

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อน การรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้ารวบรวมเอกสาร ตำรา บทความและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถสรุปประเด็นตามลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน
2. ความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วย
3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
5. การวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน

##### คำจำกัดความ

โรคเรื้อน(Leprosy) เป็นโรคทางผิวหนังและโรคทางระบบภูมิคุ้มกัน จัดเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง พบและติดต่อเฉพาะในคน โดยทั่วไปโรคเรื้อนมักเกิดอาการที่ผิวหนัง เส้นประสาทส่วนปลาย และต่อทางเดินหายใจส่วนบน (ธีระ รามสูต, 2522 :1)

##### เชื้อโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรียม เลแปร์ (Mycobacterium leprae) ซึ่งมีรูปร่างเป็นแท่ง มีคุณสมบัติติดสีทนกรด (Acid-Fast Stain) และติดสีกรัมบวก (Gram's Stain) ตรวจพบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อน และเพาะเลี้ยงได้ในสัตว์ทดลองบางชนิด เช่น หนูและตัวนึ่งแก้วลาย ปัจจุบันยังไม่มีผู้ใดสามารถเพาะเลี้ยงเชื้อโรคเรื้อน โดยใช้อาหารเลี้ยงเชื้อได้สำเร็จ (กระทรวงสาธารณสุข, 2537 : 2)

## การแพร่เชื้อโรคเรื้อน

เชื้อโรคเรื้อนแพร่ออกจากร่างกายของผู้ป่วยได้สองทาง คือ ทางผิวหนัง และเยื่อจมูก ทางที่เชื่อว่ามีผลต่อการแพร่ติดต่อได้มาก คือ ทางเยื่อจมูก ในผู้ป่วยระยะติดต่อที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน จะสามารถปล่อยเชื้อโรคเรื้อนที่ยังมีชีวิตผ่านทางเยื่อจมูกออกมาในสิ่งแวดล้อมได้มากถึงวันละ 10 ล้านตัว สำหรับวิธีการแพร่เชื่อนั้น ปัจจุบันเชื่อว่าการแพร่เชื้อจะเกิดขึ้นโดยเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผ่านทางระบบทางเดินหายใจของผู้รับเชื้อ ส่วนวิธีการแพร่เชื้อโดยวิธีอื่นๆ เช่น โดยการกลืนกิน หรือโดยผ่านแมลงนำโรคนั้นมีผู้ตั้งสมมุติฐานไว้แต่ยังมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ

## การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน

โรคเรื้อนสามารถแบ่งได้เป็นชนิดต่างๆ ตามลักษณะอาการที่ปรากฏดังนี้

1. อินดีเทอร์มิเนท (indeterminate) เป็นโรคเรื้อนที่พบในระยะเริ่มแรกลักษณะอาการพบเป็นวงด่างสีขาว 1-3 วง ขอบจางไม่ชัดเจน ผิวหนังแห้งเล็กน้อย หรือปกติ มีอาการเสียวความรู้สึกรู้อาหรือชาเพียงเล็กน้อย การตรวจเชื้อมักไม่พบเชื้อ ส่วนมากถ้าภูมิคุ้มกันสูงราวร้อยละ 60-80 มักจะหายไปเองแม้ไม่ได้รับการรักษา แต่ถ้าภูมิคุ้มกันต่ำก็อาจจะกำเริบกลายเป็นโรคเรื้อนชนิดอื่นต่อไป

2. ทิวเบอร์คิวลอยด์ (tuberculoid) มักตรวจไม่พบเชื้อ อาการระยะแรกพบเป็นวงด่างสีขาวขอบชัดเจน หรือแผ่นนูนแดงรูปวงแหวน ผิวหนังแห้งชัดเจน จำนวนที่พบประมาณ 1-3 วง มักมีอาการหายดีขึ้นตรงกลางวงก่อนและขอบบริเวณนั้นมักกว้าง เส้นประสาทมักโตถ้าได้บางรายอาจพบอาการทางประสาทอย่างเดียว โดยไม่พบอาการทางผิวหนังเลย

3. บอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ (borderline tuberculoid) ลักษณะอาการคล้ายทิวเบอร์คิวลอยด์แต่มีจำนวนมากขึ้นและมักจะกระจายสองข้างของร่างกายเฉพาะตามแขนขา มีวงหรือแผ่นหนาเกิดขึ้นใหม่รอบวงหรือแผ่นนูนหนาจะมีสีแดงเข้ม และเป็นมันมากขึ้น อาการทางประสาทพบมากขึ้น ขอบนอกไม่เด่นชัดแต่ลาดลง ผิวมักไม่แห้ง การตรวจเชื้อมักพบเชื้อเล็กน้อย

4. บอเดอร์ไลน์ (borderline) ส่วนมากมักพบเป็นแผ่นนูนหนา 2 แบบ แบบแรกอาจเป็นแผ่นนูนหนาตรงกลางหรือลาดลง โดยขอบด้านนอกมักแบนลาดลงไม่เด่นชัด หรืออีกพวกเป็นแผ่นนูนหนาและตรงกลางนูนเป็นรู บางพวกเป็นรูปวงแหวนซึ่งขอบด้านในและด้านนอกนูนเด่นชัด และมักพบแผ่นหนาที่เกิดขึ้นใหม่ วงด่างขาวเป็นวงกลมล้อมรอบแผ่นนูนแดงเสมอ

5. บอร์เดอร์ไลน์ เลปโรมาตัส (borderline lepromatous) มักพบรอยโรคหลายชนิด

เช่น วงด่าง แผ่นหนาและตุ่มผสมกัน มีจำนวนมากมาย กระจายสองข้างของร่างกาย โดยส่วนมากที่พบเป็นแผ่นนูนหนาขนาดเล็ก ตรงกลางนูน ขอบแบนลาดลงผิวหนังไม่แดงจัดและไม่เป็นมันเลื่อม อาการชามีเล็กน้อย เส้นประสาทมักโต

6. เลปโรมาตัส (lepromatous) อาการที่พบชัดเจนมากที่สุด 2 ข้างของร่างกายทั้งในแบบวงแหวนสีแดง ตุ่มเล็ก ตุ่มใหญ่ แผ่นนูนหนา จำนวนมากกระจายทั่วร่างกายใบหู ใบหน้าหนาชัดเจน เป็นหน้าสิงห์โต เส้นประสาทมักโตทั้ง 2 ข้าง มือเท้ามักชาและมีความพิการของมือ เท้าหรือใบหน้าร่วมด้วย การตรวจเชื้อจะพบเชื้อโรคเรื้อนมากมาย (ธีระ รามสูต, 2535)

### ระดับความพิการ

ระดับความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนของประเทศไทย ได้แบ่งระดับความพิการตามหลักเกณฑ์ของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997 : 83) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ตา

ระดับ 0 คือ ไม่มีปัญหาทางตาที่เกิดจาก โรคเรื้อน

ระดับ 1 คือ มีปัญหาทางตาที่เกิดจากโรคเรื้อน แต่ตามัวไม่มาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตร ได้ถูกต้อง)

ระดับ 2 คือ ตามัวมาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรไม่ได้) กระจกตาสิ้นความรู้สึก ตาหลับไม่สนิท และม่านตาอักเสบ

#### มือและเท้า

ระดับ 0 คือ ไม่ชา ไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 1 คือ ชา แต่ไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 2 คือ มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ความสูญเสียที่กล่าวถึง ได้แก่ การหดสั้น การผิดรูป ข้อติดแข็ง การกุด หรือการสูญเสียเนื้อเยื่อ และกระดูกของมือหรือเท้า ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน

### การวินิจฉัยโรค

โรคเรื้อนสามารถให้การวินิจฉัยได้จากประวัติการตรวจร่างกาย และการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนจากผิวหนัง ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997 : 18) กล่าวว่าอาการสำคัญ (Cardinal signs) ที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นเป็นโรคเรื้อนได้จากอาการ 1 ใน 2 ลักษณะ คือ มีรอยอันเป็นลักษณะของโรคเรื้อนที่ผิวหนัง และมีอาการชาบริเวณรอยโรคนั้น

ตรวจพบเชื้อรูปแท่งดิดีทนกรด (acid fast bacilli) จากการตรวจหาเชื้อโดยกรีดจากผิวหนัง หรือโดยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

### หลักเกณฑ์การรักษาโรคเรื้อน (กองโรคเรื้อน, 2542 : 8-10)

1. วัตถุประสงค์ในการรักษา คือ รักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคและไม่เกิดความพิการ ตัดวงจรการแพร่เชื้อ
2. ยาที่ใช้ในการรักษา
  - 2.1 ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย ยาที่ใช้ได้แก่ ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) 600 มิลลิกรัม ต่อเดือน โดยให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าหรือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แดปโซน (Dapsone) 100 มิลลิกรัมต่อวัน
  - 2.2 ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก ยาที่ใช้ได้แก่ ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) 600 มิลลิกรัมต่อเดือน โดยให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าหรือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แดปโซน (Dapsone) 100 มิลลิกรัมต่อวัน โคลฟาซิมิน (Clofazimine) 300 มิลลิกรัมต่อเดือน โคลฟาซิมิน (Clofazimine) 50 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ 100 มิลลิกรัม วันเว้นวัน
3. ระยะเวลาการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย ใช้เวลารักษา 6 เดือน ผู้ป่วยประเภทเชื้อมากใช้เวลารักษา 2 ปี
4. การติดตามผลหลังจากหยุดยา ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย ต้องตรวจร่างกายปีละครั้งเป็นเวลา 3 ปี ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก ต้องตรวจร่างกายปีละครั้งเป็นเวลา 5 ปี

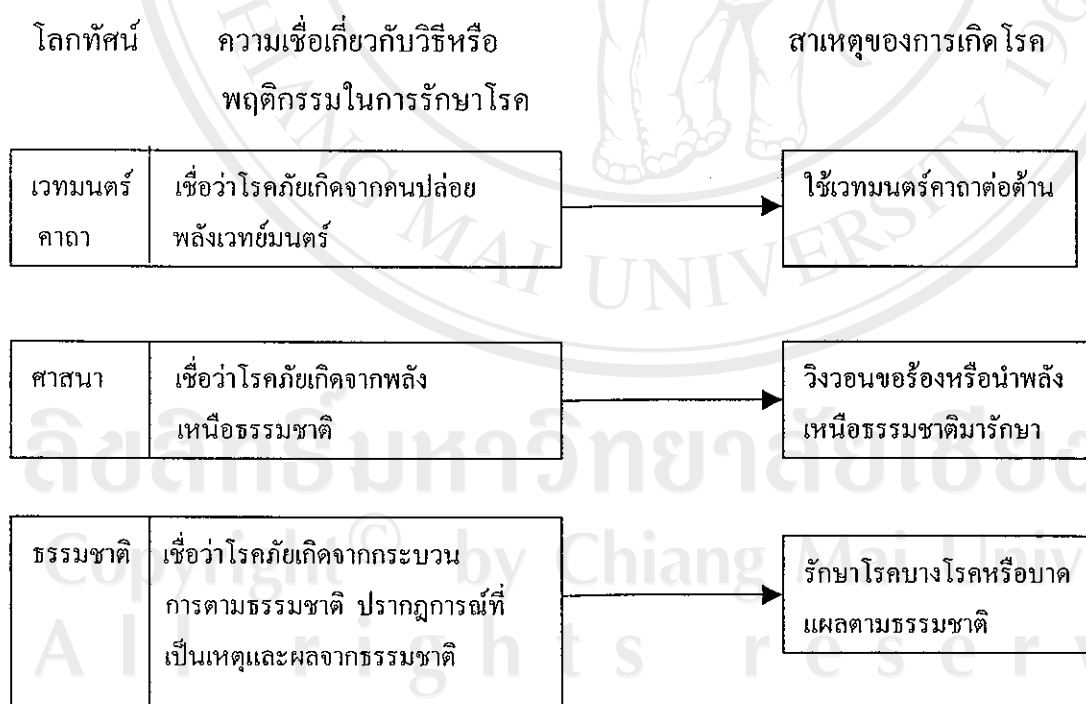
### การป้องกันและการควบคุมโรคเรื้อน

การป้องกันและควบคุมโรคแบ่งได้เป็น 2 ระยะดังนี้ (สมชาย สุพันธ์วิช, 2532 : 132-133)

1. การป้องกันล่วงหน้า คือ การให้สุขศึกษาแก่ประชาชนให้เข้าใจว่า โรคเรื้อนสามารถรักษาหายได้ หากได้รับการรักษาแต่เริ่มแรกและติดต่อกันไป และแจ้งสถานที่ที่ตรวจรักษาที่จะให้ผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาได้โดยสะดวกด้วย
2. เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยและให้การรักษาดังแต่ระยะเริ่มแรก และเฝ้าสังเกตผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน หรือผู้สัมผัสโรค (3 ปี ในผู้ป่วยประเภทเชือน้อย, 5 ปี ในผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก)

## 2. ความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยเริ่มสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ซึ่งมีอาการลักษณะเดียวกับอาการของโรคเรื้อน และมีได้มีพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรกนั้น เป็นสิ่งที่แสดงถึงว่าผู้ป่วยอาจขาดการรับรู้ว่าอาการของตนนั้นเป็นอาการของโรคที่มีความร้ายแรง บางคนมีความตระหนักในอาการเจ็บป่วยและเห็นว่าการวินิจฉัยและการรักษาเป็นขั้นตอนที่สำคัญต่อการกลับสู่สภาวะปกติของการมีสุขภาพอนามัยที่ดี แต่ยังคงมีความคิดเห็นว่าการวินิจฉัยโรคและการรักษาเป็นสิ่งที่เสียค่าใช้จ่าย เสียเวลา ดังนั้นบุคคลจึงอยู่ในสภาวะของการขัดแย้ง โดยในด้านหนึ่งเขาต้องการได้รับการรักษาพยาบาล เพราะรู้ว่าสามารถนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยดีเป็นปกติ แต่ในอีกด้านหนึ่งการวินิจฉัยโรคและการรักษาเป็นสิ่งที่เจ็บปวด เสียเงิน เสียเวลา หรือต้องพึ่งพาคนอื่น เมื่อบุคคลเกิดความตระหนักถึงอาการเจ็บป่วยของตนเองแล้ว บางคนจะเพิกเฉยไม่แสวงหาการรักษา บางคนก็มีการแสวงหาการรักษาด้วยวิธีต่างๆ แตกต่างกันไป บางคนอาจไปซื้อยามารักษาตัวเอง บางคนไปหาหมอกกลางบ้าน ไปโรงพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ รวมทั้งโลกทัศน์ความเชื่อเกี่ยวกับลักษณะ และสาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527 : 166) ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างโลกทัศน์ ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและพฤติกรรมในการรักษาโรค (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527 : 166)



## ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะแสดงการยอมรับความเจ็บป่วยด้วยการแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีต่างๆ เช่น การไปหาเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้องหรือไปพบแพทย์เพื่อปรึกษาถึงความผิดปกติของตน แต่บางคนมีความลังเลใจ ในการที่จะปรึกษาถึงอาการผิดปกติของตนเอง โดยคำนึงถึงผลได้และผลเสียจากการแสวงหาความช่วยเหลือนั้น ซึ่งสาเหตุของความล่าช้าในการรักษานั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 173-185) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคล ได้แก่

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันในลักษณะและความมากน้อย บางคนจะมีองค์ประกอบนี้ในลักษณะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีหรือที่พึงปรารถนา แต่บางคนอาจจะมีลักษณะที่ขัดขวางต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือพึงปรารถนา

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ กลุ่มบุคคลในสังคม ครอบครัว สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยของบุคคลทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ รายได้มีผลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของบุคคล ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ถูกต้องเหมาะสม การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้รายได้ของประเทศโดยรวมก็มีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน กล่าวคือเศรษฐกิจของประเทศจะส่งผลถึงความเพียงพอและความทั่วถึงของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รัฐบาลจัดให้กับประชาชน ซึ่งจะจัดได้ดีมากน้อยเพียงใดนั้น เศรษฐกิจของประเทศจะเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยอย่างมาก

4. องค์ประกอบทางการศึกษา การศึกษาทำให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติและมีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอย่างถูกต้อง ระดับการศึกษาจะมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับฐานะทางเศรษฐกิจ ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ก็มักจะมีการศึกษาต่ำ ทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ มีทัศนคติที่ไม่ดี และมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเมื่อเจ็บป่วยก็จะขาดรายได้ ทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จึงเกิดวงจรของความสัมพันธ์ระหว่าง ความเจ็บป่วย การด้อยการศึกษา และความยากจน

5. องค์ประกอบทางการเมือง นโยบายทางการเมืองส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้ารัฐเห็นความสำคัญและความจำเป็นก็จะให้งบประมาณทางการแพทย์และการสาธารณสุขมาก ตลอดจนโครงการที่จะช่วยให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางสุขภาพย่อมจะขยายมากขึ้นด้วย

6. องค์ประกอบทางด้านระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ ความทั่วถึงของสถานบริการ ขั้นตอนความยุ่งยากซับซ้อนของระบบบริการ และคุณภาพในการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีผลต่อการใช้บริการทางด้านสาธารณสุขของประชาชน หากระบบบริการเหล่านี้มีความทั่วถึงและมีคุณภาพดี จะทำให้เกิดความสะดวกและความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลของประชาชน

7. องค์ประกอบด้านแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัว มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคล ด้วยเหตุที่ครอบครัวเป็นแหล่งปฐมภูมิในการปลูกฝังสุขนิสัย เช่น การเลือกบริโภค การแปรงฟัน การล้างมือ นอกจากนั้นครอบครัวยังเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วยและเป็นกำลังใจให้สามารถต่อสู้กับโรคร้ายได้อย่างดีด้วย

#### 4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งสามารถทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น โดยอาจจะรู้ตัว หรือไม่รู้ตัวก็ตาม ความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมุติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (Rokeach, 1970) ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในแนวคิด ความเข้าใจ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นแนวโน้มนำชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต, 2536) สรุปได้ว่าความเชื่อเป็นความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ซึ่งจะเป็แนวโน้มนำชักนำให้บุคคลปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ

บุคคลจะรับเอาแนวความคิดความเชื่อจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย อย่างค่อยเป็นค่อยไป ในลักษณะที่เป็นตัวบังคับ หรือข้อห้าม ซึ่งได้กำหนดโดยบรรพบุรุษมานานแล้ว ความเชื่อจึงอาจเป็นตัวกำหนดที่อยู่เหนือเหตุผล และมีบทบาทสำคัญในการวางแผนหลักแห่งการกระทำ หรือวางกรอบแนวคิดในด้านต่างๆ ของบุคคล ความเชื่อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำ ซึ่งความเชื่อนี้จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการแสวงหาหรือเลือกวิธีการรักษาเมื่อเกิดความเจ็บป่วย และมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลในด้านการป้องกันโรค และการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (King, 1984 : 55)

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) ในการที่จะอธิบายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น ได้มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนนี้ได้แสดงถึงความแตกต่างด้านจิตสังคมของบุคคล เพื่อค้นหาคำตอบที่ว่าทำไมบุคคลบางคนทำกิจกรรมป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ในขณะที่บางคนไม่ทำกิจกรรมนั้นๆ (Becker and Maiman, 1975) ในการที่จะอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยนั้น เป็นสิ่งที่ยุ่ยากและสลับซับซ้อนอย่างยิ่ง เพราะการตัดสินใจกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดแต่ละครั้งจะขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ ซึ่งเกิดมาจากความเชื่อของบุคคลภายหลังจากการเปรียบเทียบข้อได้เปรียบและเสียเปรียบของผลลัพธ์ที่ตามมา อันเนื่องจากการปฏิบัตินั้นๆ (ทองหล่อ เดชไทย, 2526 : 12)

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยใดๆ นั้น จะต้องมียังสิ่งต่อไปนี้คือ 1) แรงจูงใจให้หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย หรือวิธีทำให้สบายใจขึ้น 2) ความต้องการมีสุขภาพดี และ 3) ความเชื่อว่าพฤติกรรมอนามัยนั้นๆ จะป้องกันความเจ็บป่วยหรือรักษาโรคได้ (Becker et. al., 1977)

ดังนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงถูกนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ เคิร์ต เลวิน (Kert Lawin) ที่เชื่อว่าบุคคลโดยทั่วไปมักจะไม่ได้แสวงหาการดูแลการป้องกันโรค ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ นอกจากจะรับรู้ว่าคุณอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Rosenstock, 1974 ; Becker and Maiman, 1975)

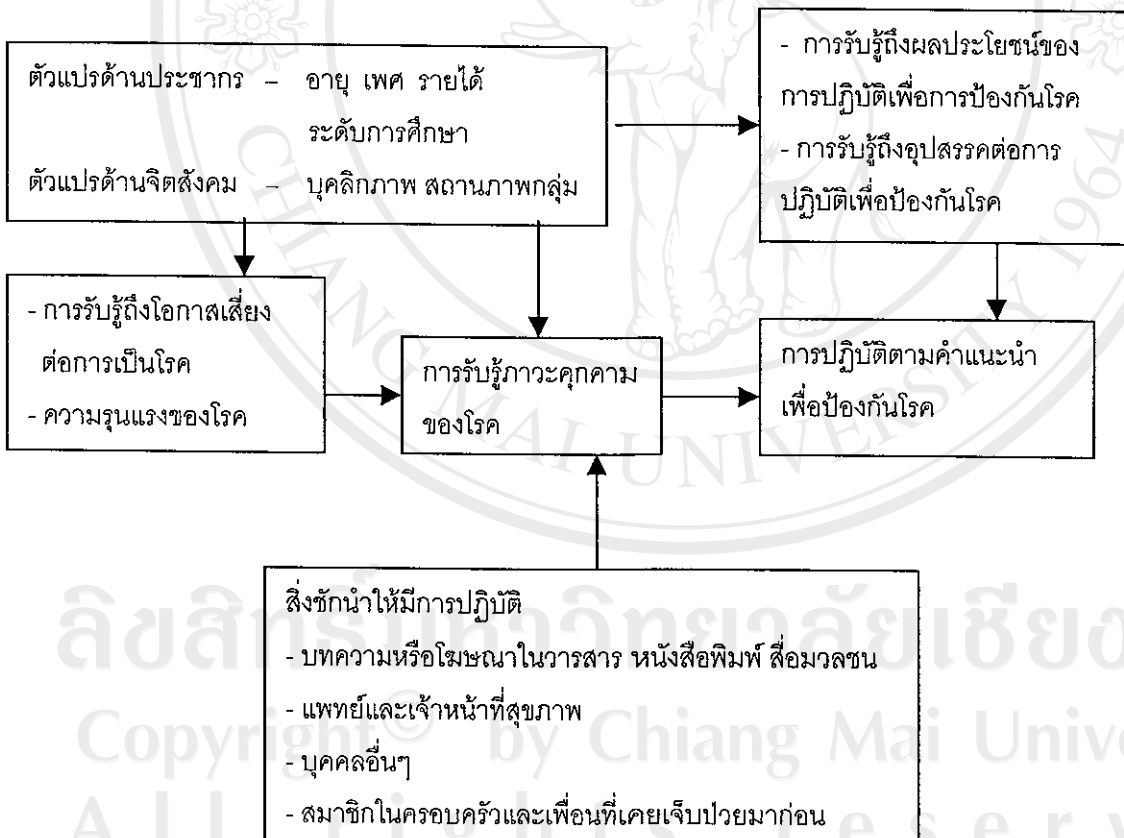
ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานที่โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) กล่าวถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคว่าบุคคลที่สามารถปฏิบัติ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้นั้น ต้องมีความเชื่อดังต่อไปนี้ 1) เชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น 2) เชื่อว่าเมื่อเกิดเป็นโรคนั้นจะทำให้เกิดความรุนแรง และมีผลกระทบกระเทือนการดำรงชีวิตประจำวัน และ 3) เชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ต่อมาเบคเคอร์และคณะ (Becker et. al., 1975 ; 1977) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล จนกระทั่งได้รูปแบบที่ค่อนข้างชัดเจน ในรูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะเป็นที่จะลงมือกระทำพฤติกรรมป้องกัน



กัน กล่าวคือ การรับรู้ของบุคคลจะส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมกรรมการป้องกัน ส่วนปัจจัยร่วมที่เป็นตัวแปรประชากร ตัวแปรทาง จิตสังคม และปัจจัยโครงสร้าง จะส่งผลทางอ้อมต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม การป้องกันโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker and Maiman, 1974 : 83-89) เกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย มีองค์ประกอบดังนี้ (ภาพประกอบ 2)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและค่าใช้จ่าย
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป
6. ปัจจัยร่วมอื่นๆ



ภาพประกอบที่ 2 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Becker and Maiman, 1975 : 12)

## 1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย

เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย และได้รับทราบการวินิจฉัยของตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยจะแตกต่างกันไปจากผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไปในลักษณะต่อไปนี้

1) ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีผลคุกคามต่อชีวิต บุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิดๆ หรือไม่มีความเชื่อมั่นในแพทย์ จะไม่ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์ ทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง

2) ในแต่ละบุคคลจะคาดคะเนได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้าบุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยมาก่อน

3) ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสรiskต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

ได้มีผู้ศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ในส่วนที่เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมของผู้ป่วยไว้ ได้แก่ การศึกษาของซซ์แมน (Suchman, 1970 : 105-110) พบว่าผู้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง จึงจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ซื่อสัตย์ (Hallal, 1982 : 137-141) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับนิตยา เย็นจำ (2535 : ก) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตน เพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สุพรรณิ อินตะนัย (2538 : ข) พบว่าความล่าช้าในการรักษาวัณโรคปอดส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่ตระหนักถึงโอกาสติดเชื้อที่ทำให้เกิดวัณโรค และจากการศึกษาของวรภรณ์ พรหมพินิจและคณะ (2541 : 18-26) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อรัง

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และน่าจะมีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วย

## 2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน เช่น ด้านครอบครัว การทำงาน ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงอาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน ดังที่โรเซนสตอค (Rosenstock, 1974 : 354-380) ได้กล่าวไว้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค มิได้หมายความว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่หมายถึงการประเมินตามความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความร้ายแรงของโรค

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคล และมีผลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยอมรับว่าบุคคลถึงแม้จะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยก็ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา หากแต่บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคมของเขาคด้วยจึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น มิคเฮล (Mikhail, 1981 : 69) ได้กล่าวถึงการศึกษาของเด็กเกสต์ ในปี ค.ศ. 1963 และการศึกษาของเท็สและคนอื่นๆ ในปี ค.ศ. 1969 ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพฟัน ไฮน์เซลมานน์ (Heinzellmann, 1962 : 73-81 ) ทำการศึกษาการรับประทานยาเพนนิซิลินเพื่อป้องกันการเกิดไข้รูมาติกของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาตามคำแนะนำคือ ผู้ที่มีความเชื่อว่าไข้รูมาติกเป็นโรคที่รุนแรง สำหรับการศึกษารับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการชลอการรักษาโรคนั้น กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ข) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์กับการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และการศึกษาของนฤมล ใจดี (2543 : 80) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และน่าจะมีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

### 3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคต่างๆ

ความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคต่างๆ เป็นตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้ว บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามเหล่านั้นด้วยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับหรือปฏิเสธในสิ่งใดนั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ที่จะไม่ให้ป่วยเป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในที่นี้ นอกจากจะหมายถึงเงินที่ต้องเสียไปแล้ว

ยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น เมคเคอร์และไมมาน ได้กล่าวว่าถึงแม้บุคคลจะมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ คือมีการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคแล้วก็ตาม การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ จะขึ้นอยู่กับความเชื่อต่อประสิทธิผลของการกระทำที่จะช่วยลดภาวะคุกคามเปรียบเทียบกับความยุ่งยาก หรืออุปสรรคที่เกิดจากการกระทำนั้นๆ (Mikhail, 1981 : 65-82)

ได้มีผลงานวิจัยจำนวนมาก พบว่าการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติในการป้องกันโรคและปฏิบัติตนตามแบบแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมการรักษาโรคของผู้ป่วย เช่น การศึกษาของเทอร์เรลและฮาร์ท (Terrel and heart, 1980 : 492) พบว่า การรับรู้ถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาลลาล (Hallal, 1982 : 140) ที่พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และจากการศึกษาของสุพรรณิ อินตะนัย (2538 : 87) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการไปตรวจรักษามีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับการรักษา โดยผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับรู้ว่าการไปตรวจรักษามีประโยชน์น้อยจะมีความล่าช้าในการรักษามากกว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับรู้ว่าการไปตรวจรักษามีประโยชน์มาก สอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ พรหมพินใจ และคณะ (2541 : 18-26) พบว่า การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อน

สรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และน่าจะมีส่วนต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

#### 4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติงาน

การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ความเจ็บป่วย ความอาย เป็นต้น ซึ่งอุปสรรคในการปฏิบัติตนเป็นตัวแปรที่สำคัญสามารถทำนายพฤติกรรมการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ สำหรับการวิจัยด้านการรับรู้ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในการรักษานั้น จากการศึกษาของเทอร์เรลและฮาร์ท (Terrel and hart) พบว่า การรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคลิงเกอร์ (Klinger, 1984 : 37) พบว่าเวลาความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากการรักษา ตลอดจนการได้รับคำแนะนำที่ไม่



ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างยิ่ง บุคคลที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคโปลิโอ เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่มีผลทางสังคมต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการป่วยเป็นโรคแล้วนั้น ผู้ป่วยจะมีการเชื่อมโยงถึงการดำรงชีวิตในสังคม การรับรู้การถูกตีตราเป็นการรับรู้อุปสรรคของการรักษาด้วยอย่างหนึ่ง เบญจวีร์ สุเอียนทรเมธี (2527 : 85-87) พบว่าการชลอการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การถูกตีตราจากสังคม และจากการศึกษาของทัตติยา มานิจสิน (2534 : 60-61) พบว่าการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมมีความสัมพันธ์กับการดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคเรื้อนในด้านต่างๆ ได้แก่ การรักษา การควบคุมป้องกันโรค และการดูแลตัวเองด้านจิตสังคม

ดังนั้นอาจจะกล่าวได้ว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและน่าจะมีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

#### 5. การรับรู้ภาวะคุกคาม

การรับรู้ภาวะคุกคามเป็นผลที่เกิดจาก ตัวแปรด้านประชากร ด้านจิตสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และมีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค

#### 6. แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป

แรงจูงใจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แรงจูงใจหมายถึง ภาวะใดๆ ก็ตามที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา แรงจูงใจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ตามความต้องการของมนุษย์ ซึ่งความต้องการทำให้สภาวะของร่างกายเกิดความไม่สมดุล เมื่อร่างกายเกิดความไม่สมดุลจะทำให้มีแรงขับ ที่จะกำหนดทิศทางเพื่อแสดงพฤติกรรมและการกระทำไปสู่เป้าหมาย แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปนั้นเป็นสัจชาตญาณเกี่ยวกับการดำรงชีวิต คือ เมื่อร่างกายอยู่ในภาวะไม่สมดุล ความไม่สมดุลทางด้านร่างกายจะเป็นแรงจูงใจให้ร่างกายได้มีพฤติกรรมต่างๆ เกิดขึ้น เพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาวะที่สมดุล อันเป็นผลให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับสัจชาตญาณเกี่ยวกับความตาย เพราะบุคคลทุกคนมักจะให้ความสนใจในเรื่องเกี่ยวกับความตาย เกรงกลัวว่าตนจะถึงแก่ความตาย ดังนั้นทำให้สนใจในสุขภาพอนามัยของตนเองไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา (อารี พันธุ์มณี, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเคอร์ และคณะ (Becker, et. al. 1977 : 353-360) ทำการศึกษาการให้ความร่วมมือในการควบคุมน้ำหนักบุตร พบว่า มารดาที่รับรู้ว่ามีบุตรของตนมีโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย จะเห็นความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เกิดจากความอ้วน เห็นประโยชน์ของการรักษา และเชื่อว่าการลดอาหารจะทำให้ภาวะเสี่ยงลดลง จะให้ความร่วมมือในการลดน้ำหนักเด็ก ยังแสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจสามารถทำนายความร่วมมือของมารดาได้อีกด้วย และทำนายการ



ไปใช้บริการเพื่อการป้องกันตัว และจากการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2530 : 90) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และน่าจะมีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

## 7. ปัจจัยร่วมอื่นๆ

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม มีดังนี้ (Becker et. al., 1974)

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วย เช่น สัมพันธภาพระหว่างแพทย์หรือพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีความตึงเครียดในการสนทนา ไม่เป็นกันเองต่อผู้ป่วย การใช้คำสั่งหรือบังคับผู้ป่วย และไม่เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถามสิ่งเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แต่การสนทนาติดต่อสื่อสารที่เป็นไปด้วยดี การแสดงความเอื้ออาทร เข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย จะสร้างความประทับใจ ความพึงพอใจต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. ความต่อเนื่องในการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิม การได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิมอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและมั่นใจ และมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วย

3. ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษาและสถานภาพสมรส จะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

3.1 เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการดูแลตนเอง และอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1985 : 22) จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่าเพศเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัวและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534 : 33) รุธ (Ruth, 1973 : 136-156) กล่าวว่า เพศเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมเจ็บป่วย เพศชายไม่ยอมรับการเจ็บป่วยเพราะมองว่าเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอและแสดงความเป็นเพศหญิง ซึ่งได้มีการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดของรุธ เช่น การศึกษาของค็อกเคอร์แฮม (Cockerham, 1982 : 70) ศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าเพศหญิงไปตรวจรักษามากกว่าเพศชาย ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของ เฟรดเคอริค เอ เคย์ และ นูญเล็ค เลี้ยวประไพ (1977 : 66-86) พบว่าเพศหญิงไปใช้บริการของโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาล

จังหวัดมากกว่าเพศชาย ทั้งที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับนฤมล ใจดี (2543 : 74-75) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

3.2 อายุ Orem (1985 : 35) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับอายุ โดยที่ในวัยเด็กจะมีการพัฒนาเพียงเล็กน้อยและค่อยๆพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขีดสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อสูงอายุ ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นระดับพัฒนาการ การเรียนรู้ และการใช้ความรู้ในการดูแลตนเองจะมากขึ้นด้วย จากการศึกษาของแบลคเวลล์ (Blackwell, 1973 : 249) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยส่วนมากปฏิเสธที่จะรับประทานยาที่มีรสไม่ดี เช่น รสขม นอกจากนี้ยังพบว่าความหลงลืม หรือความไม่สนใจตนเองของผู้ป่วยสูงอายุทำให้ขาดยาได้บ่อยครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : ก-ข) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี และการศึกษาของวารกรณ์ พรหมพันธุ์ (2541:18-25) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อน

3.3 ระดับการศึกษา ตามแนวคิดของโอเร็ม (1985 : 175) เชื่อว่าการศึกษาคือเป็นสิ่งสำคัญเพื่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย โอเร็ม (1985 : 108-109) ยังกล่าวว่า ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต พัฒนามาจากการใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ดังนั้นระดับการศึกษาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งการศึกษาของรูทส์ (Ruth, 1973 : 135-136) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำมักประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติเนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนได้ถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพรซ์ (Price, 1983 : 129-137) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พิการและพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำมักเชื่อว่าโรคเรื้อนเกิดจากอำนาจนอกเหนือธรรมชาติ และจากการศึกษาของนฤมล ใจดี (2543 : 74-77) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้ามาก ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับต่ำ

3.4 รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คาสส์ และคอบบ์ (Kasl and Cobb, 1966 : 250) กล่าวว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความร่วมมือในการป้องกันและรักษา จากการศึกษาของเดวิส (Davis, 1968 : 274-275) พบว่า

ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ผู้มีรายได้น้อยมักจะมีการศึกษาต่ำและไม่ค่อยเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่มีรายได้สูงกว่าและมีการศึกษาสูง เช่นเดียวกับที่เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 91) พบว่าผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ดีกว่า และสอดคล้องกับเกศินี ไช้ชนิด (2536 : ก-ข) พบว่ารายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด บุคคลใดที่มีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง ย่อมมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคสูงด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่า สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ นอกเหนือจากตัวแปรดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีพบว่าสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งชักนำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ อาจเป็นสิ่งกระตุ้นมาจากภายใน เช่น การรับรู้สุขภาพของตนเอง หรือสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อสารมวลชนต่างๆ บุคลากรสุขภาพ เป็นต้น

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไพรัช (Price, 1983 : 129-137) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาและการบำบัดทางกายภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เมืองบอมเบย์ ประเทศอินเดีย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ร้อยละ 80.00 ทำงานรับจ้าง และในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งมีงานทำและมีรายได้ประจำ อีกครึ่งหนึ่งรายได้ไม่แน่นอน จากการศึกษพบว่า อัตราความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อาชีพ ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การเดินทางไปรับบริการ ระยะทางระหว่างที่พักอาศัยกับสถานบริการ

แลงฮอร์น และคณะ (Langhorne and others, 1986 : 12-30) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทางตอนใต้ของอินเดีย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา ได้แก่ ความพิการ วิธีการในการตรวจพบผู้ป่วย ระยะเวลาในการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาเองจะมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบโดยเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแคปไซซินชนิดเดียวมานานๆ จะมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแคปไซซินชนิดเดียวในเวลาอันสั้น

เวก และคณะ (Weg and others, 1998 : 382-389) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำการศึกษาในประเทศไนจีเรีย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จำนวน 60 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนร้อยละ 68 มีความล่าช้าในการมารับการรักษามากกว่า 1 ปี ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการชะลอการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ ความพิการที่มองเห็นได้ และการไม่ได้รับการศึกษาของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา และชนิดของโรค

เวฮิบ และคณะ (Wehip and others, 1998 : 1-9) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการเจ็บป่วยของโรคเรื้อนในประเทศเอธิโอเปีย โดยการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีความพิการกับผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ รวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีความพิการ จำนวน 105 คน และผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ จำนวน 168 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความพิการมีค่ามัธยฐานของความล่าช้าในการมารับการรักษา เท่ากับ 26 เดือน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการมีค่ามัธยฐานของความล่าช้าในการมารับการรักษา เท่ากับ 12 เดือน และพบว่าผู้ป่วยที่มีความพิการมีอายุมากกว่า และไม่ได้รับการศึกษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการส่วนใหญ่มารับการรักษาด้วยการปรากฏอาการทางผิวหนัง และไม่เคยรับการรักษาคด้วยวิธีอื่นมาก่อน

วรสิทธิ์ ไหลหลัง (2532 : 58-64) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัจจัยด้านอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

พิมล เพราเพริศภิรมย์ (2533 : 75-82) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคของผู้ป่วยและอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย

เนตรนภา คู่พันธ์ (2534 : ก-ง) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12 ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่องมาก ส่วนความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต และความรู้สึกรู้สึกต่อคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ



และการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย  
ได้ร้อยละ 44.60

เปรมปรีดี ชวนะนรเศรษฐ์ และคณะ (2540 : 27-36) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความ  
สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนของผู้สัมผัสโรคเรื้อน อำเภอชุมพวง จังหวัด  
นครราชสีมา เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อน  
อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.7 ความรู้เรื่องโรคเรื้อนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.8  
เจตคติเกี่ยวกับโรคเรื้อนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.8 และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง  
ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อน

วรารณณ์ พรหมพันใจ และคณะ (2541 : 18-25) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผน  
ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อนจังหวัดนครราชสีมา  
ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง  
ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.60 และพบว่า อายุ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข  
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน และการรับรู้ผลดี  
ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อน  
และพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อน สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของ  
ผู้สงสัยโรคเรื้อน ได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติของการปฏิบัติตามคำแนะนำ  
และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน ตามลำดับ

นฤมล ใจดี (2543 : ก-ข) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้า  
ในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อ  
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการ  
มารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง  
ต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

## 5. การวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis)

การวิเคราะห์เส้นทางหรือการวิเคราะห์สาเหตุ เป็นเทคนิคการวิเคราะห์ความสัมพันธ์  
ระหว่างตัวแปรหลายตัว เป็นการศึกษาเพื่อสนับสนุนหรือยืนยันความสัมพันธ์ในรูปแบบที่เป็นสาเหตุ  
และผล และสาเหตุดังกล่าวนั้นเป็นสาเหตุโดยทางตรง หรือโดยทางอ้อม ในการวิเคราะห์ด้วย  
Path analysis นั้น จะต้องมีการสร้างในรูปแบบที่เป็นสาเหตุและผลก่อน ซึ่งจะต้องสร้างจากทฤษฎี  
แนวความคิดและจากผลการวิจัย มีเหตุผลที่น่าเชื่อถือที่ว่าตัวแปรอิสระนั้นๆ เป็นสาเหตุต่อตัวแปร  
ตาม ตามโครงสร้างหรือรูปแบบนั้นจริง ซึ่งจะต้องตรวจสอบคุณลักษณะของข้อมูลที่ได้จากกลุ่ม



ตัวอย่างว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุผลหรือไม่ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2541)

1. มีนิยามระบบสาเหตุที่ชัดเจน
2. การวัดค่าตัวแปร จะต้องมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงสูง
3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ในแผนภาพ เป็นความสัมพันธ์แบบสมการเส้นตรงและเป็นสาเหตุทางเดียว ไม่ใช่ต่างก็เป็นสาเหตุและผลซึ่งกันและกัน
4. ระดับของการวัดตัวแปรต่างๆอยู่ในระดับมาตราอันตรภาค (interval scale)
5. ความคลาดเคลื่อนของการวัดของตัวแปรต่างๆ ไม่สัมพันธ์กัน
6. ตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรที่กำหนดขึ้น (fixed) ไม่ได้เกิดจากการสุ่ม

ในการวิเคราะห์ด้วย Path analysis หลังจากที่ได้กำหนดค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆแล้ว ขั้นตอนของเทคนิคการวิเคราะห์มี 5 ขั้นตอน คือ

1. เขียนสมการพยากรณ์ในรูปของคะแนนมาตรฐาน โดยเขียนจากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆในรูปแบบ
2. กำหนดค่า Path Coefficient ( $\beta$ ) โดยอาศัยสมการแสดงองค์ประกอบของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยอย่างง่าย และสมการถดถอยพหุคูณ
3. พิจารณา Path Coefficient แต่ละค่า ถ้าค่าใดมีค่าต่ำมาก คือไม่มีนัยสำคัญ จะตัดค่า Path Coefficient นั้นออกแล้วกำหนดค่า Path Coefficient ใหม่
4. กำหนดค่า  $r$  แต่ละตัวโดยใช้ค่า Path Coefficient ที่ได้ แทนค่าลงในสมการต่างๆ
5. นำค่า  $r$  ที่ได้จากการคำนวณในขั้นที่ 4 ไปเปรียบเทียบกับค่า  $r$  เดิม ถ้าพบว่าเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมาก ก็แสดงว่าค่า  $P$  ที่คำนวณได้มีความถูกต้อง

ในการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล ( $r$ ) จะสามารถแยกส่วนความสัมพันธ์ได้ว่าความสัมพันธ์นั้นเป็นอิทธิพลโดยตรง อิทธิพลโดยอ้อม อิทธิพลลวง หรือเป็นอิทธิพลที่ไม่นำมาวิเคราะห์ โดยจะต้องนำเส้นทางที่ได้จากการคำนวณมาเปรียบเทียบกับเส้นทางความสัมพันธ์ของรูปแบบ ซึ่งแสดงไว้ในภาคผนวก ข จึงจะทำให้ทราบว่าเป็นความสัมพันธ์ชนิดใด โดยมีสมการแสดงความสัมพันธ์ดังนี้ (ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์, 2527 : 100)

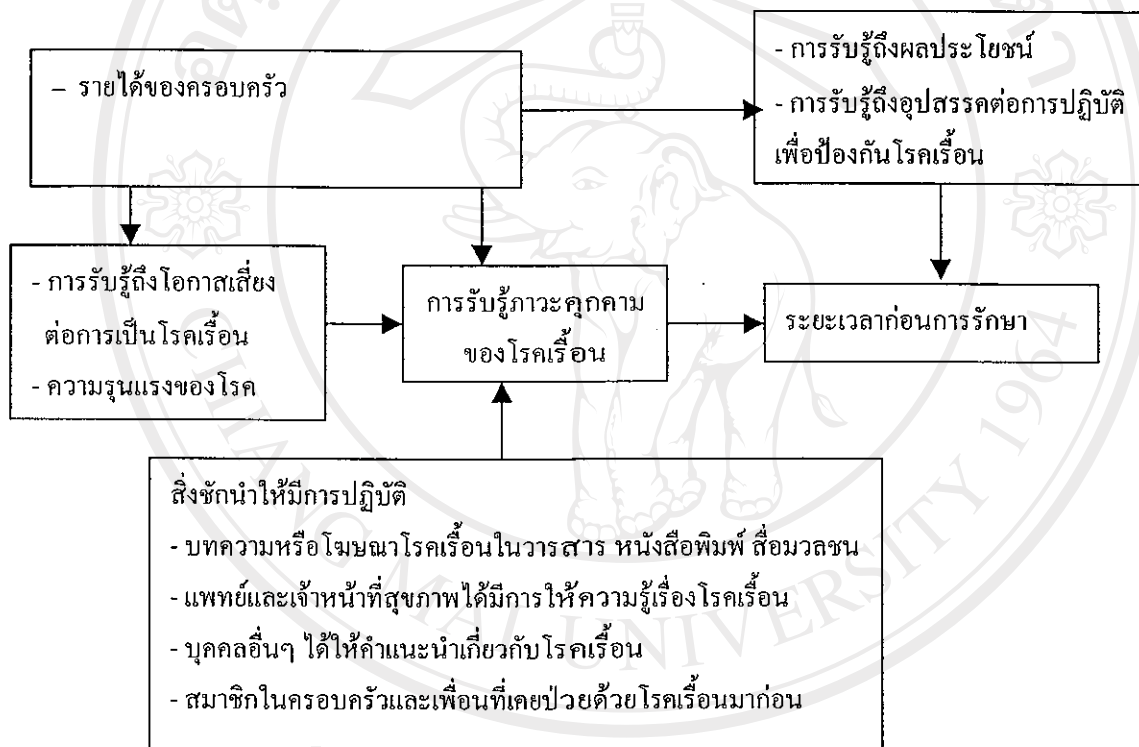
$$\text{อิทธิพลรวม} = \text{อิทธิพลโดยตรง} + \text{อิทธิพลโดยอ้อม}$$

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาล่าช้า นั้นสามารถเกิดจากปัจจัยหลายปัจจัย ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตสังคม การรับรู้

โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค  
 สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อน

ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้จึงต้องการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วย  
 โรคเรื้อนจังหวัดบุรีรัมย์ โดยศึกษาภายใต้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)  
 ในรูปแบบเชิงเหตุและผล ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ศึกษา ดังกรอบ  
 แนวคิดต่อไปนี้

**กรอบแนวคิด**



**ภาพประกอบ 3** กรอบแนวคิดในการวิจัย