

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการคัดกรองโรคเรื้อนด้วยตนเองของผู้สัมผัสโรคเรื้อนร่วมบ้าน จังหวัดนราธิวาส นำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน
 - 1.1 ลักษณะของโรคเรื้อน
 - 1.2 ธรรมชาติของโรคเรื้อน
 - 1.3 อาการทั่วไปของโรคเรื้อน
 - 1.4 การวินิจฉัยโรค
 - 1.5 การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน
 - 1.6 การรักษาโรคเรื้อน
 - 1.7 ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน
 - 1.8 ระดับของความพิการ
2. แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน

1. ลักษณะของโรคเรื้อน โรคเรื้อน เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อไมโครแบคทีเรียมเลปเร (*Mycobacterium leprae*) ทำให้เกิดอาการที่ผิวหนัง เส้นประสาทส่วนปลาย การดำเนินของโรคจะเป็นไปอย่างช้า ๆ หากไม่รับรักษาตั้งแต่เริ่มเป็น เมื่อเส้นประสาทถูกทำลายอาจทำให้เกิดความพิการที่ตา มือ และเท้าได้

2. ธรรมชาติของโรคเรื้อน

2.1 เชื้อโรค *Mycobacterium leprae* ถูกค้นพบครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2416 โดยนายแพทย์ชาวอร์เวย์ ชื่อ Dr. G.H. Armauer Hansen เชื้อนี้มีรูปร่างเป็นแท่ง ย้อมติดสีทนกรด (acid faststain) ชอบอาศัยและเจริญเติบโตอยู่ในเซลล์ โดยเฉพาะในเซลล์ประสาท (Schwann cells) และเซลล์ในระบบ reticuloendothelial system เชื้อโรคเรื้อนเจริญและแบ่งตัวช้ามากมี generation time 11-14 วัน ปัจจุบันยังไม่สามารถเพาะเลี้ยงโดยใช้อาหารเลี้ยงเชื้อ แต่สามารถเพาะเลี้ยงในอุ้งเท้าหนู

(mouse foot pad) และตัวนึ่งเก้าตาย (nine banded armadillo) ได้ *M.leprae* เป็นเชื้อโรคที่มีความสามารถในการติดเชื้อ (infectivity) สูงแต่มีฤทธิ์ในการก่อโรค (pathogenicity) ต่ำ การที่ผู้ติดเชื้อจะป่วยเป็นโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (cell mediated immunity) ต่อเชื้อโรคเรื้อน จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีโอกาสรับเชื้อโรคนานเกิน 1 ปี เช่นกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยด้วยการทดสอบ lymphoblast transformation test พบอัตราการติดเชื้อโรคเรื้อนประมาณร้อยละ 50 ในขณะที่มีการศึกษาด้านการก่อโรคโดยติดตามตรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย มีอัตราป่วยเป็นโรคเรื้อนเพียงร้อยละ 5.8 เท่านั้น

2.2 แหล่งแพร่เชื้อ คนเป็นแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญผู้ที่สามารถแพร่เชื้อได้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดติดต่อกัน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (multibacillary leprosy) อย่างไรก็ตามพบว่ายาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อนในปัจจุบัน คือ rifampicin มีประสิทธิภาพทำลายเชื้อได้อย่างรวดเร็วผลการศึกษาพบว่าให้ยา rifampicin ขนาด 600 – 1,500 มก. เพียงครั้งเดียวสามารถฆ่าเชื้อโรคเรื้อนได้ถึง 99.9 % ภายในเวลา 3 – 7 วัน ดังนั้นผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษาจะไม่สามารถแพร่เชื้อโรคต่อไปได้อีก

2.3 การแพร่เชื้อ เชื้อโรคออกจากร่างกายของผู้ป่วยได้ 2 ทาง คือ ทางเยื่อจมูก และทางผิวหนังที่แตกเป็นแผล (lepromatous ulcer) วิธีการแพร่เชื้อที่เป็นไปได้มากที่สุดคือจากฝอยละออง (droplet) จากทางเดินหายใจส่วนบน พบว่าผู้ป่วยชนิด lepromatous ที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อน สามารถปล่อยเชื้อโรคผ่านทางเยื่อจมูกออกมาในสิ่งแวดล้อมได้มากถึงวันละ 10 ล้านตัว เชื้อโรคเรื้อนสามารถมีชีวิตอยู่นอกร่างกายได้นาน 9 วัน เชื่อว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนที่มีชีวิตเท่านั้นจะสามารถแพร่เชื้อได้ ทางที่เชื้อโรคเรื้อนเข้าสู่ร่างกายคนปัจจุบันเชื่อว่าโดยทางระบบทางเดินหายใจ ส่วนทางอื่น ๆ โดยเฉพาะทางบาดแผลที่ผิวหนังก็ยังเป็นไปได้ ระยะฟักตัวของโรค (incubation period) โดยทั่วไปประมาณ 3-5 ปี แต่ในปัจจุบันจากการศึกษาของ Fine PEM. พบว่าระยะฟักตัวอาจนานกว่านั้น คือ 2 – 5 ปี ในชนิด tuberculoid และ 8 – 12 ปี ในชนิด lepromatous

2.4 ผู้รับเชื้อ ประชาชนส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่โรคเรื้อนเป็นโรคประจำถิ่น (endemic area) มักจะติดเชื้อโรคไปแล้วตั้งแต่ยังเด็ก โดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านชนิดติดต่อกันมีโอกาสติดเชื้อมากที่สุด แต่ผู้ที่ติดเชื้อแล้วเหล่านี้นี้จะไม่แสดงอาการของโรคเรื้อนทุกราย เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมได้ข้อสรุป ดังนี้

2.4.1 ประวัติการสัมผัสโรค ผู้ที่มีประวัติการสัมผัสโรคมีโอกาสป่วยเป็นโรคเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจะสูงขึ้นถ้าเป็นผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดติดต่อกันโดยอาจเพิ่มสูงขึ้น 4 – 10 เท่า ความเสี่ยงนี้จะยิ่งสูงขึ้นอีกถ้าการสัมผัสดังกล่าวเป็นไปอย่างใกล้ชิดและเป็นเวลานาน

2.4.2 อายุ โรคเรื้อนพบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่จะพบน้อยมากในเด็กแรกเกิด อาจเป็นเพราะยังมีภูมิคุ้มกัน โรคถ่ายทอดจากมารดา หรือเพราะโรคเรื้อนมีระยะฟักตัวนาน หรือทั้งสองปัจจัยร่วมกัน

2.4.3 เพศ ในผู้ใหญ่เพศชายจะป่วยเป็นโรคเรื้อนมากกว่าเพศหญิง ส่วนในเด็กจะไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ จึงยังต้องศึกษากันต่อไปว่าความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงเป็นเพราะเหตุใด เช่น โอกาสการติดเชื้อโรคไม่เท่ากัน วิธีแต่งกาย อิทธิพลของฮอร์โมนเพศ และปัจจัยทางสังคม เป็นต้น

2.4.4 เชื้อชาติ ประชากรผิวขาว (caucasian) เป็นโรคได้ง่ายที่สุด รองลงมาเป็นคนผิวเหลือง (Mongolian) อินเดีย และนิโกรตามลำดับ ปรากฏการณ์นี้ยังไม่ทราบสาเหตุเช่นกัน

2.4.5 ประวัติการติดเชื้อ mycobacteria อื่น ๆ การติดเชื้อ mycobacteria ชนิดอื่น รวมทั้งเชื้อวัณโรค มีบทบาทต่อการเกิดโรคเรื้อน โดยอาจมี antigenic overlap ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้พบว่าการฉีดวัคซีน บีซีจี มีผลต่อการป้องกันโรคเรื้อนได้บางส่วนจากรายงานการศึกษาวิจัย พบว่าผลการป้องกันโรคเรื้อนโดยวัคซีนบีซีจีมีความผันแปรแตกต่างกันมากในพื้นที่ภูมิศาสตร์แตกต่างกัน

2.4.6 พันธุกรรม โรคเรื้อนไม่ได้ติดต่อถ่ายทอดทางพันธุกรรม แต่ปัจจัยทางด้าน genetic ในระบบ histocompatibility complex (HLA) มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเป็นตัวกำหนดชนิดโรค (type of leprosy) พบ gene HLA-DR2 และ DR3 เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเรื้อนชนิด tuberculoid และ HLA-DQ1 เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อนชนิด lepromatous

3. อาการทั่วไปของโรคเรื้อน โรคเรื้อนเป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการทางคลินิกได้ต่าง ๆ กัน ซึ่งกองโรคเรื้อนได้กล่าวถึงอาการแสดงที่สำคัญของโรคเรื้อน สรุปได้ดังนี้

3.1 อาการทางผิวหนัง รอยโรคที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อนแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

3.1.1 วงค่างขาว ผื่นวงแดงราบ ผื่นวงแหวน และผื่นนูนแดง พบกระจายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ผื่นเหล่านี้มักตรวจพบอาการชาภายในผื่นร่วมด้วย

3.1.2 คุ่มและผื่นนูนแดง ขนาดต่าง ๆ จำนวนมากกระจายทั่วร่างกาย ไม่มีอาการคัน ผื่นลักษณะนี้ส่วนใหญ่จะตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนจากรอยโรคโดยการกรีดผิวหนัง (slit skin smear)

3.2 อาการเนื่องจากเส้นประสาทถูกทำลาย เชื้อโรคเรื้อนสามารถทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ดังนี้

3.2.1 เส้นประสาทรับความรู้สึก (sensory nerve) ถูกทำลายทำให้เกิดอาการชาพบได้บริเวณรอยโรคที่ผิวหนัง กระบอกตา หรือที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้าแล้วแต่กรณี

3.2.2 เส้นประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (motor nerve) ถูกทำลายทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต

3.2.3 เส้นประสาทอัตโนมัติ (autonomic nerve) ทำให้ผิวหนังแห้งไม่ออก พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในเส้นประสาท อาจทำให้ตรวจพบเส้นประสาทโตได้ เส้นประสาทที่มักจะถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน คือเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้า ตา มือ และเท้า

4. การวินิจฉัยโรค โรคเรื้อนเป็นโรคที่สามารถวินิจฉัยได้ไม่ยากนัก เพียงอาศัยอาการทางคลินิกร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างง่าย ๆ กล่าวคือ การตรวจลักษณะรอยโรคร่วมกับทดสอบอาการชา ซึ่งจะพบได้ในกรณีที่ เป็นโรคเรื้อนประเภทเชืื่อน้อย หรือการตรวจพบเชื้อจากผื่น คุ่ม ซึ่งจะพบได้ในกรณีที่ เป็นโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก อาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ของโรคเรื้อนคือ

4.1 ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน

4.2 ตรวจพบมีอาการชาข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

4.2.1 ชาที่รอยโรคผิวหนัง

4.2.2 ชาที่ผิวหนังบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน

4.3 ตรวจพบเส้นประสาทโต

4.4 ตรวจพบเชื้อรูปแท่งดัดสีทนกรด (Acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนัง (slit skinsmear)

หากพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อจาก 3 ข้อแรกหรือพบข้อ 4 เพียงข้อเดียวให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

5. การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน เนื่องจากโรคเรื้อนมีอาการแสดงทางผิวหนัง และเส้นประสาท ตลอดจนความรุนแรงของโรคแตกต่างกันได้มาก การจำแนกชนิดจึงมีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ทางระบาดวิทยาการวางแผนรักษา การทำนายโรค และการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความพิการ ปัจจุบันใช้วิธีจำแนกชนิดโดยดัดแปลงจาก Ridley & Jopling's classification ปี ค.ศ. 1966 ซึ่งจำแนกตามภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคเรื้อนของผู้ป่วย ลักษณะและการกระจายของรอยโรคที่ผิวหนังร่วมกับผลการตรวจเชื้อ สรุปโดยย่อ ดังนี้

5.1 โรคเรื้อนประเภทเชืื่อน้อย (Paucibacillary Leprosy: PB) หมายถึง โรคเรื้อนชนิด

5.1.1 Indeterminate (I)

5.1.2 Tuberculoid (TT)

5.1.3 Borderline tuberculoid (BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อ และมีรอยโรคจำนวน 1-5 แห่ง

5.2 โรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (Multibacillary Leprosy: MB) หมายถึง โรคเรื้อนชนิด

5.2.1 Borderline tuberculoid (BT) ที่ตรวจพบเชื้อ

5.2.2 Borderline tuberculoid (BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อแต่มีรอยโรคจำนวนมากกว่า 5 แห่ง และกระจายอยู่สองข้างของร่างกาย

5.2.3 Mid-borderline (BB)

5.2.4 Borderline lepromatous (BL)

5.2.5 Lepromatous (BL)

ในกรณีที่เป็น BT ตรวจไม่พบเชื้อ และมีรอยโรคจำนวนมากกว่า 5 แห่งแต่กระจายอยู่ข้างเดียวของร่างกาย ให้จำแนกเป็นโรคเรื้อนประเภทเชือน้อย (PB)

6. การรักษาโรคเรื้อน โรคเรื้อนสามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาโรคเรื้อนในปัจจุบันต้องใช้ยาสองหรือสามอย่างในเวลาเดียวกัน ได้กล่าวถึงรายละเอียดของการรักษาไว้ดังนี้ การใช้ยาเคมีบำบัดเพื่อรักษาโรคเรื้อน มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1) รักษาผู้ป่วยให้หายจากโรค และไม่เกิดความพิการ

2) ด้วงจรการแพร่เชื้อ

ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2525 เป็นต้นมา องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้วิธีการรักษาโรคเรื้อนโดยใช้ยาผสมระยะสั้น (Multi Drug Therapy: MDT) ทั้งนี้เพื่อเร่งการทำลายเชื้อโรคโดยใช้ยาที่มีประสิทธิภาพสูงภายในระยะเวลาสั้นที่สุด และเพื่อป้องกันการดื้อยาของเชื้อโรคเรื้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื้อยา Dapsone (DDS) และ Clofazimine (Lamprene) ในการกำหนดแผนการรักษาได้จำแนกผู้ป่วยโรคเรื้อนออกเป็น 2 กลุ่ม ใหญ่ ๆ คือ

6.1 ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย (Paucibacillary leprosy: PB) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด Indeterminate (I) , Tuberculoid (T) และ Borderline Tuberculoid (BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อ ยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยากินเดือนละครั้ง Rifampicin (RFP) 600 มก. และยากินทุกวัน Dapsone (DDS) 100 มก./วัน รวมระยะเวลาในการรักษา 6 เดือน

6.2 ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB) หมายถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด Borderline tuberculoid (BT) ที่ตรวจพบเชื้อ, Borderline (BB), Borderline lepromatous (BL) และ Lepromatous (LL) ยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยากินเดือนละครั้ง Rifampicin (RFP) 600 มก., Clofazimine (Lamprene) 300 มก., ยากินทุกวัน Dapsone (DDS) 100 มก./วัน, Clofazimine (Lamprene) 50 มก./วัน ระยะเวลาการรักษา 24 เดือน

7. ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อได้กล่าวถึงความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนไว้ดังนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อน มีอาการทางเส้นประสาทด้วยเชื้อโรคเรื้อนจะทำลายเส้นประสาท

ส่วนปลายที่ไปเลี้ยงบริเวณใบหน้า ตา มือและเท้าของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ
เส้นประสาทที่เชื่อโรคเรื้อรังทำลายนั้นมี 7 เส้น คือ เส้นประสาทรับความรู้สึกกระจกตา (5 th Cranial nerve) เส้นประสาทใบหน้า (Facial nerve) เส้นประสาทข้างข้อมือ (Radial nerve) เส้นประสาทกลางข้อมือ (Median nerve) เส้นประสาทกลางข้อศอก (Ulnar nerve) เส้นประสาทขา
พับด้านนอก (Peroneal nerve) เส้นประสาทใต้เข่าด้านใน (Tibial nerve) ถูกทำลายจนสูญเสีย
หน้าที่ ทำให้เกิดความพิการ ดังนี้

7.1 กระจกตา (บริเวณตาดำ) ขาดหลับไม่ลง หากผู้ป่วยไม่ดูแลตนเองอย่างถูกวิธีจะมีอาการตาอักเสบ กระจกตาเป็นแผล ในที่สุดตาจะบอด

7.2 มือ กล้ามเนื้อนิ้วมืออ่อนแรง ข้อมือคด ฝ่ามือชา ไม่มีเหงื่อ หากผู้ป่วยไม่ระมัดระวังในการทำงานและไม่ควบคุมบริหารกล้ามเนื้อนิ้วมือ ไม่ดูแลฝ่ามือที่แห้ง จะทำให้เกิดหนังแข็งรอยแตก แผลเรื้อรัง นิ้วมืองอ ข้อติดแข็ง นิ้วมือกุดค้วน

7.3 เท้า เท้าคด นิ้วเท้างอ ฝ่าเท้าชา ไม่มีเหงื่อ หากผู้ป่วยไม่ระมัดระวังในการเดินการทำงานไม่สวมรองเท้าที่เหมาะสม ไม่ควบคุมบริหารกล้ามเนื้อ ไม่ดูแลฝ่าเท้าที่แห้งจะทำให้เกิดหนังแข็ง ตาปลา รอยแตก แผลเรื้อรัง ข้อเท้าบิดผิดรูปงอ นิ้วเท้างอ ข้อติดแข็งและนิ้วเท้ากุดค้วน หากอาการดังกล่าวนี้เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน และได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลาจะไม่เกิดความพิการ

8. ระดับของความพิการ World Health Organization (1997) ได้กำหนดการแบ่งระดับความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไว้ดังนี้

8.1 มือ

ระดับ 0 คือ ตรวจพบว่าฝ่ามือไม่ชา และไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 1 คือ ตรวจพบว่าฝ่ามือชา แต่ไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 2 คือ ตรวจพบว่ามีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ความสูญเสียที่กล่าวถึงนั้น ได้แก่ แผล (Ulceration) การหดสั้น (Shortening) การผิดรูป (Disorganization) ข้อติดแข็ง (Stiffness) การกุดหรือสูญเสียเนื้อเยื่อและกระดูกของข้อมือไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน (Loss of part or all hand)

8.2 เท้า

ระดับ 0 คือ ตรวจพบว่าฝ่าเท้าไม่ชา และไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 1 คือ ตรวจพบว่าฝ่าเท้าชา แต่ไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 2 คือ ตรวจพบว่ามีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ความสูญเสียที่กล่าวถึงนั้น ได้แก่ แผล (Ulceration) การหดสั้น (Shortening) การผิดรูป (Disorganization) ข้อติดแข็ง (Stiffness) การกดหรือสูญเสียเนื้อเยื่อและกระดูกของข้อเท้าไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน (Loss of part or all foot)

8.3 ตา

ระดับ 0 คือ ตรวจพบไม่มีปัญหาทางตาที่เกิดจากโรคเรื้อน ตาไม่มัว

ระดับ 1 คือ ตรวจพบว่ามีปัญหาทางตาที่เกิดจากโรคเรื้อน แต่ตาไม่มัวมาก (วัดสายตาดูได้ 6/60 หรือ ดีกว่านั้น นับนิ้วที่ระยะ 6 เมตร ได้ถูกต้อง)

ระดับ 2 คือ ตรวจพบว่าต้ามัวมาก (วัดสายตาดูได้น้อยกว่า 6/60 นับนิ้วที่ระยะ 6 เมตร ไม่ได้ ตาหลับไม่สนิท (Lagophthalmos) ม่านตาอักเสบ (Iridocyclitis) และกระจกตาเป็นฝ้าขาวขุ่น (Corneal opacities)

ระดับความพิการรวมของผู้ป่วยแต่ละคน ให้ถือระดับความพิการสูงสุดที่พบในผู้ป่วยเป็นระดับความพิการรวมของผู้ป่วยรายนั้น

แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ได้พัฒนาขึ้นเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปกับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับการเอาใจใส่ (สวิง สุวรรณ, 2536) การนำการรับรู้ทางสุขภาพมาเป็นองค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนามาจากการศึกษาปรากฏการณ์ของทฤษฎีสานามแห่งชีวิตของ เคิร์ท เลวิน (Becker, 1974) Rosenstock (1974) เป็นผู้ริเริ่มนำรูปแบบเจตคติด้านสุขภาพมาใช้ในการป้องกันโรคของบุคคลโดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจและเชื่อว่าสิ่งนั้นจะทำให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา องค์ประกอบที่ Rosenstock กล่าวไว้ในรูปแบบเจตคติด้านสุขภาพคือ การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีเจตคติที่ว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตพอสมควร

จากแนวคิดนี้ มีผู้ศึกษานำมาเป็นแนวทางและสรุปได้ว่า การที่บุคคลจะป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพของเขานั้น ต้องเกิดจากการที่เขายอมรับว่าการปฏิบัตินั้น จะเกิดผลดีมากกว่า และสิ่งที่เขาจะต้องปฏิบัติเป็นสิ่งที่ไม่ยากเกินไป จากการศึกษาได้สรุปองค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลว่าเกิดจากการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวกำหนดของพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำ หรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา Becker & Maiman (1978) ได้เสนอว่าองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนั้นสามารถอธิบายได้ถึงความต้องการที่จะยินยอมรับการรักษา และจากความตั้งใจอันเนื่องมาจากแรงจูงใจทางสุขภาพอนามัย ซึ่งสรุปได้ว่า บุคคลนั้นยอมรับเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปและยอมรับในการบำบัดรักษา ซึ่งการยอมรับนั้นเกิดจากการมีสิ่งสนับสนุนทั้งภายในตัวเขาและภายนอกตัวเขาด้วย ในส่วนของการยอมรับรูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ใช้เป็นหลักในการทำนายพฤติกรรม จะต้องให้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่บุคคลนั้นจะรับรู้ได้ไม่ยากจึงทำให้เกิดการยอมรับในพฤติกรรมนั้น สามารถอธิบายรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพได้โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ขึ้นอยู่กับภัยคุกคามจากความเจ็บป่วย (Threat Posed by Illness) ซึ่งส่วนนี้ได้เน้นว่าการรับรู้โอกาสที่จะเกิดเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) และการรับรู้เกี่ยวกับความร้ายแรงของโรค (Perceived Severity) ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และผลกระทบถึงหน้าที่ทางสังคม

- 1.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ความเชื่อ ของบุคคลที่มีต่อความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ การคาดคะเนถึงโอกาสเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของความง่ายต่อการที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

- 1.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินตามความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจไม่จริงตามหลักวิชาการของแพทย์ก็ได้ ในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายเมื่อป่วยเป็นโรคจะก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้เวลาในการรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หรือผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคม ในกรณีที่บุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสการเกิดโรค แต่ถ้าไม่มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบกระเทือนต่อฐานะ และบทบาททางสังคมแล้วก็จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

2. การรับรู้ถึงผลประโยชน์และอุปสรรคของการกระทำ (Perceived Benefit and Barriers) เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติ เพราะการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอนามัยอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น นอกเหนือจากการที่จะต้องมีความพร้อมทางด้านจิตใจในการที่จะ

ปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะป่วย และรับรู้ว่าคุณมีความรุนแรงมากพอที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือมีผลเสียโดยทางอ้อมแล้ว ชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่าจะให้ประโยชน์มาก จากการแสวงหาวิธีการป้องกันโรคดังกล่าว แต่ในการที่จะยอมรับ และปฏิบัติสิ่งใดนั้นจะต้องเป็นผลของความเชื่อว่า วิธีการดังกล่าวเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด (Perceived Benefit) ในกรณีที่การปฏิบัติดังกล่าวมีอุปสรรค เช่น การรับรู้ถึงความไม่สะดวกในการมารับบริการ ความอึดอัดกังวลในการถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ (Perceived Barriers) การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจะขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ และจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

3. พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยขึ้นอยู่กับสิ่งกำหนด หรือชักนำให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม (Cue to Action) มีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าที่จะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำ สิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นนี้อาจเกิดจากภายในร่างกายของตนเอง (Internal) เช่น ความสนใจต่อสุขภาพ อาการของโรค หรือสภาวะสุขภาพของตนเอง หรือมาจากภายนอก (External) เช่น ความรู้หรือการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากสื่อมวลชน จากเพื่อนสนิท หรือการได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด (Significant Others) ปฏิกริยาของบุคคลรอบข้าง โดยทั่วไปแล้วการประเมินแรงจูงใจสามารถประเมินได้จากความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

4. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ แต่ส่งผลต่อการรับรู้ และแรงจูงใจในด้านสุขภาพอนามัย โดยเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ตัวแปรต่าง ๆ ด้านประชากรด้านจิตวิทยาสังคม เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา บุคลิกภาพ แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่าปัจจัยร่วมที่ส่งผลในการทำนายพฤติกรรมได้อย่างสม่ำเสมอคือสัมพันธภาพระหว่างประชาชนและเจ้าหน้าที่ การมีสัมพันธภาพที่ดี หรือเป็นไปตามที่ประชาชนคาดหวังจะก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ และนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องตามคำแนะนำ ได้แก่ การที่เจ้าหน้าที่ให้ความเป็นกันเอง การยอมรับ และเข้าใจในตัวประชาชน การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นแก่ประชาชนเป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หัตถิยา มานิจสิน (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเลโปรมาติส สถาบันพยาบาลโนนสมบูรณ์ พบว่า องค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละด้าน

คือ การรับรู้เรื่องโรค การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้การถูกตีตราจากสังคม ซึ่งมีองค์ประกอบคือ การรับรู้ต่อการแสดงความรังเกียจ การรับรู้ต่อการให้คุณค่า และการรับรู้ต่อการให้เข้ากลุ่ม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เนตรนภา กุ่มพันธ์ (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12 สงขลา พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่าการให้แนะนำและช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งได้แก่ คู่สมรส บุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนสนิท รวมทั้งแพทย์ พยาบาล ช่วยให้เกิดความเครียดจากความเจ็บป่วย หรือจากความพิการ ทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี

ศีลธรรม เสริมฤทธิ์วงศ์ (2543) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถานสงเคราะห์ผู้พิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 300 คน พบว่า เพศ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สุขภาพจิต ความเชื่ออำนาจผู้อื่น การมุ่งอนาคตและควบคุมตนเองและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ชาลิศา ไสรัตน์ (2548) ระบาดวิทยาสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคผิวหนัง พบว่า การรณรงค์สุขภาพเชิงรุกที่เน้นการให้ประชาชนและชุมชนร่วมรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีอาการทางเยื่อเมือกบวม และแตกเป็นแผลซึ่งเป็นแหล่งแพร่โรคสำคัญผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อบุคคล และสื่อมวลชน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถให้คำปรึกษาแนะนำที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง

วราภรณ์ พรหมพันธุ์ (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อรัง จังหวัดนครราชสีมา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross Sectional Survey Research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สงสัยโรคเรื้อรังที่มาขอรับบริการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุขใน 6 อำเภอ ของจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2540 จำนวน 222 คน โดยแบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

และหาความสามารถในการทำนายด้วยค่าสถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ผลการศึกษาพบว่า อายุ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศรีสมร กมลเพชร (2542) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังในกลุ่มแกนนำผู้สัมผัสโรคเรื้อนเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์รูปแบบแนวคิดการสร้างพลังและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวทางในการส่งเสริมการไปตรวจร่างกายเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนของผู้สัมผัสโรคเรื้อน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสโรคเรื้อนจำนวน 55 คน คัดเลือกเป็นแกนนำจำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Sample t-test Z – test และ McNemar test ผลการศึกษาพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโรคเรื้อนการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่ากลุ่มแกนนำผู้สัมผัสโรคเรื้อนมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโรคเรื้อน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการนำพาผู้สัมผัสโรคเรื้อนไปตรวจร่างกายเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน หลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความคาดหวังในความสามารถของตนเอง หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุปราณี โมฬีชาติ (2546) ได้ศึกษาการประเมินคุณภาพการให้บริการงานควบคุมโรคเรื้อนในระดับอำเภอและตำบลในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 ปีงบประมาณ 2546 โดยใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดกิจกรรมหลักขององค์การอนามัยโลก 4 ตัว คือ การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ การให้การรักษาดูแลยาเคมีบำบัดผสม การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ประชากรที่ศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อน 333 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยในความดูแล 31 คน และไม่มีผู้ป่วยในความดูแล 302 คน ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนรักษาในปี 2545 รวม 25 ราย เพื่อวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows

ผลการประเมินด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัด เช่นในกลุ่มที่มีผู้ป่วยดูแลพบว่า การตรวจร่างกายผู้มารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขเพื่อค้นหาโรคเรื้อน ความสามารถในการตรวจเชื้อโรคเรื้อน การตรวจร่างกายประจำปีแก่ผู้ป่วยขณะรักษา และระยะเฝ้าระวังหลังการรักษา การติดตามผู้ป่วยที่ขาดยาผสมเกิน 1 เดือน รวมทั้งการรายงานสัดส่วนความพิการในผู้ป่วยรายใหม่ การให้สุขศึกษาและการตรวจร่างกายเพื่อป้องกันความพิการในผู้ป่วยที่กำลังรักษา การจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้พิการที่ควรได้รับการสงเคราะห์ และรายงาน

จำนวนผู้พิการที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพและสงเคราะห์ส่วนใหญ่กลุ่มที่ไม่มีผู้ป่วยในความดูแลพบตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพได้แก่ การรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ได้รับการตรวจค้นหาโรคเรื้อนในสถานบริการสาธารณสุข และความสามารถในการตรวจเชื้อโรคเรื้อน นอกจากนั้นผลการประเมินยังพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อนต่อการรับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านความไม่มั่นใจต่อการรักษาความลับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นโดยสรุปผลการประเมินคุณภาพการให้บริการควบคุมโรคเรื้อนในระดับอำเภอและตำบลใน 5 จังหวัดของพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 ซึ่งอยู่ในสภาวะความชุกโรคต่ำ หลังกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขอยู่ในระดับที่น่าพอใจ โดยผลการดำเนินงานที่ไม่ได้คุณภาพตามเกณฑ์ของตัวชี้วัดจะได้รับการปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2546) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังโรคเรื้อนเชิงรุกโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยศึกษาในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2544 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ในหมู่บ้านทดลองจำนวน 233 คน หมู่บ้านเปรียบเทียบจำนวน 120 คน และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบเก็บข้อมูลของผู้สงสัยที่มารับการตรวจ และแบบฟอร์มการเฝ้าระวังโรคสำหรับ กสค. และ อสม. สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Student t-test Paired Sample t-test และ Z-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กสค. ในหมู่บ้านทดลองและ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนและมีการเฝ้าระวังโรคเรื้อนเชิงรุกเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และการเฝ้าระวังโรคเรื้อนเชิงรุกของ กสค. ในหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กสค. ทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และการเฝ้าระวังโรคเรื้อนเชิงรุกไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองพบว่า กสค. ในหมู่บ้านทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และการเฝ้าระวังโรคเรื้อนเชิงรุกมากกว่า กสค. ในหมู่บ้านเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าสัดส่วนการออกมารับการตรวจร่างกายของผู้สงสัยโรคเรื้อนที่ผ่านการคัดกรองจาก กสค. หมู่บ้านทดลอง และ อสม. เท่ากับร้อยละ 89.30 และร้อยละ 73.13 ตามลำดับ และเมื่อนำสัดส่วนการออกมารับการตรวจร่างกายของผู้สงสัยโรคเรื้อนมาเปรียบเทียบกัน พบว่าสัดส่วนของผู้สงสัยที่ผ่านการคัดกรองจาก กสค. ในหมู่บ้านทดลองจะมากกว่าสัดส่วนผู้สงสัยที่ผ่านการคัดกรองจาก อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้

ยังพบว่า สัดส่วนการตรวจพบผู้ป่วยใหม่จากผู้สงสัยที่ผ่านการคัดกรองจาก กสค. ในหมู่บ้านทดลอง เท่ากับร้อยละ 2.67 ส่วนผู้สงสัยที่ผ่านการคัดกรองจาก อสม. ตรวจไม่พบว่าเป็นโรคเรื้อน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า กสค. ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อช่วยในการควบคุมโรคเรื้อน ซึ่งจะเป็นการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคเรื้อน โดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อที่จะสามารถค้นหา ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการลดความพิการในผู้ป่วยใหม่และลด แหล่งแพร่เชื้อในชุมชนลงได้อย่างยั่งยืน

กฤษฎา มโหทาน (2547) ได้ศึกษาการยอมรับยาเพื่อป้องกันโรคเรื้อนในผู้สัมผัสโรคใน ชุมชนที่มีความเสี่ยงการติดเชื้อโรคเรื้อนสูง โดยการสนทนากลุ่มในกลุ่มประชากร ผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วย เพื่อนบ้านผู้ป่วยและผู้นำชุมชน ของพื้นที่หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 9 ตำบล บ้านยาง อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าการเกิดโรคในอดีตมีการกระจุกตัวรอบ ๆ บ้าน ผู้ป่วยเริ่มแรก (index case) ซึ่งพออธิบายได้จากโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยที่ ปรากฏอาการแล้ว แต่ยังไม่ได้รับการรักษาและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างเป็นประจำ ส่งผลให้ มีการแพร่และติดเชื้อโรคเรื้อนทำให้สามารถกำหนดกลุ่มที่ควรได้รับยาเคมีป้องกัน โรคเรื้อนได้ชัดเจน ขึ้น ส่วนความคิดเห็นการยอมรับการกินยาป้องกันโรคเรื้อนของหัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทน 75 ครอบครัว พบว่าร้อยละ 62 ยอมรับการกินยา ด้านความรู้ที่พบว่าคุณมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อโรคเรื้อนของชาวบ้านมีน้อย แม้จะมีกิจกรรมการสำรวจหมู่บ้านเพื่อค้นหาผู้ป่วย โรคเรื้อนทุกปีก็ตาม