ในระยะเริ่มแรก แต่สิ่งที่สำคัญก็คือผู้ที่เป็โรคนี้แล้วส่วนหนึ่ง
ที่มาพบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นครั้งแรกเมื่อเส้นประสาทถูกทำลายจนไม่สามารถแก้ไขให้มีสภาพ
เหมือนเดิมได้ ดังนั้นถ้าสามารถวินิจฉัยผู้ป่วยได้ในระยะแรกของการติดโรคได้เร็วเท่าใด ก็น่าจะมี
ความเป็นไปได้สูงที่จะสามารถป้องกันเส้นประสาทถูกทำลายได้เร็วเท่านั้น ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่
ได้ผลมากกว่าการป้องกันโดยวิธีอื่นๆ นอกจากนั้นจากปัญหา ความเชื่อที่ผิดๆ ของประชาชนทำให้
ความตระหนักในการรักษาโรคนี้อยู่ในระดับต่ำ รวมทั้งปัญหาจากความความรังเกียจผิดๆ และการที่
โรคสามารถหายได้เอง ฯลฯ ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยใหม่ไปพบแพทย์ล่าช้า ความรังเกียจและ
ความกลัวว่าจะถูกรังเกียจจากสังคมและชุมชนเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การไปพบแพทย์ล่าช้า เป็นผลทำ

ให้ความพิการเป็นมาขึ้น และทำให้มีการแพร่เชื้อในชุมชนเป็นเวลานานขึ้น และมีการไม่ต่อเนื่องในการรักษาและปฏิเสธการรักษาในที่สุด

องค์การอนามัยโลก ได้ยอมรับว่าการค้นพบผู้ติดเชื้อได้เร็ว และการรักษาผู้ติดเชื้อเป็นเหตุผลและกลวิธีหลักสำคัญในการตัดวงจรการแพร่ติดต่อโรคและการกำจัดโรคเรื้อนในชุมชน ในปี 2524 องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกใช้ยาเคมีบำบัดผสม (Multidrug therapy: MDT) ซึ่งการใช้ยารักษาแบบใหม่นี้มีประสิทธิภาพอย่างสูงในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้หายรวดเร็วขึ้นและสามารถลดความชุกของโรคลงอย่างรวดเร็วกว่าเดิมมากได้ ประเทศไทยหลังจากเริ่มใช้ยา MDT ในปี 2527 ก็ประสบความสำเร็จสามารถกำจัดโรคเรื้อนจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข (อัตราความชุกโรค < 1 : 10,000 ประชากรตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก) ในปี 2537 โดยพบมีอัตราความชุกของโรค 0.8 / 10,000 หลังจากการกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จดังกล่าวพบว่า ในระดับอำเภอยังพบว่ามีอัตราความชุกของโรค > 1 : 10,000 ประชากร ในพื้นที่ 23 อำเภอที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนในระดับอำเภอ (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2548) และในปี 2549 อำเภออันดับ 2 คือ อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ (2.53 : 10,000 ประชากร) ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่ได้รับการรักษาล้าช้ามากกว่า 1 ปีจำนวน 3 คน และมีผู้ป่วยเด็กจำนวน 1 คน แสดงว่ามีผู้ป่วยที่เป็นแหล่งแพร่โรคในชุมชนที่ยังแพร่เชื้ออยู่และมีแนวโน้มการเกิดการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนที่ยังรุนแรง (Active transmission) ซึ่งเกิดขึ้นไม่นาน (Recent transmission)

จากความเป็นมาดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาสำรวจเรื่องนี้ที่อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อน อาสาสมัครสาธารณสุข ครู ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลแม่เป็น จำนวน 15 คนโดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE MODEL การศึกษานำร่องพบว่า

ปัจจัยนำ

ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันไม่ถูกต้อง โดยประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนยังมีความรู้ความเข้าใจและความเชื่อที่ผิดๆ ว่าโรคเรื้อนเป็นโรคที่ติดต่อทางกรรมพันธุ์ ทางสายเลือด ติดจากพ่อแม่สู่ลูกได้ การสัมผัสตัวใกล้ชิดผู้ป่วยไข้ของร่วมกัน เสื้อผ้าอาจทำให้ติดโรคเรื้อนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนใหญ่ยังไม่ทราบอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อน

ปัญหาจากการขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยเข้าใจว่าโรคเรื้อนไม่ทำให้เกิดอาการรุนแรงคิดว่าเป็นโรคผิวหนังธรรมดาทั่วไป ไม่น่าจะทำให้เกิดความพิการได้ จึงมักจะซื้อยามาทาเองในเบื้องต้น ซึ่งเป็นการรักษาที่ไม่ถูกต้องอันอาจจะทำให้อาการโรคลุกลามถึงทำให้เกิดความพิการได้

ปัญหาขาดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยไม่เชื่อว่าเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงติดกันถ้ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนอาศัยอยู่อาจมีโอกาสแพร่ติดต่อโรคเรื้อนได้และเข้าใจเพียงว่าการติดโรคเรื้อนนั่นต้องเกิดจากการสัมผัสใกล้ชิดของบุคคลที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย หรือมีการคลุกคลีอย่างใกล้ชิดติดต่อกันเป็นเวลานาน

ความคิดความเชื่อในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค อันได้แก่การหมั่นตรวจผิวหนังตนเองทุกเดือนนั้น ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนเชื่อว่าไม่น่าจะป้องกันโรคได้เพราะเชื่อว่าควรให้เจ้าหน้าที่ตรวจร่างกายให้ถูกต้องและวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อนน่าจะแน่นอนกว่าจึงค่อยไปรับการรักษาจะดีกว่า และนอกจากนั้นยังมีความเชื่อว่า ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนในบ้านควรมี การหมั่นสังเกตดูอาการทางผิวหนังที่ผิดปกติ คล้ายโรคเรื้อน และรู้จักหลีกเลี่ยงไม่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยระยะติดต่อ เพื่อเป็นการป้องกันโรคเรื้อนตนเองมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อน

ความคิดเห็นในความสามารถตนเองในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อน ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนได้แสดงความคิดเห็นว่าน่าจะปล่อยให้เจ้าหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมารับผิดชอบมากกว่าในการควบคุมป้องกันโรคเรื้อนที่ควรจะให้ความรู้ และข้อเสนอแนะที่ถูกต้องเหมาะสม

ปัจจัยเอื้อ

ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนขาดเอกสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และการได้รับความรู้และการแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคเรื้อน

ปัจจัยเสริม

ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนยอมรับว่า ข้อมูลข่าวสารโดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งที่สร้างความเชื่อมั่นให้รู้จักวิธีการตรวจผิวหนังเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการที่สงสัยจะเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และส่งเสริมให้มีการหมั่นตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

จากการศึกษานำร่องข้างต้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องโรคเรื้อน ขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน และขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อน ส่วนใหญ่มีความคิดความเชื่อว่าการควบคุมการป้องกันโรคเป็นหน้าที่ ความรับผิดชอบและความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น ไม่เชื่อและมั่นใจว่าตนเองจะสามารถทำได้ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่เกิดพฤติกรรมหมั่นตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการที่

สงสัยจะเป็นโรคเรื้อน เพื่อไปรับการตรวจวินิจฉัย และรักษาที่สถานบริการสุขภาพ ใกล้บ้าน ตั้งแต่เมื่อค้นพบว่าเริ่มมีอาการสงสัยแต่เนิ่นๆ ก่อนที่โรคจะลุกลาม จนพิการและแพร่โรคให้ผู้อื่นในครอบครัวและชุมชนต่อไป จากปัญหาและข้อมูลที่พบจากการศึกษานำร่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจผิวหนังด้วยตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนในชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อน โดยการนำเอาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นำมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อนในชุมชนต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ มีประสิทธิผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อไปนี้ได้หรือไม่

1. ความรู้เรื่องโรคเรื้อน และการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง
2. การประเมินอันตรายซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน
 - 2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดโรคเรื้อน
3. การประเมินการเผชิญปัญหา
 - 3.1 ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้
 - 3.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง
4. พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อนของ ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา ในเรื่อง

1. ความรู้เรื่องโรคเรื้อน และการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง
2. การประเมินอันตรายซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการ โรคเรื้อน
 - 2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดโรคเรื้อน
3. การประเมินการเผชิญปัญหา
 - 3.1 ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวัง ค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้
 - 3.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการ สงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง
4. พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน โดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวัง ค้นหาการ สงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ โปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาใช้ในการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ตัวแปรตาม ได้แก่

1. ความรู้เรื่องโรคเรื้อน และการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง

2. การประเมินอันตรายซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน
 - 2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน
3. การประเมินการเผชิญปัญหา
 - 3.1 ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้
 - 3.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง
4. การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดยการตรวจร่างกายด้วยตนเอง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อและเกิดอาการโรคเรื้อนโดยผลลัพธ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเรื้อนในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน จำนวน 60 คน ที่ผ่านกาศัยอยู่ หมู่ที่ 1, 4, 5, 10, 16, 17 อำเภอมะเป็น จังหวัดนครสวรรค์ ที่เคยมีผู้ป่วยชนิดเชื้อมากที่มีที่ผ่านกาศัยอยู่

วิธีการศึกษาวิจัย

ประชากร

ได้แก่ ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดอาการโรคเรื้อนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่เคยตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมากในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ในตำบลแม่เป็น อำเภอมะเป็น จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ ประชากรที่อาศัยอยู่ หมู่ที่ 1, 4, 5, 10, 16 และ 17 ตำบลแม่เป็น อำเภอมะเป็น จังหวัดนครสวรรค์ ที่เคยตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมากในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และบ้านเรือนติดหรือ

อยู่ใกล้บ้านที่เคยผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดเชื้อโดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง 60 คน จากผู้แทนครัวเรือนละ 1 คน จากครัวเรือน (บ้าน) ทั้งหมดใน 6 หมู่บ้านดังกล่าวจากทั้งหมด 24 หมู่บ้าน ซึ่งมีประชากร 5,799 คน เพื่อเข้าร่วมในกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มตัวแทนครัวเรือนทั้ง 60 คน

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เป็นการศึกษาประชากรกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pre-test Post-test Experiment) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังด้วยตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. ทำหนังสือขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ประสานงาน เพื่อขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้านในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการใช้สถานที่ วัสดุอุปกรณ์
3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและร่วมกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพ โดยจัดการปฐมนิเทศเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการ

โปรแกรมสุขภาพประกอบด้วย

แผนการจัดกิจกรรมสุขภาพครั้งที่ 1

1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์กลุ่มทดลองแนะนำตนเอง

2. กิจกรรมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นโรคเรื้อน

2.1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคเรื้อน

2.2 ชมวิดีโอ “โรคเรื้อน” เรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อน

2.3 แบ่งกลุ่มอภิปราย นำเสนอผลการอภิปรายตามประเด็นที่กำหนด สรุปแนวคิดโดยผู้วิจัย

2.4 สร้างความคิดรวบยอดเกี่ยวกับการชม วิดีทัศน์โรคเรื้อน ในเรื่องการเกิดโรคเรื้อน ปัจจัยเสี่ยง อาการแสดง

2.5 สรุปผลการอภิปรายกลุ่ม นำเสนอ สรุปแนวคิดโดยผู้วิจัย

แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 2

1. ขั้นรู้ชัดเห็นจริง

1.1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สุ่มสมาชิก 1-2 คนนำเสนอวิธีการลดความเสี่ยงจากการเป็นโรคเรื้อน

1.2 ชมวิดีโอการตรวจร่างกายด้วยตนเอง และสาธิตการตรวจด้วยหุ่นจำลอง

2. ขั้นลงมือกระทำ

สะท้อนผล ฝึกการตรวจร่างกายกับหุ่นจำลองและให้ร่วมกันให้คะแนนโดยสมาชิก ประเมินผลโดยผู้วิจัย

3. ประยุกต์แนวคิดโดยการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาที่พบ อุปสรรค ผู้วิจัยสรุปแนวคิดที่ได้

4. แจกแผ่นพับการตรวจร่างกายด้วยตนเอง

แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 3

1. ขั้นรู้ชัดเห็นจริง

1.1 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบ่งกลุ่มสมาชิกนำเสนอประสบการณ์การตรวจร่างกายที่บ้าน ปัญหาที่พบ สมาชิกร่วมกันอภิปราย

1.2 ร่วมกันคิดอย่างสร้างสรรค์

2. ขั้นลงมือกระทำ

การเสริมแรง ฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลอง

3. การประยุกต์ใช้ อภิปรายในประเด็น ประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจร่างกาย ผู้วิจัยกล่าวสรุปแนวคิดที่ได้

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

เมื่อดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนจนถึงสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามทุกชุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบ เพื่อให้ข้อมูลครบถ้วน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัย โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (= 95%) ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่อทดสอบลักษณะข้อมูลลักษณะประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้โรคเรื้อน ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน เคยได้พบเห็นผู้ป่วยในหมู่บ้านชุมชน ทำการวิเคราะห์และนำเสนอโดย การแจกแจงจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและภายหลังดำเนินการทดลองในเรื่อง ความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ ด้วยสถิติ Paired t- test

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MU-IRB 2008/300.1501 ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของจริยธรรมในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

สำหรับการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองของกลุ่มประชากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเป็นโรค อำเภอแม่เปิน จังหวัดนครสวรรค์ ได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์

ด้วยการใช้เครื่องมือคือ แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลที่มีกลุ่มทดลองทั้งสิ้น จำนวน 60 คน และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ดังสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูล คุณลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มทดลอง

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มทดลองที่ศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.7 มีอายุ ระหว่าง 40-49 ร้อยละ 48.3 รองลงมา มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 21.7

การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.3 รองลงมา จบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 11.7, และ 10.0

อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 76.7 รองลงมา รับจ้าง ร้อยละ 10.0,

สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 86.7 รองลงมา หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 10.0

มีประวัติบุคคลในครอบครัวเคยเป็นโรคเรื้อน พบว่า ใน กลุ่มทดลองเคยมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเรื้อน 1 ราย ร้อยละ 1.7

เคยพบเห็นผู้ป่วยโรคเรื้อนในหมู่บ้าน/ชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ พบว่า กลุ่มทดลองเคยพบเห็นผู้ป่วยโรคเรื้อนในหมู่บ้านที่ตนเองอาศัย ร้อยละ 58.3

ความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลอง จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 15.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.89 หลังการทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 20.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเท่ากับ 1.94 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการป้องกันโรคเรื้อนด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 21.98 เป็นผลมาจากการบรรยายให้ความรู้โรคเรื้อน ประกอบสไลด์ กลุ่มทดลองมีความสนใจ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อน การได้รับแผ่นพับโรคเรื้อน เพื่อใช้ศึกษาประกอบการบรรยาย ใช้ในการทบทวนความรู้ และศึกษาเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ทบทวน

ความรู้สรุปเน้นย้ำประเด็นสำคัญ จึงเป็นผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคเรื้อนหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินอันตราย

การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนเฉลี่ยเท่ากับ 47.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.38 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 50.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเท่ากับ 3.43 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 2.85 เป็นผลมาจากการสร้างความกลัว โดยให้ชม วิดีทัศน์โรคเรื้อน โปสเตอร์ภาพที่เน้นถึงความน่ากลัว และอันตรายต่อสุขภาพและร่างกาย โดยการให้ดูภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่พิการ อภิปรายความรู้สึกต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน และวิธีจัดการกับโรคเรื้อน วิเคราะห์ผลกระทบต่อการร่างกาย จิต สังคม ผู้วิจัยสรุปแนวคิด ให้เอกสารแผ่นพับเพื่อทบทวนเนื้อหา โดยผู้วิจัยได้ย้ำอันตราย และความรุนแรงของโรคเรื้อน จึงเป็นผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงและอาการของโรคเรื้อนภายหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง จากคะแนนเต็ม 51 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน 37.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.15 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเรื่อง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน เพิ่มขึ้นเป็น 41.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.89 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 4.78 เป็นผลมาจากชมวิดีโอทัศน์เรื่องการติดต่อเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน ให้งานกลุ่มการอภิปรายกลุ่มในประเด็น “เคยพบเห็นผู้ป่วยโรคเรื้อนและโอกาสติดเชื้อเป็นโรคเรื้อน” สร้างความคิดรวบยอดโดยผู้วิจัยสรุปแนวคิด การให้เอกสารแผ่นพับเพื่อทบทวน

ส่วนเนื้อหา และอันตรายโดยผู้วิจัยได้ย้ำเตือนโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน จึงเป็นผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดโรคเรื้อน ภายหลังการทดลองเพิ่มสูงมากกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินเผชิญปัญหา

ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ในกลุ่มทดลอง จากคะแนนเต็ม 21 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เท่ากับ 17.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.48 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เพิ่มขึ้นเป็น 18.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.92 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 6.62 เป็นผลมาจากกลุ่มทดลองทุกคนฝึกปฏิบัติการตรวจร่างกายตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อน กลุ่มทดลองร่วมกันประเมินผลการตรวจ ผู้วิจัยให้คะแนนและอธิบายวิธีการตรวจซ้ำอีกครั้ง แบ่งกลุ่มอภิปรายผลที่ได้จากการฝึกตรวจร่างกาย ปัญหา แนวทางแก้ไข การให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้เอกสารวิธีการตรวจโรคเรื้อนด้วยตนเอง จึงเป็นผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองในกลุ่มทดลอง จากคะแนนเต็ม 33 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถ

ค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองเท่ากับ 16.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.64 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 18.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.83 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) คะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 14.18 เป็นผลมาจากการให้กลุ่มทดลองทุกคนทบทวนการตรวจร่างกายตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อน แบ่งกลุ่มอภิปรายปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหของ ผู้วิจัยสรุป จึงเป็นผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ในกลุ่มทดลอง จากคะแนนเต็ม 11 คะแนน กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้เท่ากับ 6.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.92 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 44.15 เป็นผลมาจาก โปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อน การบรรยาย ประกอบสไลด์ ชมวิดีโอ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตวิธีการตรวจร่างกาย ตัวแบบโรคเรื้อนจำลอง การฝึกปฏิบัติตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน การประเมินด้วยตนเอง ได้รับแผ่นพับโรคเรื้อน และคู่มือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนจากผู้วิจัย ผลจากการจัดกิจกรรมโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเรื้อนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองเป็นผลทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนสามารถปฏิบัติได้อย่าง ถูกต้อง เหมาะสม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไป

1. ควรใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางและกลวิธีเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษาให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการตรวจร่างกายและประเมินทักษะ ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมตรวจร่างกายที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอได้
2. ควรจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การแจกเอกสารวิธีการตรวจโรคเรื้อรังด้วยตนเอง การติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ จะทำให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ทำให้มีพฤติกรรมในการตรวจร่างกายอย่างถูกต้อง
3. ควรจัดการเรียนรู้โดยการอภิปรายกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้กลุ่มทดลองพูดถึงประสบการณ์ที่เคยพบเห็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือข้อมูลข่าวสารที่เคยได้รับเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในประเด็นความรุนแรง โอกาสเสี่ยง และผลกระทบ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มทดลองแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นในการป้องกันโรคเรื้อรังระยะเริ่มแรกได้ เป็นการสร้างความตระหนักและนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคเรื้อรังได้
4. ควรดำเนินการประเมินผลการตรวจร่างกายด้วยตนเอง และให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งมีความสำคัญ เพราะช่วยให้ทราบถึงข้อบกพร่องที่ควรปรับปรุงแก้ไข ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ทักษะได้รวดเร็วขึ้น ทำให้เกิดพฤติกรรมตรวจร่างกายเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังด้วยตนเองอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ โดยมีการประเมินผลการตรวจควบคู่ไปกับการให้ข้อมูลย้อนกลับไปด้วย
5. ควรนำโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังซึ่งใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคกระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่เสี่ยงโรคเรื้อรัง พื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัย โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการ นำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มอื่นๆ เช่น นักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ในพื้นที่เสี่ยง โรคเรื้อรังอื่นๆ

2. ควรดำเนินการวิจัย โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมและการเสริมพลังอำนาจ เพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. ควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เจาะลึกถึงกระบวนการจัดการในการป้องกันโรคในชุมชนในด้านการรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง และการสร้างความตระหนักต่อโรคเรื้อนอย่างต่อเนื่อง
4. ควรดำเนินการวิจัยปฏิบัติการโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่เสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้นำชุมชน
5. ควรดำเนินการวิจัยเชิงทดลองหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการดำเนินงานทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประชาชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง



EFFECTIVENESS OF A HEALTH EDUCATION PROGRAMME ON
BEHAVIOURS TOWARD SELF-PREVENTION OF LEPROSY AMONG
POPULATION AT RISK IN MAE POEN DISTRICT, NAKORNSAWAN
PROVINCE.

ANUPARP PONGPANICH 4737481 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL
SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : WASANA JUNSAWANG, M.A.,
SUPACHAI PITIKULTANG, M.D., D.T.M. & H, MCTM, Diploma Thai Broad of
Pediatrics, SUKHONTHA SIRI, Ph.D. (Tropical Medicine)

EXTENDED SUMAMARY

Background and Significance of the Problem

Leprosy is a chronic infectious disease which can cause severe disability and disfigurement, leading to major social and economic problems for those affected by it. The damage to peripheral nerves often can be prevented or reconstructed in patients who early come to the treatment center, but a significant number of cases already have irreversible nerve damage when they first come into contact with the health services. If patients can be diagnosed at an earlier stage, it is likely that a significant amount of nerve damage could be prevented. Wrong beliefs about the disease, low awareness of treatment, stigma and the influence of self healing may each play an important role in the late reporting of new cases. Stigma and a fear of enacted stigma can lead to delay in presentation, leading to an increased disability and prolonged infectivity in the community and discontinuation and refusal of treatment.

The WHO recognizes the importance of early detection and effective treatment as the keys to breaking the chain of transmission and eliminating leprosy. In 1984 the WHO Multiple Drug Treatment (MDT) regimen was introduced in worldwide. The implementation of MDT has been highly effective in curing patients and reducing leprosy prevalence. After achievement of elimination of leprosy as a public health problem in 1994 (prevalence rate less than 1 per 10,000 population) the prevalence rate in Thailand has fallen to 0.8 per 10,000 population. But in remaining 23 districts such level has been not achieved (more than 1 per 10,000 people) Mae poen district in Nakornsawan province was the second highest prevalence (2.53 per 10,000) in 2006 and it was found that there were 3 new cases with diagnosis delayed (more than 1 year) and 1 child among new cases detected which indicated that there were still active and recent transmission of leprosy in some communities.

At the beginning of this study, the pilot study has been carried out by focus group discussion among 15 population at risk of leprosy, health volunteers, teachers, and representatives from tambol administrative organizations. The pilot study was based on the concept of PRECEED MODEL FRAMEWORK. The results of analysis of predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors of such 15 persons in Mae poen district of Nakornsawan province were as followed:

Predisposing factors: It was founded that they had wrong knowledge about leprosy and its prevention. Lack of knowledge, perception toward severity, vulnerability and self-efficacy of self-physical examination to prevent leprosy were also found.

Enabling factors: Population at risk to infection and leprosy disease did not received documents on leprosy and appropriate education from health staff, particularly on prevention of leprosy.

Reinforcing factors: It was found that the leprosy populations at risk highly accepted information given by health staff established confidence on method self-physical examination for make effective surveillance of leprosy. Suspicious symptoms of leprosy were useful for and always promote self-physical examination.

The above data revealed that the problem of health education programme on behaviours toward self-prevention of leprosy among population at risk leprosy in Mae poen district, Nakornsawan province was due to a lack of perceived severity,

perceived vulnerability and perceived efficacy of self physical-examination to prevent leprosy with mistake that they should be responsibility, of health staffs, There were be leading to lack of self-confidence to self physical-examination to prevent leprosy in order to make surveillance for early suspicious symptoms before further development of disabilities and transmission of leprosy in the community. The researcher, therefore, are interested to study effectiveness of health education programme on behaviours toward self-prevention of leprosy among population at risk by the protection motivation theory with participatory learning aiming to promote health behaviours toward prevention of leprosy among population at risk in Mae poen district of Nakornsawan.

Research Questions

Would the health education programme with application of the protection motivation theory effect increasing in self-prevention behaviors among population at risk in Mae-poen District, Nakornsawan Province in the terms of :

1. Knowledge on leprosy and its prevention
2. Perceived severity of Leprosy.
3. Perceived vulnerability of Leprosy
4. Perceived efficacy of self-physical-examination
5. Perceived outcomes of efficacy of self-physical prevention
6. Behaviours toward self-prevention of leprosy by self-physical-examination for surveillance of suspicious leprosy symptoms.

Research Objectives

General Objective

To study the effectiveness of a health education programme which application of the protection motivation theory and concept of participatory learning on promotion of behaviours toward self-prevention of leprosy among population at risk in Mae-poen District, Nakornsawan Province.

Specific Objectives

To study the effectiveness of health education programme in terms of :

1. Knowledge regarding Leprosy and its prevention
2. Perceived severity of Leprosy
3. Perceived vulnerability of Leprosy
4. Perceived efficacy of self-physical-examination
5. Perceived outcome of efficacy of self-physical-examination
6. Behaviours toward self-prevention of leprosy by self-physical-examination for surveillance of suspicious leprosy symptoms.

Research Variables

Independent Variable was a health education program which application of the protection motivation theory and concept of participatory learning by using Video show, Game-play, Demonstration and direct practices for self-physical-examination.

Dependent Variable were

1. Knowledge regarding Leprosy and its prevention
2. Perceived severity of Leprosy
3. Perceived vulnerability of Leprosy
4. Perceived efficacy of self-physical-examination
5. Perceived outcome of efficacy of self-physical-examination
6. Behaviors toward self-prevention of leprosy by self-physical-examination for surveillance of suspicious leprosy symptoms.

Scope of the Research

This research was focused on study of effectiveness of the health education programme which applying protection motivation theory and concept of participatory learning on behaviours toward self-prevention of leprosy among 60 of population at risk of leprosy in Mae-poen District, Nakornsawan Province. Duration of study was from January to March 2009.

Research Methodology

Population and Sample

The population of this study were 60 representatives of each household of population at risk of leprosy living in the villages which had found multibacillary leprosy patient during past five years in Mae-poen District, Nakornsawan Province, where there were total 5,799 population living in 24 villages.

The sample were 60 representatives of each household of population living in 6 villages including Moo 1,4,5,10,16,17 in Mae poen District, Nakornsawan Province which had found the multibacillary leprosy patients during past five years together with neighboring households of such patients among total 24 villages, to be included in experimental group for the study

Research Design

This study was a quasi-experimental research, one-group pre-test post-test experimentation. The data were collected before and after the experimentation and the experimentation was last for 10 weeks.

Step 1: Preparatory Step

1. Proposal for approval of the ethical committee of the faculty of public health, Mahidol University
2. The researcher made the preparation by establishing a good relationship to coordinate with relating personnels in Mae-poen District, Nakornsawan Province, and other related persons. The researcher has visited the sampled population at risk and informed them about the objectives and procedures of the study.
3. The researcher prepared the research assistant, orientation training places, printed materials and other instruments for organizing the health education program

Step 2: Implementation Step

The health education programme was organized as follows:

The First Health Education Programme

1. The experimental group was introduced themselves
2. Built Knowledge regarding Leprosy perceived severity and perceived vulnerability of Leprosy
 - 2.1 Shared experience about Leprosy
 - 2.2 Watching video cassette tape ‘Leprosy’, story about Leprosy patient.
 - 2.3 Participants were divided into pair group and discussed a certain topic and set representation. The conclusion was made by investigator.
 - 2.4 Conceptualization of Leprosy by video show on ‘Leprosy’: story about incidence, risk factor, symptom
 - 2.5 Reflection: was performed by pair group and discussed the certain representation. The conclusion was also done by investigator.
 - 2.6 Last but not least, each would think about the method to protect themselves from Leprosy for next session.

The Second Health Education Programme

1. Understanding step
 - 1.1 Shared experience: 1-2 persons were randomly selected to present the way to decrease risk of Leprosy
 - 1.2 Show the video cassette tape on ‘Self-physical-examination’ and model demonstrate on how to conduct physical examination.
2. Acting step

Reflection; matched pair group, conducted demonstration and direct practices with Leprosy model reflected by investigator.
3. Application; discussing the problem that they were found, The participants discussed on barrier found and it was conclude by investigator.
4. The leaflet on ‘Self-physical-examination’

The Third Health Education Programme

1. Understanding development

1.1 Shared experience: The experimental group was divided into trial group and share physical-examination experience, and problem identification. The other group was approach.

1.2 Critical thinking created

2. Acting step

Reinforcing: direct practice with Leprosy model

3. Application: discussing on item 'Benefit obtained from self-physical-examination', it was concluded by investigator

Step 3: Data Analysis and Statistics Used

Data Collection

The data collected have been analyzed by using the programmed computer and the hypothesis were tested by applying statistical analyses with the confidence level 95%

1. The socio demographic data were analyzed by computing descriptive statistics as regards to frequency, percentage, arithmetic means, and standard deviation

2. The comparison analysis of the mean differences within the experimental group, and between the before and after the experimentation, comparison analysis of the mean difference between the experimental group was done by computing paired samples t-test, in regarding to knowledge of Leprosy and prevention, Perceived severity of Leprosy, perceived vulnerability of Leprosy, perceived efficacy of self-physical-examination, perceived efficacy of self-physical-examination, behaviours toward self-prevention of leprosy by self physical examination for surveillance of suspicious leprosy symptoms.

Research Results and Discussion

1. General Information on socio-demographic characteristics of experimental group

It was found that gender were female (51.70%), age between 40-49 years old (48.3), while 21.7 percent aged between 30-39 years old, majority of status were married. (86.7%), while 6.0 percent was widowed

There are agricultures (58.20%), while 10.0 percent are merchants.

Regarding education level, 78.3 percent of them finished primary school, while 11.7 percent finished junior high school.

The majority of them never had leprosy patient in a family (.96.6%), while 1.7% having family history

The majority of them there never met leprosy patient in their village (58.3%), 40.0% have met leprosy patients.

Most of them have been informed about the health education on leprosy from health professional. 45, while 43 from television.

2. Health Promotion Behaviors

2.1 Knowledge and leprosy prevention

The comparison of the Knowledge and leprosy prevention of the experimental group (the total raw score was 23) before and after the experimentation showed that after the experimentation, significantly increased mean score was found ($p < 0.001$). The mean score measured before the experimentation was 15.62 compared to the mean score measured after the experimentation of 20.02 and the standard deviation has decreased from 2.89 to be 1.94. It could be explained that such results were derived from the educational activities organized by video and poster which illustrated about knowledge and severity of leprosy and participator learning.

2.2 Perceived Severity of leprosy

The comparison of the Perceived severity of leprosy of the experimental group (the total raw score was 60) before and after the experimentation

showed that after the experimentation, the significantly increased mean score was found ($p < 0.001$). The mean score measured before the experimentation was 47.60 as compared to the mean score measured after the experimentation of 50.45 and the standard deviation has decreased from 5.38 to be 3.43. It could be explained that the results were mainly affected from the educational activities organized as such as fear arousal video and also poster which illustrated fear arousal and disabilities of leprosy patients together severity of leprosy. Leprosy leaflet for participatory learning was also made.

2.3 Perceived vulnerability of leprosy

The comparison of the Perceived vulnerability of leprosy of the experimental group (the total raw score was 51) before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly increased mean score was found ($p < 0.001$). The mean score measured before the experimentation was 37.02 as compared to the mean score measured after the experimentation of 41.80 and the standard deviation has decreased from 5.15 to be 3.89. It could be explained that the results were caused by from the health educational activities organized through video and group discussion with leprosy patient. Apart from that chances to leprosy infection were reviewed and, summarized by researcher

2.4 Perceived efficacy of self-physical-examination

The comparison of the Perceived self efficacy of self-physical-examination of the experimental group (the total raw score was 21) before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly increased mean score was found ($p < 0.05$). The mean score measured before the experimentation was 17.52 as compared to the mean score measured after the experimentation of 18.68 and the standard deviation has decreased from 2.48 to be 1.92. It could be explain that the results were due to all experimental group was practiced self-physical-examination and evaluated by themselves. Meanwhile researcher have given score and also explained, how to repeat self-physical examination. Group discussion was performed about benefit of self-physical-examination, problems with their solution, and how to give feedback. Leprosy self-examination document was also provided.

Such activities were resulted in significantly increasing of mean score on efficacy of self-physical examination for surveillance of suspicious leprosy symptoms among experimental group as compared to results from pre-experimentation

2.5 Perceived outcomes of efficacy of self-physical-examination

The comparison of the Perceived efficacy of self-physical-examination of the experimental group (the total raw score was 33) before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly increased mean score was found ($p=0.001$). The mean score measured before the experimentation was 16.57 as compared to the mean score measured after the experimentation of 18.92 and the standard deviation has increased from 3.64 to be 3.83. It could be explained that the results was derived from the revised self-physical-examination made by all members of the experimental group, together with discussion on problems and mutually planed how to solve as problem and conclusion made by the researcher.

These were leading to increasing statistically in mean score on perceived efficacy of self physical examination for self detection of suspicious symptoms of leprosy of the experimental group

2.6 Self-physical-examination

The comparison of the self-physical-examination of the experimental group (the total raw score was 11) before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly increased mean score was found ($p< 0.001$). The mean score measured before the experimentation was 6.75 as compared to the mean score measured after the experimentation of 9.73 and the standard deviation has decreased from 1.92 to be 1.05. This finding would be consequence of the health educational activities organized which facilitating knowledge and behaviours towards prevention leprosy, perceived severity of leprosy, and perceived vulnerability of leprosy, perceived of self-physical-examination. Participatory learning was useful and provided them with opportunity to shared experiences

Recommendations

Recommendations from the Research Results

1. In organizing the health education programme, protection motivation theory with participatory learning strategy should be used for population at risk of leprosy in order to participate in practicing and self evaluating of skill, aiming to improve and correct self-physical-examination behavior practices of population at risk of leprosy.
2. The health education programme should formulate and implement participatory learning strategy, applying in term of practice; demonstration and periodical evaluation will make more effective-proper perceived efficacy of self-physical-examination behaviors.
3. Group discussion should be organized to enable behaviours from sharing experiences and discussion about leprosy patient and information of severity, vulnerability, physical, mental and social consequences together with giving opportunity for member of the experimental group to share their impression and opinions toward prevention early leprosy symptoms which will build further awareness and lead to leprosy prevention behaviors
4. Self-physical-prevention-evaluation and feedbacks are vitally important to know weak points for improvement and also help improving faster learning and development of skill which will lead to proper and consistent preventing behaviours. In addition, evaluation together with feedbacks should be also performed effectively
5. The health education programme for promoting preventing behaviours toward leprosy which application of protection motivation theory together with participatory learning process should be further applied for population at risk of leprosy in the other areas.

Recommendations for Furthering Researches

1. Future researches should be conducted by application of protection motivation theory together with participatory learning strategy to other groups, for

example, student, public health volunteers, community leaders in other risk area of leprosy. and others setting, and so on.

2. Future researches should be conducted by application of protection motivation theory participatory learning strategy together with concept of social reinforcement and empowerment to develop better effectiveness health education programmes for promoting preventive behaviours toward leprosy.

3. The qualitative researches should be in-depth focusing in process management process of the preventive programme in community about severity, vulnerability and building continuously awareness on leprosy.

4. The action researches should be used by application of protection motivation theory and participatory learning strategy in risk sub-districts by participation of communities and community leaders.

5. The experimental researches or participatory action researches should be conducted by involvement of related health staff, community leaders, community members, and stake holders.

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. (2548). พิมพ์ครั้งที่ 6. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา.
- กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. (2548). แนวทางการดำเนินงานโครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์กำจัดโรคเรื้อน ถวายเป็นพระราชกุศลทรงครองราชย์ครบ ๖๐ ปี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา.
- กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. (2548). รายงานสถานการณ์โรคเรื้อน ปีงบประมาณ 2548. นนทบุรี: อัดสำเนา.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กองโรคเรื้อน. (2544). คู่มือป้องกันความพิการ และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- จงบกล ศักดิ์ตระกูล. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ เนาวรัตน์จำเริญ. (2544). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในการ ส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีคลินิกวัยทอง วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร วชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข ศาสตร์) สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ พลเสน. (2541). การส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านตัวแทนสตรีใน สุขาภิบาล อำเภออุททอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ณัฐพร มีสุข. (2544). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมคุณภาพน้ำในอำเภอเมือง จังหวัด
ชลบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรม
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีระ งามสุต. (2525). ปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อน. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ ปีที่ 3.
- ธีระ งามสุต. (2535). ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นิวธรรมดา การพิมพ์.
- ธีระ งามสุต. (2541). 40 ปีของการบุกเบิกและพัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนใน
ประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.
- นวพร ดีมาก. (2547). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคเรื้อน
ของประชาชนในตำบลลำพะเนียง อำเภอบ้านแพรก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์.
- ปริญดา ทนคำ. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจ
เต้านมด้วยตนเองของแรงงานสตรี ในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชา สุขศึกษาและ
พฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประวิตร พิศาลบุตร. (2550). การตรวจผิวหนังด้วยตนเอง. มติชน.
- เพ็ญพรรณ วัฒนไกร, สมศักดิ์ ตันรัตนกร, ชนิดวันฉัตร ตรีวิทยาภูมิ, กฤษฎา มโหทาน,
ศรีสุภลักษณ์ สิงคาลวนิช, สมนึก กล้าทวี. (2550). เอกสารประกอบคำบรรยาย โรค
ผิวหนังที่พบบ่อยในโรงพยาบาลชุมชน. กรุงเทพมหานคร: อัดสำเนา.
- ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2546). ทฤษฎี
และโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร:
ยูทธรินทร์การพิมพ์.
- วิจิตรา ธารีสุวรรณ และศิลาธรรม เสริมฤทธิ์. (2548). ปัจจัยการมารับการรักษาผู้ป่วย
โรคเรื้อน ชนิดเชื้อมาก ณ สถาบันราชประชาสมาสัย. วารสารราชประชาสมาสัย. ปีที่ 3
ฉบับที่ 1. มกราคม-เมษายน.
- ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์ และคณะ. (2547). พฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารราชประชาสมาสัย. ปีที่ 2 ฉบับที่
3. กันยายน-ธันวาคม.
- สยามพร ศิรินาวันและ สุภูมิตร ชุณหะวัณ. (2544). บรรณานุกรม. แนวทางเวชปฏิบัติโรคติดต่อ
เล่มที่ 1 โรคติดต่อ. กรุงเทพมหานคร: โหลทอง มาสเตอร์รินทร์.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Alison Summers, (1993). **Leprosy for field staff**. Northants: Stanley L. Hunt.

A. Colin Macdougall Yo Yuasa, (2002). **A New Atlas of Leprosy**. 2nd ed. Japan, Sasakawa Memorial Health Foundation.

Bandura, A. (1977). **Social Learning Theory**. Englewood Cliff, NJ: Prentice – Hall.

_____. (1977). **Self – efficacy Toward a Unifying Theory of Behavioral Change Psychological. In Psychologic**. New York: Holt, Rinehart and Winston: P. 191 – 215.

Brian T. McClellon, Steven Prentice – Dunn, (2001). Reducing Skin Cancer Risk: An Intervention Based on Protection Motivation Theory. **Journal of Health Psychology**. (Volume 6.No. 3: 321- 328). available from <http://www.sagepub.com/cgi/content/abstract/6/3/321>.

Helmes AW. (2002). Application of the protection motivation theory to genetic testing for breast cancer risk. **Prev. Med**, (Volume 35 (5): P.453–62). available from URL: http://www.bi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_ncuids=12431894&dopt=Abstract.

Kolb DA, Rubin IM, Osland JS, (1991). **Organizational behavior: an experiential approach**. Fifth ed. Englewood: Prentice hall.

Mackay, Bruce Campbell, (1992). **Protection Motivation Theory of Behavioral Change Psychological**. Imagined Scenarios on intent to use condoms Michigan: A Bell and Howell Information Company.

Reeder, W. W. (1974). **Some aspects of the internal social participation of focus families in New York state**. New York : Cornell University.

Robert C. Hastings,(1994). **Leprosy**. 2nd ed. Singapore; Longman Singapore.

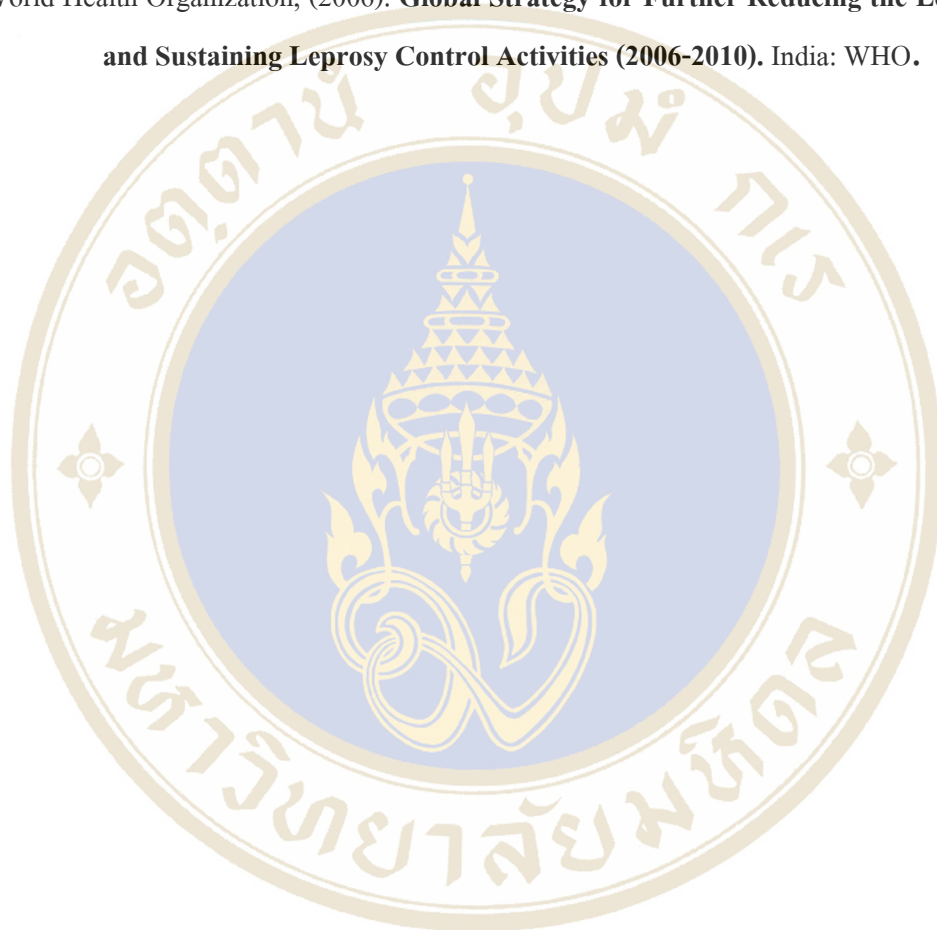
Stella M. van , Mohamed Hatta, and Paul Klaser. Patient, (1999). Contact is the Major Determinant in Incident Leprosy: Implication for Future Control. **International Journal of Leprosy**. Volume 67.No. 2: 119- 128.

Steven, Prentice-Dunn. and Ronald W. Roger,(1986) Protection Motivation Theory and Preventive Health: Beyond the Health Belief Model. **Health Education Research Theory and Practice**. Vol. 1 (1986): 153 – 161.

Wallaton, B.S.& Wallston, K.A,(1978) Locus of Control Health : A Review of the Literature.
Healath Education Monograph. Vol. 6: 107 – 117.

World Health Organization, (2000) **Guide to Elimination Leprosy as a Public Health Problem.**
Switzerland: WHO.

World Health Organization, (2006). **Global Strategy for Further Reducing the Lerosy Burden
and Sustaining Leprosy Control Activities (2006-2010).** India: WHO.





ภาคผนวก ก

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีทั้งหมด 7 ส่วน คือ

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคม
2. ความรู้โรคเรื้อนและการป้องกัน โรคเรื้อน
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน
5. ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้
6. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนด้วยตนเอง
7. พฤติกรรมการตรวจร่างกายตนเอง

ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัย ขอความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามทุกข้อ ตามความเป็นจริง ตามความรู้สึนึกคิดและความคิดเห็นที่แท้จริงของท่าน เพื่อจะนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ต่อส่วนรวม ในการวางแผนการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย การโภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากรทุกท่านต่อไป ซึ่งข้อมูลที่ได้จากท่าน ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและคำตอบของท่าน และจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม โดยไม่เกิดผลเสียต่อผู้ใด

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดที่เกี่ยวกับงานวิจัยนี้ ท่านสามารถซักถามข้อสงสัยของท่าน
ผู้วิจัยยินดีตอบตลอดเวลา

นายอนุภาพ พงษ์พานิช

นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณศาสตร)

สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์



แบบสอบถามสำหรับตัวแทนครัวเรือน
การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อนของประชากรกลุ่มเสี่ยง
อำเภอแม่เปิน จังหวัดนครสวรรค์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคม

ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เลขที่แบบสัมภาษณ์ ☐☐☐ วันที่สัมภาษณ์.....ผู้สัมภาษณ์.....

2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง 3. อายุ ปี

4. ระดับการศึกษา 5. อาชีพ

6. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย/หย่า/แยก

7. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนจากแหล่งใดต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ 1 โทรทัศน์ | ☐ 2 วิทยู | ☐ 3 หนังสือพิมพ์รายวัน |
| ☐ 4 วารสาร | ☐ 5 แผ่นพับ | ☐ 6 หอกระจายข่าว |
| ☐ 7 ป้ายประชาสัมพันธ์ | ☐ 8 แก่นำสุขภาพประจำครอบครัว | |
| ☐ 9 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | ☐ 10 อาสาสมัครสาธารณสุข | |
| ☐ 11 ผู้นำชุมชน | ☐ 12 เพื่อนบ้าน | |
| ☐ 13 สิ่งอื่นๆ ระบุ | | |

8. ท่านเคยมีประวัติบุคคลในครอบครัวเคยเป็นโรคเรื้อนมาก่อนหรือไม่

- ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ ไม่ทราบ

9. ท่านเคยพบเห็นว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ในปัจจุบันหรือไม่

- ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ ไม่ทราบ

ส่วนที่ 2 ความรู้โรคเรื้อรังและการป้องกันโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือแต่ละข้อ ตามที่ท่านเห็นว่าถูกต้องมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. โรคเรื้อรังเกิดจากกรรมพันธุ์ หรือการที่พ่อแม่หรือบรรพบุรุษในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคเรื้อรังมาก่อน			
2. โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ชาวบ้านเรียกว่า จีทูดกุดถึง/ จีเรื้อน/ ไทกอ			
3. โรคเรื้อรังเกิดจากเชื้อโรคเรื้อรังซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียที่มีขนาดเล็กมาก มองด้วยตาเปล่าไม่เห็นต้องตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์			
4. ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังคือคนที่มีเชื้อโรคเรื้อรังอยู่ในร่างกาย			
5. เชื้อโรคเรื้อรังติดต่อได้ด้วยการสัมผัสอย่างใกล้ชิดร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน			
6. โรคเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นแล้วสามารถรักษาให้หายขาดได้			
7. อาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะไม่ติดต่อ คือตรวจพบรอยโรคหรืออาการทางผิวหนังเป็นวงด่างขาว ขาหยิกไม่เจ็บ และไม่คัน มีจำนวนน้อยกว่า 5 รอยโรค			
8. อาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะติดต่อ คือ มีรอยโรคหรืออาการทางผิวหนังนูนแดงหนาเป็นตุ่ม ผื่น แผ่น ผิวอุ่มน้ำ เป็นมันเงาและไม่คัน			
9. เด็กมีโอกาสติดโรคและป่วยเป็นโรคเรื้อรังได้มากกว่าผู้ใหญ่เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ และมีโอกาสสัมผัส ถูกอุ้ม กอด ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูง			
10. โรคเรื้อรังมักเกิดในคนที่ภูมิคุ้มกันต่ำผิดปกติต่อเชื้อโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ			
11. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับประทานยารักษาโรคเรื้อรังแล้วจะไม่สามารถแพร่เชื้อโรคเรื้อรังให้คนอื่นได้อีก เนื่องจากยาทำให้เชื้อที่มีชีวิตตายลง			
12. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีเชื้อ ทุติยภูมิ เป็นแผลและพิการถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาจนหายขาดแล้วยังสามารถแพร่เชื้อโรคเรื้อรังได้			
13. โรคเรื้อรังสามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน			
14. โรคเรื้อรังสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง			
15. โรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องกินยาตลอดชีวิต			

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
16. เมื่อป่วยเป็นโรคเรื้อนถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่มาตรวจรักษาแต่ต้น จะทำให้ตา มือ เท้า พิการได้			
17. ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถดูแลป้องกันตนเองได้			
18. การรักษาโรคเรื้อน เป็นยาที่ต้องกินติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอจนครบตามเกณฑ์การรักษาที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสั่งหยดยา จึงจะหายจากโรค			
19. โรคเรื้อนเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่าย			
20. การป้องกันโรคเรื้อน โดยวิธีง่ายๆ ซึ่งสามารถทำได้ด้วยตนเอง คือหมั่นตรวจสอบ อาการผิดปกติของผิวหนังตนเอง หรือสมาชิกในครอบครัว ถ้าพบว่ามีวงด่างสีขาว ซึ่งขา หยิกไม่เจ็บ ผื่นนูนแดงหนา หรือตุ่มแดงไม่คัน เพื่อจะได้รับไปตรวจรักษาก่อนอาการจะรุนแรงและพิการมากขึ้น และแพร่เชื้อโรคให้ผู้อื่น			
21. หากมีอาการสงสัยจะเป็นโรคเรื้อน ท่านสามารถไปรับการตรวจรักษาฟรี ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านทุกแห่งได้			
22. การหมั่นดูแลสุขภาพสะอาดร่างกายและเครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัย ป้องกันโรคเรื้อนได้			
23. การรับประทานอาหารให้ 5 ครบหมู่ และออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่วยป้องกันโรคเรื้อนได้			

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือแต่ละข้อ ตามที่ท่านเห็นว่าถูกต้องมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. โรคเรื้อรังเป็นโรคติดต่อง่ายและเป็นโรคอันตรายร้ายแรง			
2. โรคเรื้อรังเป็นโรคที่สังคมรังเกียจมาก			
3. โรคเรื้อรังเป็นโรคผิวหนังธรรมดาที่ไม่ใช่โรคติดต่อที่ร้ายแรง			
4. โรคเรื้อรังทำให้เกิดความพิการทุกราย เช่น มือ เท้า หงิกงอ กุดค้วน			
5. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการผิวหนังเป็นตุ่ม ผื่น แผลรุนแรงหนา ผิว อิมพ่าเป็นมันเลื่อม และไม่คันจะสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้			
6. ความพิการที่เกิดจากโรคเรื้อรังไม่มีผลเสียต่อการทำงานเพราะสมองเป็นปกติ			
7. ถ้าป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะประกอบอาชีพได้อย่างยากลำบากและทำให้รายได้ลดลง เนื่องจากความพิการและความรังเกียจของสังคม			
8. การรักษาโรคเรื้อรังต้องใช้เวลานานทำให้เสียเวลา เสียเงินในการเดินทางไปรักษา			
9. ถ้าเป็นโรคเรื้อรังและปล่อยทิ้งไว้ไม่รักษา ก็ไม่เกิดอันตรายใดๆ รุนแรงถึงแก่ชีวิต			
10. เป็นโรคเรื้อรังอาจทำให้ตาบอดได้			
11. การป่วยเป็นโรคเรื้อรังทำให้เกิดทุกข์ทรมานใจ			
12. โรคเรื้อรังอาจทำให้มีอาการอักเสบที่เส้นประสาทตามแขนขาที่เจ็บปวดมาก และเกิดความพิการมือ เท้าตามมา			
13. ความพิการจากโรคเรื้อรังนั้น สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้เหมือนเดิม			
14. การป่วยเป็นโรคเรื้อรังทำให้ผู้ที่ เป็นโรคเรื้อรังกลัวสังคมรังเกียจ ไม่อยากพบปะ พูดคุยกับใคร			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
15. ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่มักจะถูกเพื่อนบ้านรังเกียจและบุตรถูกเพื่อนรังเกียจ			
16. ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการถาวร อาจถูกแสดงความรังเกียจจากบุคคลอื่น และเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ			
17. การเป็นโรคเรื้อนจนถึงขั้นพิการเป็นภาระของบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแล			
18. ความพิการจากโรคเรื้อนเกิดจากให้เส้นประสาทอักเสบและถูกทำลาย หากทิ้งไว้เกิน 6 เดือนจะเกิดความพิการได้			
19. แผลที่เท้าเรื้อรังจากโรคเรื้อนถ้าไม่ดูแลรักษาอย่างถูกต้องอาจเป็นมะเร็งได้			
20. โรคเรื้อนทำลายเส้นประสาทที่เลี้ยงกล้ามเนื้อเกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อทำให้ เดินเท้าตก ข้อมือตก และอัมพาตที่ใบหน้าได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาแต่ต้น			

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือแต่ละข้อ ตามที่ท่านเห็นว่าถูกต้องมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. โรคเรื้อนเป็นโรคที่ติดต่อกันได้			
2. ท่านอาจจะติดโรคเรื้อนถ้าท่านสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อนติดต่อกันเป็นเวลานาน			
3. ท่านคิดว่าท่านร่างกายแข็งแรงดี และมีภูมิคุ้มกันตามปกติต่อเชื้อโรคเรื้อนท่านจะไม่มีโอกาสเป็นโรคเรื้อน			
4. ท่านคิดว่าท่านจะเป็นโรคเรื้อนต้องป่วยเป็นโรคอื่นมาก่อนแล้วกลายมาเป็นโรคเรื้อน			
5. ถ้าท่านอยู่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อน ท่านจะมีโอกาสเป็นโรคเรื้อน			
6. ท่านอาจจะป่วยเป็นโรคเรื้อนถ้าท่านมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคเรื้อนต่ำกว่าปกติ			
7. ท่านคิดว่าท่านเป็นโรคเรื้อนเพราะท่านเคยทำบาปกรรมไว้กับผู้อื่นในชาติก่อนและชาตินี้			
8. หากบุคคลในบ้านป่วยเป็นโรคเรื้อนจะทำให้ติดเชื้อโรคเรื้อนได้แก่สมาชิกครอบครัวในบ้านทุกราย			
9. โรคเรื้อนเป็นโรคที่เกิดได้ทุกฤดูกาล			
10. แม้จะไม่มีประวัติของคนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อนท่านก็อาจเป็นโรคเรื้อนได้ ถ้ามีภูมิคุ้มกันต่ำผิดปกติต่อเชื้อโรคเรื้อนและมีโอกาสสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อน			
11. อาชีพเกษตรกรรมที่ใช้มือสัมผัสดินมีโอกาสดูดเชื้อโรคเรื้อนได้			
12. เมื่อพบผิวหนังเป็นวงด่างสีจางและคันบริเวณรอยโรคอาจเป็นอาการเริ่มต้นของโรคเรื้อน			
13. โรคเรื้อนไม่สามารถป้องกัน และรักษาให้หายขาดได้			
14. ถ้ามารดาป่วยเป็นโรคเรื้อนในขณะตั้งครรภ์บุตรที่เกิดมาจะติดเชื้อโรคเรื้อนจากมารดา			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
15. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะทำให้ติดเชื้อได้			
16. การดูแลความสะอาดผิวหนังของร่างกายและเสื้อผ้าอยู่เสมอจะช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคเรื้อรังได้			
17. ถึงแม้ว่าได้เคยสัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังมานานหลายปีแล้ว ท่านยังมีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังได้ ถ้าภูมิคุ้มกันของท่านต่ำผิดปกติต่อเชื้อโรคเรื้อรัง			

ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อรังได้

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือแต่ละข้อ ตามที่ท่านเห็นว่าถูกต้องมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. การตรวจร่างกายตนเองเพื่อสังเกตความผิดปกติของผิวหนังเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก			
2. การตรวจร่างกายเพื่อค้นหาผู้ที่สงสัยเป็นโรคเรื้อรังเป็นหน้าที่ของแพทย์ หรือพยาบาลเท่านั้น			
3. ท่านสามารถตรวจร่างกายตนเองเพื่อค้นหาอาการผิดปกติของผิวหนังเพื่อไปตรวจรักษาแต่ต้น เพื่อป้องกันโรคเรื้อรังได้ด้วยตนเอง			
4. ท่านสามารถตรวจร่างกายตนเองอย่างสม่ำเสมอทุก 2 เดือนโดยไม่ต้องมีใครมาเตือน			
5. ถ้าท่านได้รับทราบลักษณะอาการโรคเรื้อรังเช่น วงคางขาว ขาหยิกไม่เจ็บ ฯลฯ ท่านสามารถสังเกตอาการโรคเรื้อรังได้เองอย่างถูกต้อง			
6. หากได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ท่านมั่นใจในการตรวจร่างกายตนเอง			
7. ถ้าได้รับการฝึกปฏิบัติในการตรวจร่างกายจากเจ้าหน้าที่ ท่านมั่นใจการตรวจร่างกายตนเองได้อย่างถูกต้องมากขึ้น			

ส่วนที่ 6 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือแต่ละข้อ ตามที่ท่านเห็นว่าถูกต้องมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อค้นหาอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนเป็นวิธีง่ายและสะดวก			
2. การตรวจร่างกายด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เมื่อตรวจพบอาการเริ่มเป็นและรีบไปรักษา แต่ต้นก็สามารถหายจากโรคเรื้อนและป้องกันความพิการจากโรคเรื้อน			
3. หากไม่พบอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อน ก็ไม่จำเป็นต้องตรวจร่างกายด้วยตนเองอีกต่อไป			
4. การตรวจร่างกายด้วยตนเองมีประโยชน์สำหรับทุกคนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเรื้อน เช่น ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยในบ้านและชุมชน			
5. ถ้าตรวจร่างกายและไม่พบอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนก็ไม่จำเป็นต้องตรวจทุก 2 เดือน			
6. การตรวจร่างกายด้วยตนเองใช้เวลาไม่นานมาก แต่ได้ผลคุ้มค่า			
7. การตรวจร่างกายด้วยตนเองเป็นการเสียเวลาเปล่าประโยชน์			
8. ถ้าตรวจร่างกายพบอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อน สามารถไปรับการตรวจยืนยันจากแพทย์และรักษาให้หายขาดได้			
9. การตรวจร่างกายด้วยตนเองหน้ากระจกเงาเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการตรวจหาความผิดปกติของผิวหนังและช่วยค้นหาโรคเรื้อน			
10. การตรวจร่างกายด้วยตนเองถ้าพบความผิดปกติต้องรีบไปพบหมอมิเช่นนั้น ต้องพิการทุกราย			
11. การตรวจร่างกายด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ทราบความเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ดีขึ้นและไปรับการตรวจยืนยันแนะนำจากแพทย์ทำให้สบายใจที่ปลอดภัยจากโรคเรื้อน			

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนโดย การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการ
สงสัยเป็นโรคเรื้อนได้

คำชี้แจง ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ท่านได้ปฏิบัติจริง

วิธีการตรวจร่างกาย/สังเกตเพื่อป้องกันโรคเรื้อน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ตรวจผิวหนังหน้ากระจะบริเวณที่มักเกิดอาการ โรคเรื้อนระยะแรก ได้บ่อย เช่น วงด่างสีขาว ผิวแห้ง เหงื่อไม่ออก หยิกไม่เจ็บ ตามบริเวณ ร่มผ้า กัน หลัง สะบัก และด้านข้างแขน ขา และใบหน้า		
2. ตรวจผิวหนังหน้ากระจะบริเวณที่มักเกิดอาการ โรคเรื้อนระยะติดต่อ เช่น ผิวหนังนูนแดงหนา เป็นตุ่มผื่นแผ่น ซึ่งผิวเป็นมันลื่น ไม่คัน แต่ ชา ตามบริเวณใบหน้า ลำตัว แขน ขา		
3. ตรวจผิวหนังหน้ากระจะเพื่อสังเกต อาการเกิดโรคเหื่อ เมื่อรู้สึกไม่ สบายเป็นไข้ ปวดเมื่อยตามแขนขา ลำตัว และตรวจหาว่ามีตุ่ม หรือผื่น นูนแดงหนาที่บวมอักเสบเวลาคดเจ็บ ตามใบหน้า ลำตัว แขน ซึ่งเป็น อาการของโรคเหื่อ		
4. ตรวจใบหน้าและมือเท้า ผ่านหน้ากระจะ เพื่อสังเกตอาการทาง เส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายจากโรคเรื้อนระยะแรก เช่น ใบหน้าชา ครึ่งซีก และหลับตาไม่สนิท ใช้นิ้วเปิดเปลือกตาได้ง่าย ปลายมือเท้าชา และกล้ามเนื้อหอนมือเริ่มลีบเป็นร่อง นิ้วเริ่มงอ อ่อนกำลัง หยิบจับ สิ่งของไม่ได้		
5. ตรวจบริเวณนิ้วมือ ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ด้วยกระจกเงา ว่ามีอาการชา ผิว แห้ง และหนา เป็นเนื้อผิวหนังนูนแข็ง และคันหรือแตกเป็นแผล		
6. สังเกตโรคผิวหนังที่เป็นมานานกว่า 2 เดือน รักษาแล้วไม่ดีขึ้น		
7. สังเกต อาการชาที่ฝ่ามือ เท้า จากการจับของร้อน เย็น ความรู้สึกจาก การสัมผัส		
8. สังเกตกล้ามเนื้อหอนมือ(หลังมือ) ลิบเหี่ยว อ่อนแรง ข้อมือตก มือหยิบของไม่ถนัด มักทำของหล่น หรือหลุดมือ		
9. สังเกตกล้ามเนื้อเท้า ข้อเท้าตก อ่อนกำลัง กระดกไม่ขึ้นสังเกตแผล เรื้อรังที่ฝ่าเท้า		
10. สังเกตนิ้วมือ นิ้วนางและนิ้วก้อย งอเหยียดไม่ได้		
11. สังเกตมีอาการคัดจมูกหายใจไม่สะดวก จะมีเลือดหรือหนองออกมา		

ภาคผนวก ข

การเปรียบเทียบคะแนนรายข้อ

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการป้องกันโรคเรื้อนก่อนและหลังการทดลอง

ข้อ	ข้อความ n = 60	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
1	โรคเรื้อนเกิดจากกรรมพันธุ์ หรือการที่พ่อแม่หรือบรรพบุรุษในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคเรื้อนมาก่อน				
	ก่อนการทดลอง	0.183	0.390	1.485	0.144
	หลังการทดลอง	0.333	0.479		
2	โรคเรื้อนเป็นโรคที่ชาวบ้านเรียกว่า จี๋ตุ๋น/จี้เรื้อน/ไทกอ				
	ก่อนการทดลอง	0.816	0.390	2.483	0.015
	หลังการทดลอง	0.967	0.182		
3	โรคเรื้อนเกิดจากเชื้อโรคเรื้อนซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียที่มีขนาดเล็กมาก มองด้วยตาเปล่าไม่เห็นต้องตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์				
	ก่อนการทดลอง	0.500	0.504	2.614	0.011
	หลังการทดลอง	0.767	0.430		
4	ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อนคือคนที่มีเชื้อโรคเรื้อนอยู่ในร่างกาย				
	ก่อนการทดลอง	0.700	0.343	1.738	0.089
	หลังการทดลอง	0.866	0.466		
5	เชื้อโรคเรื้อนติดต่อได้ด้วยการสัมผัสอย่างใกล้ชิดร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน				
	ก่อนการทดลอง	0.567	0.499	3.324	0.001
	หลังการทดลอง	0.867	0.346		
6	โรคเรื้อนเป็นโรคที่เป็นแล้วสามารถรักษาให้หายขาดได้				
	ก่อนการทดลอง	0.767	0.426	4.238	<0.0001
	หลังการทดลอง	1.000	0.000		

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการป้องกัน โรคเรื้อนก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ n = 60	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
7	อาการของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะไม่ติดต่อ คือตรวจพบรอยโรคหรืออาการทางผิวหนัง เป็นวงดำขาว ชาหยิกไม่เจ็บ และไม่คัน มีจำนวนน้อยกว่า 5 รอยโรค				
	ก่อนการทดลอง	0.767	0.426	1.194	0.237
	หลังการทดลอง	0.867	0.346		
8	อาการของผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะติดต่อ คือ มีรอยโรคหรืออาการทางผิวหนังนูนแดงหนา เป็นตุ่ม ผื่น แผล ผื่นคัน ผื่นคัน เป็นมันลื่นและคัน				
	ก่อนการทดลอง	0.850	0.360	2.040	0.044
	หลังการทดลอง	0.967	0.182		
9	เด็กมีโอกาสติดโรคและป่วยเป็นโรคเรื้อนได้มากกว่าผู้ใหญ่เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ และมีโอกาสสัมผัส ถูกอู้ม กอด ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูง				
	ก่อนการทดลอง	0.667	0.475	4.296	<0.0001
	หลังการทดลอง	0.967	0.182		
10	โรคเรื้อนมักเกิดในคนที่ภูมิคุ้มกันต่ำผิดปกติต่อเชื้อโรคเรื้อนโดยเฉพาะ				
	ก่อนการทดลอง	0.550	0.502	3.501	0.001
	หลังการทดลอง	0.867	0.346		
11	ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับประทานยารักษาโรคเรื้อนแล้วจะไม่สามารถแพร่เชื้อโรคเรื้อนให้คนอื่นได้อีก เนื่องจากยาทำให้เชื้อที่มีชีวิตตายลง				
	ก่อนการทดลอง	0.550	0.502	4.097	<0.0001
	หลังการทดลอง	0.900	0.305		
12	ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีมือเท้า กุด เป็นแผลและพิการถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาจนหายขาดแล้วยังสามารถแพร่เชื้อโรคเรื้อนได้				
	ก่อนการทดลอง	0.350	0.481	2.618	0.010
	หลังการทดลอง	0.633	0.490		
13	โรคเรื้อนสามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน				
	ก่อนการทดลอง	0.333	0.475	1.226	0.223
	หลังการทดลอง	0.467	0.507		

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการป้องกัน โรคเรื้อนก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ n = 60	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
14	โรคเรื้อนสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรับประทานยารักษาโรคเรื้อน				
	ก่อนการทดลอง	0.800	0.403	3.841	<0.0001
	หลังการทดลอง	1.000	0.000		
15	โรคเรื้อนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องกินยาตลอดชีวิต				
	ก่อนการทดลอง	0.350	0.481	4.648	<0.0001
	หลังการทดลอง	0.800	0.407		
16	เมื่อป่วยเป็นโรคเรื้อนถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่มาตรวจรักษาแต่ต้น จะทำให้ ตา มือ เท้า พิการได้				
	ก่อนการทดลอง	0.933	0.251	<0.0001	1.000
	หลังการทดลอง	0.933	0.251		
17	ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถดูแลป้องกันตนเองได้				
	ก่อนการทดลอง	0.917	0.279	0.275	0.784
	หลังการทดลอง	0.933	0.254		
18	ยารักษาโรคเรื้อน เป็นยาที่ต้องกินติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอจนครบตามเกณฑ์การรักษาที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสั่งหุดยา จึงจะหายจากโรค				
	ก่อนการทดลอง	0.883	0.324	1.559	0.123
	หลังการทดลอง	0.967	0.183		
19	โรคเรื้อนเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่าย				
	ก่อนการทดลอง	0.567	0.499	0.297	0.767
	หลังการทดลอง	0.533	0.507		
20	การป้องกันโรคเรื้อน โดยวิธีต่างๆ ซึ่งสามารถทำได้ด้วยตนเอง คือหมั่นตรวจสอบอาการผิดปกติของผิวหนังตนเอง หรือสมาชิกในครอบครัว ถ้าพบว่ามีวงด่างสีขาว ซึ่งขาหยุกไม่เจ็บ ผื่นนูนแดงหนา หรือตุ่มแดงไม่คัน เพื่อจะได้รีบไปตรวจรักษาก่อนอาการจะรุนแรงและพิการมากขึ้น และแพร่เชื้อโรคให้ผู้อื่น				
	ก่อนการทดลอง	0.867	0.343	0.943	0.348
	หลังการทดลอง	0.933	0.254		

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการป้องกัน โรคเรื้อนก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ n = 60	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
21	หากมีอาการสงสัยจะเป็นโรคเรื้อน ท่านสามารถไปรับการตรวจรักษาฟรี ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านทุกแห่งได้				
	ก่อนการทดลอง	0.967	0.181	1.426	0.159
	หลังการทดลอง	1.000	0.000		
22	การหมั่นดูแลรักษาความสะอาดร่างกายและเครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัยป้องกัน โรคเรื้อนได้				
	ก่อนการทดลอง	0.850	0.360	3.227	0.020
	หลังการทดลอง	1.000	0.000		
23	การรับประทานอาหารให้ 5 ครบหมู่ และออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่วยป้องกัน โรคเรื้อนได้				
	ก่อนการทดลอง	0.717	0.454	2.266	0.026
	หลังการทดลอง	0.900	0.305		

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการ โรคเรื้อนก่อนและหลังการทดลอง

ข้อ	ข้อความ n = 60	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
1	โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อง่ายและเป็นโรคอันตรายร้ายแรง				
	ก่อนการทดลอง	2.150	0.799	1.187	0.238
	หลังการทดลอง	2.367	0.850		
2	โรคเรื้อนเป็นโรคที่สังคมรังเกียจมาก				
	ก่อนการทดลอง	2.717	0.613	0.116	0.908
	หลังการทดลอง	2.700	0.702		
3	โรคเรื้อนเป็นโรคผิวหนังธรรมดาที่ไม่ใช่โรคติดต่อที่ร้ายแรง				
	ก่อนการทดลอง	1.817	0.792	0.453	0.652
	หลังการทดลอง	1.900	0.884		

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการ โรคเรื้อร่อนก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ n = 60	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
4	โรคเรื้อร่อนทำให้เกิดความพิการทุกราย เช่น มือ เท้า หักงอ กุดด้วน				
	ก่อนการทดลอง	1.416	0.743	0.291	0.772
	หลังการทดลอง	1.467	0.819		
5	ผู้ป่วยโรคเรื้อร่อนที่มีอาการผิวหนังเป็นตุ่ม ผื่น แผลนูนแดงหนา ผิว อุ่มถ้าเป็นมันเลื่อม และไมค์ันจะสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้				
	ก่อนการทดลอง	2.367	0.780	<0.0001	<0.0001
	หลังการทดลอง	2.900	0.305		
6	ความพิการที่เกิดจากโรคเรื้อร่อนไม่มีผลเสียต่อการทำงานเพราะสมองเป็นปกติ				
	ก่อนการทดลอง	1.533	0.776	0.559	0.578
	หลังการทดลอง	1.733	1.876		
7	ถ้าป่วยเป็นโรคเรื้อร่อนจะประกอบอาชีพได้อย่างยากลำบากและทำให้รายได้ลดลงเนื่องจากความพิการและความรังเกียจของสังคม				
	ก่อนการทดลอง	2.633	0.688	1.818	0.730
	หลังการทดลอง	2.867	0.507		
8	การรักษาโรคเรื้อร่อนต้องใช้เวลาหลายเดือนทำให้เสียเวลา เสียเงินในการเดินทางไปรักษา				
	ก่อนการทดลอง	2.617	0.783	0.460	0.646
	หลังการทดลอง	2.533	0.860		
9	ถ้าเป็นโรคเรื้อร่อนและปล่อยทิ้งไว้ไม่รักษา ก็ไม่เกิดอันตรายใดๆ รุนแรงถึงแก่ชีวิต				
	ก่อนการทดลอง	2.133	0.973	0.057	0.955
	หลังการทดลอง	2.150	1.447		
10	เป็นโรคเรื้อร่อนอาจทำให้ตาบอดได้				
	ก่อนการทดลอง	2.400	0.741	1.667	0.990
	หลังการทดลอง	2.667	0.660		
11	การป่วยเป็นโรคเรื้อร่อนทำให้เกิดทุกข์ทรมานใจ				
	ก่อนการทดลอง	2.766	0.563	0.820	0.415
	หลังการทดลอง	2.866	0.507		

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการ โรคเรื้อร่อนก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ n = 60	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
12	โรคเรื้อร่อนอาจทำให้มีอาการอักเสบที่เส้นประสาทตามแขนขาที่เจ็บปวดมาก และเกิดความพิการมือ เท้าตามมา				
	ก่อนการทดลอง	2.683	0.536	1.742	0.086
	หลังการทดลอง	2.867	0.434		
13	ความพิการจากโรคเรื้อร่อนนั้น สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้เหมือนเดิม				
	ก่อนการทดลอง	1.967	0.843	1.693	0.094
	หลังการทดลอง	2.300	0.952		
14	การป่วยเป็นโรคเรื้อร่อนทำให้ผู้ที่เป็โรคเรื้อร่อนกลัวสังคมรังเกียจ ไม่อยากพบปะ พูดคุยกับใคร				
	ก่อนการทดลอง	2.600	0.763	0.601	0.549
	หลังการทดลอง	2.700	0.702		
15	ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อร่อนอยู่มักจะถูกเพื่อนบ้านรังเกียจ และบุตรถูกเพื่อนรังเกียจ				
	ก่อนการทดลอง	2.533	0.7912	0.183	0.855
	หลังการทดลอง	2.500	0.861		
16	ผู้ป่วยโรคเรื้อร่อนที่มีความพิการถาวร อาจถูกแสดงความรังเกียจจากบุคคลอื่น และเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ				
	ก่อนการทดลอง	2.450	0.832	<0.0001	0.027
	หลังการทดลอง	2.800	0.610		
17	การเป็นโรคเรื้อร่อนจนถึงขั้นพิการเป็นภาระของบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแล				
	ก่อนการทดลอง	2.733	0.578	1.224	0.225
	หลังการทดลอง	2.867	0.434		
18	ความพิการจากโรคเรื้อร่อนเกิดจากให้เส้นประสาทอักเสบและถูกทำลาย หากทิ้งไว้เกิน 6 เดือนจะเกิดความพิการได้				
	ก่อนการทดลอง	2.533	0.566	2.324	0.023
	หลังการทดลอง	2.800	0.484		
19	แผลที่เท้าเรื้อรังจากโรคเรื้อร่อนถ้าไม่ดูแลรักษาอย่างถูกต้องอาจเป็นมะเร็งได้				
	ก่อนการทดลอง	2.700	1.369	0.858	0.393
	หลังการทดลอง	2.467	0.819		

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการ โรคเรื้อร่อนก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ n = 60	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
20	โรคเรื้อร่อนทำลายเส้นประสาทที่เลี้ยงกล้ามเนื้อเกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อทำให้ เดินเท้าตก ข้อมอดก และอัมพาตที่ใบหน้าได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาแต่ต้น				
	ก่อนการทดลอง	2.633	0.581	1.579	0.118
	หลังการทดลอง	2.800	0.406		

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อร่อนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อ	ข้อความ n = 60	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
1	โรคเรื้อร่อนเป็นโรคที่ติดต่อกันได้				
	ก่อนการทดลอง	2.400	0.785	2.655	.010
	หลังการทดลอง	2.800	0.610		
2	ท่านอาจจะติดโรคเรื้อร่อนถ้าท่านสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อร่อนติดต่อกันเป็นเวลานาน				
	ก่อนการทดลอง	2.450	0.674	4.900	<0.0001
	หลังการทดลอง	2.930	0.253		
3	ท่านคิดว่าท่านร่างกายแข็งแรงดี และมีภูมิคุ้มกันตามปกติต่อเชื้อโรคเรื้อร่อนท่านจะไม่มีโอกาสเป็นโรคเรื้อร่อน				
	ก่อนการทดลอง	2.000	0.759	1.024	0.311
	หลังการทดลอง	2.200	0.925		
4	ท่านคิดว่าท่านจะเป็นโรคเรื้อร่อนต้องป่วยเป็นโรคอื่นมาก่อนแล้วกลายมาเป็นโรคเรื้อร่อน				
	ก่อนการทดลอง	2.433	0.744	1.210	0.230
	หลังการทดลอง	2.233	0.727		
5	ถ้าท่านอยู่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อร่อน ท่านจะมีโอกาสเป็นโรคเรื้อร่อน				
	ก่อนการทดลอง	1.533	0.676	1.792	0.080
	หลังการทดลอง	1.867	0.899		
6	ท่านอาจจะป่วยเป็นโรคเรื้อร่อนถ้าท่านมีภูมิคุ้มกันต่ำต่อเชื้อ โรคเรื้อร่อนต่ำกว่าปกติ				
	ก่อนการทดลอง	1.983	0.812	5.048	<0.0001
	หลังการทดลอง	2.767	0.626		

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ n = 60	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
7	ท่านคิดว่าท่านเป็นโรคเรื้อนเพราะท่านเคยทำบาปกรรมไว้กับผู้อื่นในชาติก่อนและชาตินี้				
	ก่อนการทดลอง	2.550	0.699	1.006	0.317
	หลังการทดลอง	2.700	0.595		
8	หากบุคคลในบ้านป่วยเป็นโรคเรื้อนจะทำให้ติดเชื้อโรคเรื้อนได้แก่สมาชิกครอบครัวในบ้านทุกราย				
	ก่อนการทดลอง	2.083	0.765	0.658	0.512
	หลังการทดลอง	2.200	0.847		
9	โรคเรื้อนเป็นโรคที่เกิดได้ทุกฤดูกาล				
	ก่อนการทดลอง	2.717	1.882	0.031	0.975
	หลังการทดลอง	2.733	0.583		
10	แม้จะไม่มีประวัติของคนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อนท่านก็อาจเป็นโรคเรื้อนได้ ถ้ามีภูมิคุ้มกันต่ำผิดปกติต่อเชื้อโรคเรื้อน และมีโอกาสสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อน				
	ก่อนการทดลอง	2.850	1.469	0.184	0.855
	หลังการทดลอง	2.933	0.254		
11	อาชีพเกษตรกรรมที่ใช้มือสัมผัสดินมีโอกาสติดเชื้อโรคเรื้อนได้				
	ก่อนการทดลอง	2.1667	0.847	0.477	0.636
	หลังการทดลอง	2.0667	0.980		
12	เมื่อพบผิวหนังเป็นวงด่างสีจางและคันบริเวณรอยโรคอาจเป็นอาการเริ่มต้นของโรคเรื้อน				
	ก่อนการทดลอง	1.466	0.700	<0.0001	1.000
	หลังการทดลอง	1.466	0.819		
13	โรคเรื้อนไม่สามารถป้องกัน และรักษาให้หายขาดได้				
	ก่อนการทดลอง	2.066	0.880	0.829	0.409
	หลังการทดลอง	2.233	0.935		
14	ถ้ามารดาป่วยเป็นโรคเรื้อนในขณะที่ตั้งครรภ์บุตรที่เกิดมาจะติดเชื้อโรคเรื้อนจากมารดา				
	ก่อนการทดลอง	1.617	0.613	1.371	0.177
	หลังการทดลอง	1.867	0.899		

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและเกิดเป็นโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

15	การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเรื้อนจะทำให้ติดเชื้อได้					
		ก่อนการทดลอง	1.800	0.708	0.780	0.438
		หลังการทดลอง	1.933	0.868		
16	การดูแลความสะอาดผิวหนังของร่างกายและเสื้อผ้าอยู่เสมอจะช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคเรื้อนได้					
		ก่อนการทดลอง	2.633	0.712	2.641	0.010
		หลังการทดลอง	2.933	0.365		
17	ถึงแม้ว่าได้เคยสัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนมานานหลายปีแล้ว ท่านยังมีโอกาสเป็นโรคเรื้อนได้ ถ้าภูมิคุ้มกันต่ำผิดปกติต่อเชื้อโรคเรื้อน					
		ก่อนการทดลอง	2.266	0.778	1.294	0.199
		หลังการทดลอง	2.500	0.861		

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อ	ข้อความ n = 60		$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
1	การตรวจร่างกายตนเองเพื่อสังเกตความผิดปกติของผิวหนังเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก					
		ก่อนการทดลอง	2.433	1.971	<0.0001	1.000
		หลังการทดลอง	2.433	0.898		
2	การตรวจร่างกายเพื่อค้นหาผู้ที่สงสัยเป็นโรคเรื้อนเป็นหน้าที่ของแพทย์ หรือพยาบาลเท่านั้น					
		ก่อนการทดลอง	2.100	1.902	1.350	0.180
		หลังการทดลอง	2.667	1.826		
3	ท่านสามารถตรวจร่างกายตนเองเพื่อค้นหาอาการผิดปกติของผิวหนังเพื่อไปตรวจรักษาแต่ต้น เพื่อป้องกันโรคเรื้อนได้ด้วยตนเอง					
		ก่อนการทดลอง	2.633	0.637	2.043	0.440
		หลังการทดลอง	2.867	0.434		
4	ท่านสามารถตรวจร่างกายตนเองอย่างสม่ำเสมอทุก 2 เดือนโดยไม่ต้องมีใครมาเตือน					
		ก่อนการทดลอง	2.733	0.548	2.983	0.004
		หลังการทดลอง	2.966	0.182		

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อเฝ้าระวังค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

5	ถ้าท่านได้รับทราบลักษณะอาการ โรคเรื้อนเช่น วงดำขาว ขา หักไม่เจ็บ ฯลฯ ท่านสามารถสังเกตอาการ โรคเรื้อนได้เองอย่างถูกต้อง'					
		ก่อนการทดลอง	2.667	0.629	1.945	0.055
		หลังการทดลอง	2.867	0.346		
6	หากได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ท่านมั่นใจในการตรวจร่างกายตนเอง					
		ก่อนการทดลอง	2.717	0.584	1.740	0.086
		หลังการทดลอง	2.900	0.402		
7	ถ้าได้รับการฝึกปฏิบัติในการตรวจร่างกายจากเจ้าหน้าที่ ท่านมั่นใจการตรวจร่างกายตนเองได้อย่างถูกต้องมากขึ้น					
		ก่อนการทดลอง	2.833	0.457	2.824	0.006
		หลังการทดลอง	3.000	0.000		

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง

ข้อ	ข้อความ n = 60		$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
1	การตรวจร่างกายด้วยตนเองเพื่อค้นหาอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนเป็นวิธีง่ายและสะดวก					
		ก่อนการทดลอง	1.033	0.182	3.587	0.001
		หลังการทดลอง	1.350	0.633		
2	การตรวจร่างกายด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เมื่อตรวจอาการเริ่มเป็นและรีบไปรักษา แต่ต้นก็สามารถหายจากโรคเรื้อนและป้องกันความพิการจากโรคเรื้อน					
		ก่อนการทดลอง	1.167	0.493	<0.0001	1.000
		หลังการทดลอง	1.167	0.531		
3	หากไม่พบอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อน ก็ไม่จำเป็นต้องตรวจร่างกาย					
		ก่อนการทดลอง	2.067		2.320	0.023
		หลังการทดลอง	2.533			

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ n = 60	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
4	การตรวจร่างกายด้วยตนเองมีประโยชน์สำหรับทุกคนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเรื้อน เช่น ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยในบ้าน และชุมชน				
	ก่อนการทดลอง	1.067	0.254	2.615	0.011
	หลังการทดลอง	1.300	0.591		
5	ถ้าตรวจร่างกายและไม่พบอาการเริ่มแรกโรคเรื้อนก็ไม่จำเป็นต้องตรวจทุก 2 เดือน				
	ก่อนการทดลอง	1.583	0.809	3.020	0.004
	หลังการทดลอง	2.200	0.961		
6	การตรวจร่างกายด้วยตนเองใช้เวลาไม่นานมาก แต่ได้ผลคุ้มค่า				
	ก่อนการทดลอง	1.133	0.434	1.725	0.088
	หลังการทดลอง	1.333	0.655		
7	การตรวจร่างกายด้วยตนเองเป็นการเสียเวลาเปล่าประโยชน์				
	ก่อนการทดลอง	2.250	0.913	3.146	0.002
	หลังการทดลอง	2.767	0.626		
8	ถ้าตรวจร่างกายพบอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อน สามารถไปรับการตรวจยืนยันจากแพทย์และรักษาให้หายขาดได้				
	ก่อนการทดลอง	1.100	0.402	1.289	0.201
	หลังการทดลอง	1.233	0.563		
9	การตรวจร่างกายด้วยตนเองหน้ากระจกเงาเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการตรวจหาความผิดปกติของผิวหนังและช่วยค้นหาโรคเรื้อน				
	ก่อนการทดลอง	1.533	0.676	1.792	0.080
	หลังการทดลอง	1.867	0.899		
10	การตรวจร่างกายด้วยตนเองถ้าพบความผิดปกติต้องรีบไปพบหมอเมื่อนั้น ต้องพิจารณาทุกราย				
	ก่อนการทดลอง	1.617	0.613	1.371	0.177
	หลังการทดลอง	1.867	0.899		

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในการตรวจร่างกายตนเองเพื่อสามารถค้นพบอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ n = 60	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
11	การตรวจร่างกายด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ทราบความเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ดีขึ้นและไปรับการตรวจยืนยัน แนะนำจากแพทย์ทำให้สบายใจที่ปลอดภัยจากโรคเรื้อน				
	ก่อนการทดลอง	1.800	0.708	0.780	0.438
	หลังการทดลอง	1.933	0.868		

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมตรวจร่างกายตนเองเพื่อค้นหาอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนก่อนและหลังการทดลอง

ข้อ	ข้อความ n = 60	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
1	ตรวจผิวหนังหน้ากระจกเงาบริเวณที่มักเกิดอาการโรคเรื้อนระยะแรกได้บ่อย เช่น วงคางสีขาว ผิวแห้ง เหงื่อไม่ออก หยิกไม่เจ็บ ตามบริเวณร่มผ้า ก้น หลัง สะบัก และด้านข้างแขน ขา และใบหน้า				
	ก่อนการทดลอง	0.967	0.367	0.704	0.484
	หลังการทดลอง	1.000	0.000		
2	ตรวจผิวหนังหน้ากระจกเงาบริเวณที่มักเกิดอาการโรคเรื้อนระยะติดต่อ เช่น ผิวหนังนูนแดงหนา เป็นตุ่มคันแสบ ซึ่งผิวเป็นมันเลื่อม ไม่คัน แดงตามบริเวณใบหน้า ลำตัว แขน ขา				
	ก่อนการทดลอง	0.866	0.342	2.202	<0.030
	หลังการทดลอง	0.977	0.152		
3	ตรวจผิวหนังหน้ากระจกเงาเพื่อสังเกต อาการเกิดโรคเหื่อ เมื่อรู้สึกไม่สบายเป็นไข้ ปวดเมื่อยตามแขนขา ลำตัว และตรวจหาว่ามีตุ่ม หรือผื่นนูนแดงหนาที่บวมอักเสบเวลากดเจ็บ ตามใบหน้า ลำตัว แขน ซึ่งเป็นอาการของโรคเหื่อ				
	ก่อนการทดลอง	0.900	0.302	1.053	0.295
	หลังการทดลอง	0.953	0.213		

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจร่างกายตนเองเพื่อค้นหาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

4	ตรวจใบหน้าและมือเท้า ผ่านหน้ากระจกเงา เพื่อสังเกตอาการทางเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายจากโรคเรื้อนระยะแรก เช่น ใบหน้าชาครึ่งซีก และหลับตาไม่สนิท ใช้มือเปิดเปลือกตาได้ง่าย ปลายมือเท้าชา และกล้ามเนื้อหอนมือเริ่มลีบเป็นร่อง นิ้วเริ่มงอ อ่อนกำลัง หยิบจับสิ่งของไม่ได้					
		ก่อนการทดลอง	0.850	0.360	1.318	0.191
		หลังการทดลอง	0.930	0.257		
5	ตรวจบริเวณนิ้วมือ ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ด้วยกระจกเงา ว่ามีอาการชา ผิวแห้ง และหนา เป็นเนื้อผิวหนังนูนแข็ง และคันหรือแตกเป็นแผล					
		ก่อนการทดลอง	0.883	0.323	1.953	0.054
		หลังการทดลอง	0.976	0.152		
6	สังเกตโรคผิวหนังที่เป็นมานานกว่า 2 เดือน รักษาแล้วไม่ดีขึ้น					
		ก่อนการทดลอง	0.833	0.376	2.058	0.042
		หลังการทดลอง	0.953	0.213		
7	สังเกต อาการชาที่ฝ่ามือ เท้า จากการจับของร้อน เย็น ความรู้สึกจากการสัมผัส					
		ก่อนการทดลอง	0.817	0.390	1.778	0.079
		หลังการทดลอง	0.930	0.258		
8	สังเกตกล้ามเนื้อหอนมือ(หลังมือ) ลิ้นเหี่ยว อ่อนแรง ข้อมือตก มือหยิบของไม่ถนัด มักทำของหล่น หรือหลุดมือ					
		ก่อนการทดลอง	0.800	0.403	3.841	<0.0001
		หลังการทดลอง	1.000	0.000		
9	สังเกตกล้ามเนื้อเท้า ข้อเท้าตก อ่อนกำลัง กระดกไม่ขึ้นสังเกตแผลเรื้อรังที่ฝ่าเท้า					
		ก่อนการทดลอง	0.833	0.376	3.435	<0.001
		หลังการทดลอง	1.000	0.000		
10	สังเกตนิ้วมือ นิ้วนางและนิ้วก้อย งอเหยียดไม่ได้					
		ก่อนการทดลอง	0.850	0.360	2.438	0.017
		หลังการทดลอง	0.977	0.152		
11	สังเกตมีอาการคัดจมูกหายใจไม่สะดวก จะมีเลือดหรือหนองออกมา					
		ก่อนการทดลอง	0.783	0.415	0.677	0.500
		หลังการทดลอง	0.837	0.373		

ภาคผนวก ค

แผนจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1

ณ สถานีอนามัยบ้านลานหมาไน อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์

1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เวลา 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างความรู้จัก คั่นเคย สนิทสนมระหว่างสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรม เป็นการสร้างความสนุกสนาน ฝึกการทำงานเป็นกลุ่ม และจงใจให้ผู้ร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำความรู้จักคั่นเคยระหว่างสมาชิก
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงออกตามกิจกรรม เพื่อความสนุกสนาน

และฝึกฝนการทำงานเป็นกลุ่ม

แนวคิด

กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ หรือกิจกรรมละลายพฤติกรรมเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นด้วยวิธีการที่จะช่วยให้ทุกคนแนะนำ และเปิดเผยตัวเองออกมาให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มได้รู้จักกันมากขึ้นได้ทำกิจกรรมร่วมกัน อันจะก่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ทำให้ทุกคนกล้าแสดงความคิดเห็นต่างๆ พร้อมทั้งอยากมีส่วนร่วมในกิจกรรมการอบรมต่อไป

เป้าหมาย

ประชากรกลุ่มเสี่ยงใน ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 60 คน

ระยะเวลา

1 ชั่วโมง

กิจกรรม

1. ผู้นำกิจกรรมอธิบายให้สมาชิกเข้าใจว่า สมาชิกจะมีค่าตามที่ผู้นำกิจกรรมกำหนด เช่น ผู้ชายมีค่า 50 สตางค์ ผู้หญิงมีค่า 1 บาท 2 บาท หรือ 3.50 บาท

2. ผู้นำกิจกรรมให้สมาชิกเดินร่ำตามจังหวะเพลงร่ำวงรวมสวดงค์ เมื่อจบเพลงผู้นำกิจกรรมจะกำหนดค่าแล้วให้สมาชิกรวมกลุ่มกันให้ครบตามจำนวนค่าที่บอก
3. กลุ่มที่รวมกันครบตามจำนวนที่ผู้นำกิจกรรมกำหนดนั่งลง และให้ทำความรู้จักกันโดยแนะนำตัวกันซึ่งกันและกัน โดยพยายามจำชื่อสมาชิกทุกคนในกลุ่มให้ได้มากที่สุด และผู้นำกิจกรรมสุ่มถามถ้าใครตอบไม่ได้ให้ออกถือว่าแพ้ และให้แนะนำตัวเองให้สมาชิกทุกคนทราบ
4. สมาชิกที่ไม่มีกลุ่มหรือไม่สามารถรวมกลุ่มได้ถือว่าแพ้ให้ออกและให้แนะนำตัวเองให้สมาชิกทุกคนทราบ
5. ผู้นำกิจกรรมดำเนินการร่ำวงโดยกำหนดค่าไปเรื่อย ๆ จนเหลือสมาชิกกลุ่มพอสมควร
6. ผู้นำกิจกรรมสรุปตามวัตถุประสงค์

เพลงรวมเงิน

รวมเงิน รวมเงินให้ดี รวมเงินคราวนี้ อย่าให้ผิดพลาด
 ผู้หญิงนั้นเป็นเหรียญบาท (ซ้ำ) ผู้ชายเก่งกาจเป็นห้าสิบบาท (ซ้ำ)
 รวมกันแล้วอย่าเกินอย่าขาด.....(บอกจำนวนเงิน)

การประเมินผล

จากการสังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

2. กิจกรรมสุขศึกษาเรื่องความรู้โรคเรื้อน ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อนและโอกาสเสี่ยงติดเชื้อเกิดเป็นโรคเรื้อน เวลา 1 ชั่วโมง

จุดประสงค์การเรียนรู้

เสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคเรื้อน และ โอกาสเสี่ยงติดเชื้อเกิดเป็นโรคเรื้อนในประชากรกลุ่มเสี่ยง

สาระสำคัญ

1. บอกความรู้สึกละอายต่อรูปภาพผู้ป่วยที่พิการจากโรคเรื้อน
2. รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการเป็นโรคเรื้อน
3. วิเคราะห์ผลกระทบของความรุนแรงของโรคเรื้อน

กิจกรรมเรียนรู้

องค์ประกอบ/กลุ่ม/เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	เนื้อหา/สื่อ
ขั้นสร้างความรู้ ขั้นสร้างการรับรู้ในโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ประสบการณ์กลุ่ม/ 3 คน (10 นาที) กลุ่มใหญ่(10 นาที) ขั้นจัดระบบความคิดความเชื่อ	-บรรยายความรู้เรื่องโรคเรื้อน สาเหตุ การติดต่อ อาการ ความพิการ การป้องกัน การรักษา -แลกเปลี่ยนประสบการณ์ “ท่านเคยพบผู้ป่วยโรคเรื้อนหรือไม่ และทราบอะไรเกี่ยวกับโรคบ้าง” -เปิดเผยตนเอง โดยตั้งคำถาม “ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคเรื้อนหรือไม่” ชมวิดีโอเรื่องโรคเรื้อน(เน้น fear arousing) เพื่อนำเข้าสู่การอภิปราย อภิปรายจากประเด็นในวิดีโอ “เมื่อเห็นผู้ป่วยโรคเรื้อน ท่านรู้สึกอย่างไร” และ “ถ้าท่านเป็นโรคเรื้อนท่านจะทำอย่างไร”	วิดีโอ สไลด์ ใบชี้แจง 1 วิดีโอ (10 นาที) ใบงาน 1
อภิปรายกลุ่ม 3 กลุ่ม (10 นาที) สร้างความคิดรวบยอด/กลุ่มใหญ่ (10 นาที)	ผู้แทนกลุ่มรายงานและผู้วิจัยสรุปแนวคิดแต่ละประเด็น	
ประยุกต์แนวคิดโดยอภิปรายกลุ่ม 3 กลุ่ม (10 นาที) สร้างความคิดรวบยอด (10 นาที)	วิเคราะห์ผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อนทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม ผู้แทนกลุ่มรายงานและผู้วิจัยสรุปแนวคิดแต่ละประเด็น ผู้วิจัยสรุปแนวคิดและมอบหมายให้สมาชิกช่วยกันคิดหาวิธีป้องกันโรคเรื้อน เพื่อนำมาอภิปรายในครั้งต่อไป -	ใบงาน 2

สื่อการเรียนการสอน

1. วิดีทัศน์เรื่องโรคเรื้อน
2. ใบชี้แจง 1 และใบชี้แจง 2
3. ใบงาน 1 ใบงาน 2

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและท่าทีของสมาชิก
2. สังเกตการมีส่วนร่วม อภิปรายกลุ่ม
3. งานกลุ่ม

ใบชี้แจง 1

1. จากประสบการณ์ของท่าน ท่านเคยพบผู้ป่วยโรคเรื้อนหรือไม่ และทราบอะไรเกี่ยวกับโรค
2. ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคเรื้อน

ใบชี้แจง 2

-ให้ท่านช่วยกันคิดหาวิธีป้องกันโรคเรื้อน

ใบงาน 1

โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน

ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มๆ ละ 3-4 คน ช่วยกันอภิปรายในประเด็นเหล่านี้

1. เมื่อเห็นผู้ป่วยโรคเรื้อนท่านรู้สึกอย่างไร
2. ถ้าท่านเป็นโรคเรื้อน ท่านจะทำอย่างไร

ใช้เวลาในการอภิปราย 7 นาที ตัวแทนกลุ่มนำเสนอกลุ่มละ 2 นาที

ใบงาน 2

ผลกระทบจากการป่วยเป็นโรคเรื้อน

ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มๆ ละ 3-4 คน ช่วยกันอภิปรายในประเด็นต่อไปนี้

การป่วยเป็นโรคเรื้อนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมอย่างไร

ใช้เวลาในการอภิปราย 7 นาที ตัวแทนกลุ่มนำเสนอกลุ่มละ 2 นาที

แผนจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 2
เรื่องการป้องกันโรคเรื้อนและการตรวจโรคเรื้อนด้วยตนเอง
เวลา 60 นาที

จุดประสงค์การเรียนรู้

เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงการรับรู้ในเรื่องการป้องกันโรคเรื้อน ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจ และการฝึกตรวจร่างกายตนเอง

สาระสำคัญ

1. บอกวิธีป้องกันและการเฝ้าระวังโรคเรื้อน
2. อธิบายขั้นตอนการตรวจร่างกายด้วยตนเอง
3. วิเคราะห์ผลดีที่ได้รับจากการตรวจร่างกาย และปัญหาที่พบ แนวทางแก้ไข

กิจกรรมเรียนรู้

องค์ประกอบ/กลุ่ม/เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	เนื้อหา/สื่อ
ขั้นรู้ชัดเห็นจริง จากประสบการณ์/ สุ่ม 2 คน (เวลา 10 นาที)	แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้สมาชิกเสนอวิธีป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน	ใบชี้แจง
สร้างความคิดรวบยอด/กลุ่มใหญ่(10 นาที)	ผู้วิจัยกล่าวสรุปวิธีการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน ผู้วิจัยกล่าวสรุปและสาธิตวิธีการตรวจร่างกายด้วยตนเอง	
ขั้นลงมือกระทำ สะท้อนความคิดสู่การปฏิบัติ/รายบุคคล (20 นาที)	ให้สมาชิกแต่ละคนฝึกการตรวจร่างกาย และสมาชิกท่านอื่น ๆ มีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยการให้คะแนน (ประเมินผลโดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คะแนน)	ใบงาน 1

องค์ประกอบ/กลุ่ม/เวลา	กิจกรรมการเรียนการสอน	เนื้อหา/สื่อ
การประยุกต์แนวคิดโดย อภิปรายกลุ่ม (20 นาที)	อภิปรายในประเด็น “วิเคราะห์ผลดีที่ได้รับจากการฝึก ตรวจร่างกาย ปัญหาที่พบ แนวทางแก้ไข แจกแผ่นพับโรคเรื้อน และการตรวจด้วยตนเอง	ใบงาน 2

สื่อการเรียนการสอน

1. ใบชี้แจง 1 ใบ
2. ใบงาน 2
3. โปสเตอร์/แผ่นพับโรคเรื้อนและการตรวจโรคเรื้อนด้วยตนเอง

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและท่าทีของสมาชิก
1. สังเกตการมีส่วนร่วม อภิปรายกลุ่ม
2. คะแนน การตรวจร่างกายตนเอง ของผู้วิจัย

ใบชี้แจง ให้ท่านเสนอวิธีการป้องกันโรคเรื้อน
--

ใบงาน 1 ให้สมาชิกแต่ละคนฝึกตรวจร่างกาย โดยให้สมาชิกท่านอื่น ๆ ช่วยกันให้คะแนน ตามเกณฑ์ดังนี้ 1. ระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจคือ.....ครั้งต่อ.....เดือน ให้ 1 คะแนน 2. ทำตรวจมี.....ท่า ให้ 3 คะแนน 3. วิธีการตรวจที่ถูกต้องทำอย่างไร ให้ 6 คะแนนใช้เวลาในการตรวจ 1-2 นาที

ใบงาน 2 ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มๆ ละ 3-4 คน อภิปรายในประเด็น 1. ผลดีที่ได้รับจากการตรวจร่างกาย 2. ปัญหาที่พบจากการฝึกและแนวทางแก้ไข ใช้เวลาในการอภิปรายกลุ่ม 3 นาที ตัวแทนกลุ่มนำเสนอกลุ่มละ 2 นาที
--

แผนจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 3
เรื่องการเสริมทักษะการตรวจร่างกายด้วยตนเอง
เวลา 60 นาที

จุดประสงค์การเรียนรู้

เพื่อเสริมสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจร่างกายด้วยตนเอง และเสริมทักษะการตรวจร่างกายที่ถูกต้อง

สาระสำคัญ

1. สมาชิกสามารถบอกผลการตรวจร่างกายด้วยตนเองหลังจากการฝึกปฏิบัติ
2. แสดงความคิดเห็นในปัญหา อุปสรรคที่พบจากการตรวจร่างกายด้วยตนเอง และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

กิจกรรมเรียนรู้

องค์ประกอบ/กลุ่ม/เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	เนื้อหา/สื่อ
ขั้นรู้ชัดเห็นจริง อภิปรายกลุ่ม/กลุ่ม3-4 คน (21นาที)	- อภิปรายในประเด็น “ผลการตรวจร่างกายด้วยตนเองที่บ้าน ปัญหาอุปสรรคที่พบ - ผู้แทนกลุ่มนำเสนอและสมาชิกกลุ่มอื่นร่วมกันเสนอแนวทางแก้ไข - ผู้วิจัยสรุปแนวคิดที่ได้	ใบชี้แจง 1
สร้างความคิดรวบยอด/ กลุ่มใหญ่ (20 นาที)	- ฝึกตรวจร่างกายในรายที่ยังไม่มั่นใจในการตรวจโดยสมาชิกในกลุ่มช่วยกันแนะนำ(student center)	หุ่นจำลอง
การประยุกต์แนวคิดโดย อภิปรายกลุ่ม/ กลุ่ม3-4 คน(15 นาที)	อภิปรายจากประเด็นในวิดิทัศน์ “ประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจร่างกายด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ” -ผู้แทนกลุ่มรายงานและผู้วิจัยสรุปแนวคิดแต่ละประเด็น - ชมวิดิทัศน์เรื่องโรคเรื้อรัง(ต่อ)	ใบงาน 2
สร้างความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่(2 นาที)	- ผู้วิจัยสรุปแนวคิดที่ได้	

สื่อการเรียนการสอน

1. หุ่นจำลอง
2. ใบงาน 2 ใบ

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและท่าทีของสมาชิก
2. สังเกตการมีส่วนร่วม อภิปรายกลุ่ม
3. งานกลุ่ม

ใบงาน 1

ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มๆ ละ 3-4 คน ช่วยกันอภิปรายในเรื่องต่อไปนี้

1. ผลการตรวจร่างกายด้วยตนเองของท่านที่บ้าน เป็นอย่างไร
2. ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการตรวจร่างกายด้วยตนเองที่บ้านใช้เวลาอภิปราย 5 นาที ตัวแทนกลุ่มนำเสนอกลุ่มละ 2 นาที
3. สมาชิกเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา ใช้เวลาในการนำเสนอ 8 นาที

ใบงาน 2

ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มๆ ละ 3-4 คน ช่วยกันอภิปรายในประเด็นต่อไปนี้

- ประโยชน์ของการตรวจร่างกายด้วยตนเองใช้เวลาในการอภิปราย 7 นาที ตัวแทนกลุ่มนำเสนอกลุ่มละ 2 นาที

ภาคผนวก ง

ภาวะโรคเห่อ

อาการแทรกซ้อนสำคัญของโรคเรื้อน คือ การเกิดภาวะโรคเห่อ (reactions) และเส้นประสาทอักเสบ (neuritis) การสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทนั้น หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง และทันเวลา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการได้ ภาวะโรคเห่อเป็นการอักเสบอย่างเฉียบพลันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยต่อเชื้อโรคเรื้อน อาการแสดงที่พบที่ผิวหนังจะมีการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน แต่ถ้าเป็นการอักเสบของเส้นประสาท จะพบการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทเป็นอาการสำคัญ และอาจมีอาการปวดร่วมด้วย การวินิจฉัยภาวะโรคเห่อ จะต้องตรวจหาอาการ และอาการแสดงทั้งผิวหนัง และเส้นประสาท เพื่อค้นหาอาการเส้นประสาทอักเสบ ระยะเริ่มแรกด้วยเสมอ

โรคเห่อในผู้ป่วยโรคเรื้อน แบ่งเป็น 2 ชนิด

1. ภาวะโรคเห่อชนิดที่ 1 หรือ Reversal Reaction : RR (โรคเห่อชนิดผื่นแดง) เกิดจากการมี Delayed hypersensitivity reaction เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของภูมิคุ้มกันระบบฟิงเซลล์ (cell mediated immunity : CMI) อาจเกิดก่อนรักษา หรือระหว่างรักษา และที่สำคัญแม้ว่าหลังจากรักษาครบหลักเกณฑ์ก็ยังเป็นได้

1.1 อาการแสดงทางผิวหนัง คือ อาการบวมแดงของผื่นโรคเรื้อนเดิม อาการทางเส้นประสาทอักเสบ มีอาการปวด หรือกดเจ็บที่เส้นประสาท ถ้าเป็นมากจะพบว่าเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆเส้นประสาทบวม บางรายไม่พบอาการปวดหรือกดเจ็บ แต่จะมีการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทเพิ่มขึ้น เช่น อาการชาขยายพื้นที่กว้างกว่าเดิม หรือกล้ามเนื้อที่เคยปกติกลับอ่อนแรง

1.2 อาการทางเส้นประสาทอักเสบ มีอาการปวด หรือกดเจ็บที่เส้นประสาท (Tender) เรียกว่าเส้นประสาทอักเสบที่มีอาการชัดเจน (Painful Neuritis) ถ้าเป็นมากจะพบว่าเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ เส้นประสาทบวม บางรายไม่พบอาการปวดหรือกดเจ็บเส้นประสาทแต่จะมีการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทเพิ่มขึ้น เช่นผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้ามีอาการชาขยายพื้นที่กว้างกว่าเดิม หรือกล้ามเนื้อเคยปกติกลับอ่อนแรง เรียกว่า silent neuritis

1.3 อาจพบอาการบวมที่มือ เท้า และหน้า หากตรวจพบอาการเหล่านี้แสดงว่าเป็นโรคเห่อนชนิดที่ 1 อย่างรุนแรง

2. โรคเห่อนชนิดที่ 2 หรือ Erythema nodosum leprosum : ENL (โรคเห่อนชนิดตุ่มอักเสบ) เป็นผลจาก humoral hypersensitivity reaction (Coombs and Gell type) เกิดจาก Antigen-Antibody Reaction และมีการใช้ complement มารวมตัวด้วยจนเกิด Antigen Antibody Complex หรือ Immune complex ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยชนิด LL และอาจพบในผู้ป่วยชนิด BL บางราย

2.1 อาการแสดงทางผิวหนัง คือตรวจพบตุ่มแดงอักเสบใต้ผิวหนังที่กดเจ็บ (ENL) ตุ่มนี้มักขึ้นเป็นชุด (crop) บางครั้งพบว่าเมื่อตุ่มชุดเก่ายุบ จะตุ่มชุดใหม่ขึ้นมาแทรกขึ้นมา

2.2 อาการทางเส้นประสาท พบการอักเสบของเส้นประสาท เช่นเดียวกับที่พบในโรคเห่อนชนิดที่ 1 แต่การทำลายเส้นประสาทมักไม่รวดเร็วและรุนแรง

2.3 อาการอักเสบของตา มักจะเกิดอาการอักเสบของม่านตาอย่างเฉียบพลัน (Acute Iridocyclitis) ตรวจพบอาการตาแดงและมีอาการปวดลูกตามาก หากมารักษาไม่ทันอาจทำให้ตาบอดได้

2.4 อาการอื่นๆ เช่น อัณฑะอักเสบ (orchitis) ปวดข้อ มีไข้ อ่อนเพลีย

2.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการตรวจ CBC อาจตรวจพบเม็ดเลือดขาวสูง โดยเฉพาะเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil และอาจพบโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) และอาจพบมีเส้นประสาทอักเสบชนิด Silent neuritis ในผู้ป่วยบางราย อาจมีอาการไม่รุนแรง ตรวจร่างกายจะไม่พบอาการปวด หรือกดเจ็บที่เส้นประสาท การวินิจฉัยไม่สามารถวินิจฉัยจากการสอบถามอาการของผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องตรวจหาอาการที่แสดงว่ามีอาการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทเท่านั้น

ภาคผนวก ง

คำรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



COA. No. MU-IRB 2008/300.1501

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project. The Promotion of Health Behaviors to Prevent Leprosy among Sentinel Population in Mae Poen District, Nakornsawan Province (Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Mr. Anuparp Pongpanich

Name of Institution. Faculty of Public Health

Approval includes. 1) MU-IRB Submission form version received date 14 January 2009
2) Participant Information sheet version date 14 January 2009
3) Informed consent form version date 14 January 2009
4) Questionnaire version received date 14 January 2009

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval. 15 January 2009

Date of Expiration. 14 January 2010

Signature of Chairman. 
(Professor Shusee Visalyaputra)

Signature of Head of the Institute. 
(Associate Professor Sansarlee Chaibaroj)
Vice President for Research and Academic Affairs

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	อานุกาพ พงษ์พานิช
วัน เดือน ปีเกิด	6 เมษายน 2508
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยครูบ้านสมเด็จเจ้าพระยา พ.ศ. 2531 - 2533 วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2547-2552 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	พ.ศ.2551- 2552 สำนักโรคติดต่อทั่วไป ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ พ.ศ.2551 - ปัจจุบัน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข