

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยสรุปสาระสำคัญเรียงลำดับดังนี้

1. อัตมโนทัศน์
2. คุณภาพชีวิต
3. โรคเรื้อน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อัตมโนทัศน์ (self concept)

อัตมโนทัศน์ เป็นปัจจัยด้านจิต-สังคมที่มีอิทธิพลและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆ กันดังนี้ คือ

อัตมโนทัศน์ เป็นส่วนหนึ่งของอัตตา (self) อันเป็นคุณลักษณะประจำตัวของบุคคลคิดว่าเป็นตัวเขาทุกเวลา และทุกสถานที่ (อาไพ ศิริพิพัฒน์, 2519, หน้า 93)

อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง อันเป็นผลมาจากรับรู้ของตนที่มีต่อตนเอง เช่น การรับรู้ว่าคุณเป็นใคร มีความสามารถอย่างไร มีปัญหาหรือปมด้อยอะไรเป็นต้น ความเชื่อ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่างๆ ที่รวมกันเข้านี้จะเป็นเครื่องบ่งชี้หรือตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น (สุพร เกิดสว่าง, หน้า 41)

อัตมโนทัศน์ เป็นโครงสร้างการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองเกี่ยวกับ รูปร่างลักษณะ ความสามารถ และการรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง (Roger, 1951, p. 136)

อัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกความคิดเห็นและความเชื่อ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความรู้สึกที่เกี่ยวกับตนเองของบุคคล และมีอิทธิพลต่อการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ครอบคลุมถึงการรับรู้เกี่ยวกับคุณลักษณะ ความสามารถของบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และวัตถุ จุดมุ่งหมายในหารดำเนินชีวิต และอุดมการณ์ของบุคคล (Stuart & Sundeen, 1979, p. 376)

จากความหมายของอัตมโนทัศน์ข้างต้น สรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกความคิดเห็น ความเชื่อ เจตคติเกี่ยวกับตนเองและค่านิยมของบุคคล อันเป็นบทบาทจากการรับรู้และการประเมินตัดสินตนเองเกี่ยวกับคุณลักษณะ ความสามารถและคุณค่าของตัวเอง เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม

พัฒนาการของอัตมโนทัศน์

จากการศึกษาที่ผ่านมานักวิชาการต่างมีความคิดเห็นตรงกันว่า อัตมโนทัศน์ไม่ได้มีมาตั้งแต่กำเนิด แต่จะมีพัฒนาการขึ้นอย่างช้าๆ เมื่อทารกสามารถจดจำและแยกแยะความแตกต่างของตนเองจากผู้อื่นได้ ซึ่งกระบวนการแยกตนเองออกจากผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมนั้นจะมีพัฒนาการเร็วขึ้นเมื่อเด็กสามารถเข้าใจภาษา การเรียกชื่อเด็กจะช่วยทำให้เด็กสามารถรับรู้ว่าคุณเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งเป็นอิสระและไม่ขึ้นอยู่กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม กระบวนการพัฒนาการของอัตมโนทัศน์สามารถดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่องอาศัยปัจจัยต่างๆ ดังนี้ คือ (Stuart & Sundeen, 1979 p. 376)

1. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและประสบการณ์ทางวัฒนธรรม ทำให้บุคคลมีความรู้สึกต่อตนเองในทางบวกและรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง
2. ความสามารถในการรับรู้เรื่องต่างๆ ตามค่านิยมของบุคคลและสังคม
3. การประสบความสำเร็จในตนเอง (self actualization) หรือการตระหนักถึงศักยภาพที่เป็นจริงของบุคคล

ประสบการณ์การมีปฏิสัมพันธ์กับ สังคมและผู้อื่นทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และมีพัฒนาการเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งซัลลิวาน (Sullivan, 1963 cited in Stuart & Sundeen, 1979, p.376) เรียกพัฒนาการนี้ว่า เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองโดยมีผู้อื่นเป็นกระจกเงาสะท้อนพฤติกรรมของตน นั้นหมายความว่า การที่บุคคลจะมีความเชื่อว่าคุณเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความคิดเห็นจากพฤติกรรมที่ผู้อื่นแสดงต่อคุณคนนั้น สจิวัด และ ซันคีน (Stuart & Sundeen

,1979, p. 376) กล่าวว่า บุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตจะมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของอัตมโนทัศน์ของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กๆ บิดามารดาจะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต สอดคล้องกับคำกล่าวของโคมส์ และสไนกก์ (Combs & Snygg, 1959, p. 68) ที่ว่า ไม่มีประสบการณ์ใดที่มีความสำคัญในการพัฒนาอัตมโนทัศน์ของเด็กได้ดีเท่ากับประสบการณ์ในวัยเด็กตอนต้นที่เกิดขึ้นในครอบครัวของเด็กเอง ซึ่งครอบครัวจะเป็นผู้ชี้แนะให้เด็กรู้จักชีวิตตนเองได้เร็วที่สุดและถาวรตลอดไป ดังนั้น ครอบครัวจึงต้องจัดเตรียมประสบการณ์ในเรื่องต่างๆ ให้เด็กโดยเร็วที่สุด ดังนี้คือ (Staurt & Sundeen, 1979, p. 376)

1. ความรู้สึกเพียงพอหรือไม่เพียงพอ
2. ความรู้สึกยอมรับหรือปฏิเสธ
3. โอกาสในการเลียนแบบ
4. ความคาดหวังเกี่ยวกับเป้าหมาย ค่านิยมและพฤติกรรมที่ยอมรับได้

จากการวิจัยพบว่า บิดามารดามีอิทธิพลอย่างยิ่งยวดต่อบุคคลในวัยเด็ก และมีอิทธิพลอย่างต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อย่างไรก็ตาม เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นองค์ประกอบที่จะมีอำนาจและอิทธิพลต่อบุคคลเพิ่มมากขึ้น และกลายเป็นบุคคลมีอายุมากขึ้น และกลายเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตสำหรับบุคคลต่อไป คือ เพื่อน และบุคคลอื่นๆ องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์ในวัยเด็ก คือ บิดามารดาและพี่น้อง ส่วนในวัยผู้ใหญ่ที่องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์ คือ คู่สมรส เพื่อน บุตร และนายจ้าง สำหรับวัยรุ่นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์ คือ เพื่อน คู่สมรส และบุตรหลาน จะเห็นได้ว่า บิดามารดาและครอบครัวจะมีความสำคัญอย่างมากต่อพัฒนาการของอัตมโนทัศน์ของบุคคลในระยะต้น ส่วนพัฒนาการในระยะต่อมา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับตัวเองจะมีอิทธิพลมาจากประสบการณ์ต่างๆ และบุคคลอื่น

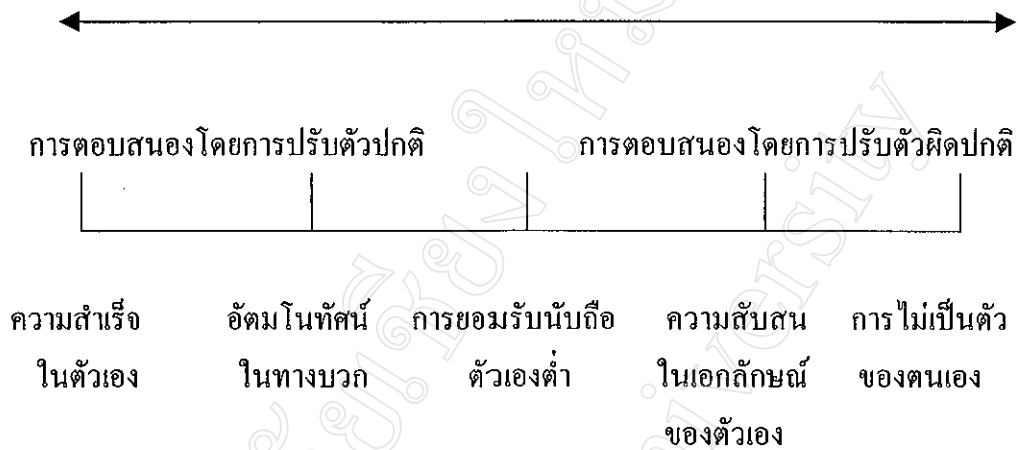
องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของอัตมโนทัศน์นั้น นอกจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและวัฒนธรรมแล้ว การอบรมเลี้ยงดูก็มีผลต่ออัตมโนทัศน์และพัฒนาการทางบุคลิกภาพเช่นกัน ซึ่งกาญจนา กาญจนไครวัฒน์(2527, หน้า 11) สรุปไว้ว่า บุคคลจะมีอัตมโนทัศน์อย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการคือ

1. ประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล
2. การอบรมเลี้ยงดู
3. ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมในสังคม

อึดมโนทัศน์สามารถพัฒนาไปในทางที่ดี (positive) และในทางที่ไม่ดี (negative) ได้ บุคคลที่มีอึดมโนทัศน์อ่อนแอหรืออึดมโนทัศน์ในทางที่ไม่ดี จะไม่มีความมั่นใจในตนเอง มีการรับรู้ที่แคบหรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง ความรู้สึกมักถูกคุกคามได้ง่าย มีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ง่ายและรวดเร็ว มักหมกมุ่นอยู่กับการปกป้องตนเอง ตรงข้ามกับบุคคลที่มีอึดมโนทัศน์ที่เข้มแข็งหรือมีอึดมโนทัศน์ในทางที่ดีมักเป็นบุคคลที่เปิดเผยและมีความน่าเชื่อถือ ทั้งนี้เพราะมีพื้นฐานของประสบการณ์ที่เป็นจริง ประสบความสำเร็จ และได้รับการยอมรับเป็นผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง (Staurt & Sundeen , 1979m p. 377) ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองหรืออึดมโนทัศน์มีผลไปจนถึงการรับต่อประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลจะรับรู้ต่อประสบการณ์ และเลือกแสดง พฤติกรรมที่สอดคล้องกับอึดมโนทัศน์ และปฏิเสธหรือบิดเบือนประสบการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับอึดมโนทัศน์ ในทางที่ดีมักเป็นบุคคลที่เปิดเผยและมีความน่าเชื่อถือ (Roger, 1951, p. 509) การยอมรับหรือปฏิเสธประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ขึ้นอยู่กับความสอดคล้องกับอึดมโนทัศน์ ในปัจจุบันที่ตนดำรงอยู่ ฉะนั้นอึดมโนทัศน์มีความสำคัญในแง่ของการจัดระบบระเบียบประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มา เพื่อที่จะหลีกเลี่ยง หรือลดเหตุการณ์ที่จะทำใหบุคคลเกิดความวิตกกังวล (Sullivan อ้างใน กาญจนา กาญจนไตรวัฒน์, 2527, หน้า 27)

จากที่กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า อึดมโนทัศน์เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งลักษณะวัฒนธรรม และการอบรมเลี้ยงดู อึดมโนทัศน์จะมีพัฒนาการไปอย่างต่อเนื่องตามวัยและระดับวุฒิภาวะ ไม่มีขอบเขต และไม่จำกัดเวลา มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล บุคคลที่มีอึดมโนทัศน์ในทางที่ดีจะเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง มีอิสระในการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ในขณะที่บุคคลที่มีอึดมโนทัศน์ไม่ดีจะมีบุคลิกภาพ และการปรับตัวที่ผิดปกติไป บุคคลจะมีการตอบสนองของอึดมโนทัศน์จากการที่มีการปรับตัวได้ดีที่สุดในระยะของความสำเร็จในที่เกิดขึ้นกับตัวเอง (state of self -actualization) ทำให้บุคคลมีอึดมโนทัศน์ในทางบวก แต่ถ้ามีการปรับตัวผิดปกติก็จะมีการตอบสนองออกมาในรูปของการไม่เป็นตัวของตัวเอง ทำให้มีความสับสนในเอกลักษณ์ของตนเอง มีการยอมรับนับถือตนเองต่ำ (low self esteem) (Staurt & Sundeen ,1979, p. 377) ตามที่แสดงในแผนภูมิ

ความต่อเนื่องของการตอบสนองอัตมโนทัศน์
(Continuum of self concept response)



ความต่อเนื่องของการตอบสนองของอัตมโนทัศน์

ที่มา : สจ๊วต และซันดีน (Staurt & Sundeen ,1979, p. 377)

ลักษณะของอัตมโนทัศน์

ฟีทท์ (Fitt, 1965, p. 46-48) กล่าวถึงลักษณะของอัตมโนทัศน์ โดยพิจารณา 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้คือ

1. พิจารณาโดยใช้ตนเองเป็นเกณฑ์ (internal frame of reference) ประกอบด้วย
 - 1.1 อัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ (identity) หมายถึงความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นคนอย่างไร เป็นการพิจารณา อัตมโนทัศน์ เพื่อจะตอบคำถามที่ว่า “ฉันเป็นอะไร?”
 - 1.2 อัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเอง (self-satisfaction) หมายถึงความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์เพื่อตอบคำถามว่า “ฉันรู้สึกเกี่ยวกับตัวฉันอย่างไร?”
 - 1.3 อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม (behavior) หมายถึงการรับรู้และความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ ของตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์เพื่อตอบคำถามที่ว่า “ฉันมีการประพฤติอย่างไร?”
2. พิจารณาโดยใช้ผู้อื่นเป็นเกณฑ์ (external frame of reference) ซึ่งประกอบด้วย

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) หมายถึงความคิดเห็นหรือการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะของร่างกาย ลักษณะทางเพศ สุขภาพของตน ทักษะและความสามารถตลอดจนสมรรถภาพของร่างกายในการปฏิบัติหน้าที่

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานในสังคมที่คนอาศัยอยู่ ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นคนดีหรือคนเลว และความพึงพอใจในศาสนาของตนเอง

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว (personal self) หมายถึง ความคิดเห็นหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง บุคลิกภาพ ความคาดหวัง และความรู้สึกมั่นใจตนเอง

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านครอบครัว (family self) หมายถึง ความรู้สึกในคุณค่า และความพอใจในฐานะที่ตนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นการแสดงถึงการรับรู้ตนเองว่า ใกล้เคียงหรือห่างเหินจากครอบครัว

2.5 อัตมโนทัศน์สังคม (social self) หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับความมั่นใจ และความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

ส่วนโรเจอร์ (Roger, 1951, p.156) แบ่งลักษณะอัตมโนทัศน์ออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

1. ด้านค่านิยมทางการศึกษา (academic value) หมายถึง ความรู้สึกต่อตนเองในด้านสติปัญญา ความรู้ แรงจูงใจ ทักษะในการอ่าน การแข่งขัน ความสามารถในการทำงาน หรือการประกอบอาชีพ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) หมายถึง ความรู้สึกต่อตนเองในด้านที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสามารถในการคบเพื่อน และการรักษาความเป็นเพื่อนเอาไว้

3. ด้านการปรับตัวทางเพศ (sexual adjustment) หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติทางเพศ การมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง และการมีเสน่ห์ทางเพศ

4. ด้านการปรับตัวด้านอารมณ์ (emotional adjustment) หมายถึง ความรู้สึกต่อตนเองเกี่ยวกับความกดดันทางอารมณ์ ความวิตกกังวล ความเครียด และความเหนื่อยหน่าย เป็นต้น

ซาน (Zhan, 1992, p. 798) กล่าวถึง อัตมโนทัศน์ เป็นเรื่องของความปกติสุขด้านจิตใจโดยที่อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อตนเองของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง รวมไปถึง

ความรู้สึกที่มีคุณค่าต่อตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง มีอิทธิพลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา แนวความคิดที่ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม ได้กลายเป็นแนวคิดเชิงสากลที่ประชาคมโลกได้รับรู้ และเห็นพ้องกันว่าคุณภาพชีวิตและสังคมเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ ทุกประเทศพยายามแสวงหาแนวทางด้านต่างๆ ที่จะให้บรรลุถึงเป้าหมายของตนที่คาดหวังเอาไว้มีการผสมผสานระหว่างแนวคิดเชิงวัตถุวิสัย (objective) และแนวคิดเชิงจิตวิสัย (subjective) หรือเชิงนามธรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคมทุกฝ่ายต่างมุ่งหวังและพยายามสร้างเครื่องชี้วัดที่ล้วนสะท้อนปัญหาหรือสถานภาพของความเป็นอยู่ที่แท้จริงของปัจเจกบุคคลและสุขภาพของสังคม (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ, 2541, หน้า 5)

“คุณภาพชีวิต” เป็นแนวคิดที่อยากจะนิยามให้เป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการเป็นสากล เหตุผลประการแรกคือ เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจที่สามารถบรรยายตีความโดยผ่านตัวกรองด้านความคิดและภาษาที่แตกต่างกัน ความคลาดเคลื่อนจากการมองที่หลากหลาย เกิดจากประสบการณ์พื้นฐานความรู้ประเด็นการนำเสนอและข้อเท็จจริงต่างๆ ประการที่สองแนวความคิดในเรื่องคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับคุณค่าที่แฝงอยู่อย่างมาก นักวิจัยจึงต้องกำหนดกรอบความหมายให้ชัดเจนเพื่อให้สามารถประเมินผลได้กระบวนการและผลต่างๆ ที่ถือว่าเป็นคุณภาพชีวิตที่ “ดีกว่า” นั้นย่อมเป็นการยอมรับและกำหนดคุณค่าโดยบุคคลในสังคมเดียวกัน ซึ่งมักพบว่าเป็นชนชั้นกลางของสังคมนั้น ประการที่สามความคิดที่ก่อให้เกิดความเข้าใจในความเจริญของงานและพัฒนาการของมนุษย์ การมีอายุยืนยาว กระบวนการทางด้านจิตใจ ล้วนอยู่ภายใต้อิทธิพลขององค์ประกอบต่างๆ รวมทั้งค่านิยมด้วย ซึ่งหากนิยามเป็นแบบเดียวกันก็หมายความว่าความถึงคนทุกคน โดยไม่มีการคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านอายุ ช่วงชั้นทางสังคมการศึกษา ล้วนแล้วแต่ได้รับอิทธิพลจากสิ่งต่างๆคล้ายคลึงกัน ซึ่งคงยากที่จะยอมรับจุดนี้ได้

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1993, อ้างใน อนุชาติ พวงสำลี, อรทัย อาจอ่ำ, 2539) ได้นิยามคำว่า คุณภาพชีวิตไว้ในชุดฝึกอบรมทางการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์

อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ (2539, หน้า 61) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

เขาวลัทธิ กลินทอม (2540) ได้สรุปแนวคิดของค่านิยมของคุณภาพชีวิตที่มีผู้กล่าวไว้มากมาย ออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุก ความสุข ความสุข ความพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล การกินดีอยู่ดีของคนภายในสิ่งแวดล้อม อีกกลุ่มมีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะของตนในด้านต่างๆ ของชีวิต การรับรู้ถึงความผาสุกของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

WHO (1995) ได้ให้ความหมายของ QOL ไว้ว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของพวกเขา ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่และ จะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพวกเขา เป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความซับซ้อน ครอบคลุมในแง่ของสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพแวดล้อมจุดเด่นของความหมาย QOL ที่ WHO มองก็คือ QOL เป็นนามธรรม โดยจะรวมเอาหัวข้อที่เป็นทั้งส่วนดีและส่วนไม่ดีของชีวิตเอาไว้ นอกจากนี้ยังมองว่ามีหลายมิติไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ

สำหรับคำว่า ชีวิตที่ดีหรือความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) นั้น ก็เป็นที่เข้าใจร่วมกันว่าหมายถึง สิ่งที่ดีที่ทุกคนมีเหมือน ๆ กัน อย่างไรก็ตาม Latouche (1993, อ้างใน อนุชาติ พวงสำลี , อรทัย อาจอ่ำ, 2539) ได้วิจารณ์ว่าสิ่งที่ดีที่จะเหมือนกันได้มีเพียงส่วนที่เป็นเรื่องทางกายภาพเท่านั้น สำหรับในเรื่องวัฒนธรรมหรือจิตวิญญาณนั้น แต่ละสังคมย่อมมีภาพของสิ่งที่ดีแตกต่างกันออกไป การที่โลกซีกเหนืออยู่ในวัฒนธรรมตะวันตก จะนำแนวคิดนี้มาใช้กับโลกซีกใต้จึงไม่อาจเข้ากันได้ ตัวอย่างเช่น ในความเชื่อศาสนาพราหมณ์ ชีวิตเป็นสิ่งเดียวกับจักรวาล ชีวิตคนและสัตว์ในโลกมีความสำคัญน้อย เมื่อเทียบกับชีวิตของจักรวาล การตายของชีวิตหนึ่งเป็นเงื่อนไขของการดำรงอยู่ของชีวิตอื่นๆ การตายจึงไม่ใช่การหลุดไปจากชีวิต แต่เป็นการไปสู่ชีวิต ที่ยิ่งใหญ่กว่า ความเชื่อเช่นนี้ต่างจากความเชื่อของตะวันตก เพราะตะวันตกเชื่อว่า ความตายทุกรูปแบบไม่ว่าจะเป็นความตายเพราะความยากจน เพราะการใช้ความรุนแรง หรือตายโดยธรรมชาติเป็นสิ่งที่จะต้องต่อสู้เพื่อให้อยู่รอดให้ได้ เครื่องชีวิตของประเทศอุตสาหกรรม หรือประเทศมีพัฒนาการทางเศรษฐกิจสูง จึงไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในประเทศกำลังพัฒนา

3 โรคเรื้อน (Leprosy)

กฤษณา มโหทาน (2539, หน้า 37-42) สรุปความหมายดังนี้

โรคเรื้อน เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium leprae* ก่อให้เกิด อาการที่เส้นประสาทส่วนปลายและผิวหนัง

เนื่องจากโรคเรื้อนก่อให้เกิดอาการที่เส้นประสาทและมักจะเกิดการทำลายของเส้นประสาทเป็นผลให้เกิดความพิการตามมา และทำให้เกิดความรังเกียจกลัวผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการจะสูญเสียสถานภาพทางสังคม และสูญเสียความมั่นใจในการดำรงชีวิต ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจว่าโรคเรื้อนติดต่อได้ง่าย และรักษาไม่หาย ผู้ป่วยทุกคนต้องมีความพิการ ความเชื่อเหล่านี้ผิดและต้องได้รับการแก้ไข

ในปัจจุบัน การรักษาโรคเรื้อนด้วยยาผสม (multidrug therapy : MDT) มีประสิทธิภาพสามารถลดความรุนแรงของการแพร่โรคในชุมชนและหยุดยั้งการดำเนินของโรคได้โดยใช้เวลารักษาไม่เกิน 2 ปี หรือในบางรายรักษาเพียง 6 เดือนเท่านั้น การอักเสบของเส้นประสาทซึ่งนำไปสู่ความพิการซึ่งสามารถรักษาหรือป้องกันได้เช่นกัน ดังนั้นโรคเรื้อนจึงเป็นโรคที่รักษาหายขาดได้และความพิการสามารถป้องกันได้เช่นกัน

เชื้อโรคเรื้อน *Mycobacterium leprae* เช่นเดียวกับเชื้อวัณโรค และมีคุณสมบัติคล้ายกันคือสามารถย้อมติดสีทนกรด (acid fast stain) แตกต่างกันแต่เพียงว่าเชื้อโรคเรื้อนตรวจพบจากการขีดผิวหนัง (slit skin smear) แต่เชื้อวัณโรคตรวจพบจากเสมหะหรือสารคัดหลั่งอื่นๆ เมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์จะเห็นการเรียงตัวเป็นกลุ่มก้อนใหญ่ ของ *M. leprae* ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษของแบคทีเรียชนิดนี้ แม้จะมีการค้นพบโรคเรื้อนตั้งแต่ปี พ.ศ.2426 แล้วก็ตาม ปัจจุบันยังไม่สามารถเพาะเลี้ยงเชื้อได้ในอาหารเลี้ยงเชื้อใดๆ ได้ ทำให้ความก้าวหน้าทางวิทยาการโรคเรื้อนเป็นไปด้วยความยากลำบาก *M. leprae* เป็นเชื้อที่แบ่งตัวช้ามาก Generation time ประมาณ 12-14 วัน ในขณะที่ *M. tuberculosis* (T. B.) ประมาณ 10-12 ชั่วโมง และ *Staphylococcus aureus* ประมาณ 1-2 ชั่วโมง ซึ่งการแบ่งตัวที่ช้ามากนี้อาจอธิบายถึงระยะการฟักตัวที่ยาวนานถึง 5 ปี

อุณหภูมิที่เหมาะสมในการเจริญเติบโตของ *M. leprae* คืออุณหภูมิที่ต่ำกว่า 37° Celsius ซึ่งเป็นเหตุให้พบว่า การเจริญเติบโตของ *M. leprae* มักก่อให้เกิดพยาธิสภาพในเนื้อเยื่อส่วนที่เย็นกว่าอุณหภูมิเฉลี่ยของร่างกายเช่น ผิวหนัง และอธิบายการเกิดโรคเรื้อนอยู่ในสัตว์บางชนิด เช่น ตัวนึ่งแก้วลาย แต่สัตว์เหล่านี้จะมีเฉพาะบางพื้นที่ในโลกเท่านั้น จึงถือว่ามนุษย์เป็นแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญทางระบาดวิทยาเพียงแหล่งเดียวในขณะนี้ และแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญก็คือผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด Lepromatous ที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาที่มีฤทธิ์ต่อต้านเชื้อโรคเรื้อน

ในปัจจุบันเชื่อว่า mode of transmission ของโรคเรื้อน คือทางดินหายใจ ซึ่งมีหลักฐานน่าเชื่อถือและเป็นไปได้มากที่สุด ในขณะที่ transmission อื่นๆ เช่น ทางบาดแผลผิวหนังยังไม่ มีหลักฐานใหม่มาสนับสนุนพบว่าผู้ป่วย Lepromatous ที่ยังไม่ได้รับการรักษา สามารถปล่อยเชื้อ

โรคผ่านออกจากร่างกาย ทางเยื่อบุจมูกวันละ 10 ล้านตัว เชื้อเหล่านี้เมื่อออกจากร่างกายผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ถึง 9 วัน ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้สัมผัสใกล้ชิดที่ susceptible ต่อโรคเมื่อรับเชื้อโรคที่ยังมีชีวิตเข้าทางลมหายใจ และเชื่อกันว่าระยะหนึ่ง จะก่อให้เกิดอาการของโรคประมาณ 3-5 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของร่างกาย

กลไกการเกิดโรค

โรคเรื้อนเป็นรูปแบบ(model) ที่ดีโรคหนึ่งในการศึกษาโรคที่เกิดจากความผิดปกติของภูมิคุ้มกันในร่างกาย การต่อต้านเชื้อ *M.leprae* ที่เข้าสู่ร่างกายเป็นหน้าที่ของภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (cell mediate immunity : CMI) ซึ่งถ้าผู้ที่รับเชื้อ *M.leprae* มี CMI ที่สามารถทำลายและยับยั้งการแพร่กระจายของเชื้อ *M.leprae* ได้ ผู้คนไม่เกิดอาการของโรคเรื้อน พบว่า 95-98 % ของคนทั่วไปจะมี CMI ปกติ และจะไม่เกิดอาการของโรคเรื้อน แม้ว่าจะได้รับเชื้อ *M.leprae* เข้าสู่ร่างกายแล้วก็ตาม มีเพียง 2-5 % เท่านั้นที่จะเกิดอาการของโรคเรื้อนหลังจากได้รับเชื้อ *M.leprae* กล่าวได้ว่า ผู้ที่ปรากฏอาการของโรคเรื้อนก็คือ ผู้ที่มี CMI ต่ำต่อ *M.leprae* ผิดปกตินั่นเอง และความผิดปกติของ CMI นี้จะพบว่าผิดปกติเฉพาะเจาะจงต่อ *M.leprae* เท่านั้น ในขณะที่ CMI ต่ำต่อเชื้อโรคอื่นๆ ยังทำหน้าที่ปกติ

เนื่องจากกลไกในการเกิดโรคเรื้อนขึ้นอยู่กับสถานะของ CMI ในผู้ป่วยสถานะ CMI จะเป็นตัวกำหนดอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยนั้น จึงพบว่า manifestation ของโรคเรื้อนอาจมีตั้งแต่ผื่นวงเล็กๆ ขนาดเท่าเหรียญบาทเพียงวงเดียว ไปจนกระทั่ง ผื่นหรือตุ่มเต็มตัวมากนับไม่ถ้วน เมื่อพิจารณาว่า CMI คือ ความต้านทานต่อเชื้อแล้วอาจสรุปได้ว่า ใครก็ตามหลังจากได้รับเชื้อแล้ว อาจเกิดโรคหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับ CMI ของแต่ละบุคคล

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคเรื้อนในท้องถิ่นปฏิบัติงาน ใช้อาการและอาการแสดงทาง clinical เป็นตัวสำคัญประกอบการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อน โดยวิธีกรีดผิวหนัง ส่วนการตัดชิ้นเนื้อเพื่อดูพยาธิสภาพ หรือก่อนส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ยังถือว่าให้ความแม่นยำในการวินิจฉัยเป็นรองจากการใช้อาการทาง clinical และ Slit Skin Smear อีกทั้งยังยุ่งยากในทางปฏิบัติ

การวินิจฉัยโรคเรื้อนจึงใช้หลักในการวินิจฉัยอาการแสดงสำคัญ (cardinal signs)

ดังนี้คือ

อาการแสดงสำคัญ (cardinal signs) ของโรคเรื้อน คือ

1. รอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน

2. มีการทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย โดยตรวจพบอาการชาที่รอยโรค หรือ มีอาการชาและ/หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่มือ เท้า หรือตา

3. ตรวจพบเส้นประสาทโต

4. ตรวจพบเชื้อรูปแท่งติดสีทนกรด (acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนังหรือการตัดชิ้นเนื้อ ไปตรวจ (biopsy)

หากพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 3 ข้อแรกหรือพบข้อ 4 เพียงข้อเดียวสามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

การตรวจหาเชื้อโรคเรื้อน โดยวิธีกรีดผิวหนัง

เชื้อโรคเรื้อนมีรูปร่างเป็นแท่ง ย้อมติดสีทนกรด มักพบที่รอยโรคที่หนูแดงหนาหรือเป็นตุ่มและที่ใบหู การตรวจใช้วิธีกรีดผิวหนังและบุคและนำมาย้อม acid fast staining โดยวิธีของ Ziehl Neelsen เมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบเชื้อโรคเรื้อนติดสีแดง 3 ลักษณะ คือ เชื้อที่ยังมีชีวิตจะเป็นแท่งย้อมติดสีสม่ำเสมอ ส่วนเชื้อที่ตายแล้วจะแตกเป็นท่อนสั้นๆ หรือเป็นผง

ผลการตรวจ รายงานเป็นปริมาณเชื้อที่พบในแต่ละตำแหน่งที่ตรวจตั้งแต่ 1+ ถึง 6+ และนำผลที่ได้ของทุกตำแหน่งที่ตรวจมาเฉลี่ยเป็นค่า Bacteriological index (B.I.)

การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน (classification)

เนื่องจากอาการแสดงของโรคเรื้อนพบได้ตั้งแต่รอยโรคขนาดเล็กเพียงตำแหน่งเดียว จนถึงรอยโรคขนาดใหญ่ หรือมีจำนวนมากกระจายทั่วร่างกาย ตลอดจนทำให้เกิดความพิการได้ การจำแนกชนิดจึงมีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ทางระบาดวิทยา การวางแผนรักษา การทำนายโรค การป้องกันความพิการในผู้ป่วย ปัจจุบันใช้วิธีจำแนกตามภูมิคุ้มกันของการเกิดโรคเรื้อนของผู้ป่วย ลักษณะและการกระจายของรอยโรคที่ผิวหนังร่วมกับผลการตรวจเชื้อ โดยดัดแปลงจาก Ridley & Jopling's classification ปี ค.ศ. 1966 ตามตาราง 1

ตาราง 1 การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน (classification)

ชนิดของโรค อาการแสดง	Indeterminate (I)	Tuberculoid (TT)	Borderline Tuberculoid (BT)	Borderline (BB)	Borderline Lepromatous (BL)	Lepromatous (LL)
1.รอยโรคที่ผิวหนัง 1.1 ลักษณะ	วงต่าง สีจาง	วงต่างหรือสีนูน แดง ผิวแห้งหรือ ไม่ออก	วงต่างหรือสีนูนแดง ผิวแห้ง แห้ง ไม่ออก	วงแหวนขอบแดงนูนหนา (punched – out) ผิวเป็นมัน	วงแหวนและสีนหรือตุ่มแดง เป็นมัน	สีนูนหนา และตุ่มแดงเป็น มัน
1.2 ขอบเขต	ไม่ชัดเจน	ชัดเจน	ชัดเจนแต่ไม่เรียบ (Irregular) และอาจพบตุ่มเล็กกระจาย จากที่สีนใหญ่	ขอบนอกคาดและไม่มีขีด เจน	ไม่ชัดเจน	ไม่ชัดเจน
1.3 จำนวน	น้อย (1 – 3)	น้อย (1 – 3)	ไม่แน่นอน	ไม่แน่นอน	มาก	มากมาย
1.4 การกระจาย	ข้างเดียวของ ร่างกาย	ข้างเดียวของร่าง กาย	ข้างเดียวหรือสองข้างของร่าง กาย	ข้างเดียวหรือสองข้างของ ร่างกาย	สองข้างของร่างกาย แต่ไม่ สมมาตร	สองข้างของร่างกายและ สมมาตร
1.5 อาการชาติ รอยโรค	ชาไม่ชัดเจน	ชาชัดเจน		ชาไม่ชัดเจน	ชาเฉพาะสีนขนาดใหญ่หรือ วงแหวน	ไม่ชา
2. เส้นประสาท	ไม่โต	โต	โต	โต	มักจะโต	มักจะโตในระยะหลัง
3. การตรวจเชื้อโรคเรื้อน	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบหรือพบไม่มาก (0 ถึง 2+)	พบปานกลาง (1+ ถึง 3+)	พบมาก (2+ ถึง 5+)	พบมากมาย (3+ ถึง 6+)

แหล่งที่มา กองโรคเรื้อน, 2542 : 7

การรักษา

การใช้ยาเคมีบำบัดเพื่อรักษาโรคเรื้อน มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. รักษาผู้ป่วยให้หายจากโรค
2. ศึกษางจรการแพร่เชื้อ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 เป็นต้นมา องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้วิธีการรักษาโรคเรื้อนโดยใช้ยาผสมระยะสั้น ทั้งนี้เพื่อเร่งการทำลายเชื้อโรคโดยใช้ยาที่มีประสิทธิภาพสูงภายในระยะเวลาสั้นที่สุด และเพื่อป้องกันการดื้อยาของเชื้อโรคเรื้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื้อยา Dapsone (DDS) ซึ่งขณะนั้นพบอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อยๆ ยาที่ใช้คือ Rifampicin ซึ่งมี High bacteriocidal activity ร่วมกับ Dapsone และ Clofazimine (lamprene) การรักษางจนถึงปัจจุบันพบว่าได้ผลดีมาก และพบว่าการกลับเป็นโรคใหม่ (relapse) พบน้อยมาก ตามหลักเกณฑ์การใช้รักษาโรคเรื้อนดัง ตาราง 2

ตาราง 2 หลักเกณฑ์การใช้ยารักษาโรคเรื้อน (Multidrug therapy : MDT พ.ศ. 2542)

	ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย (Paucibacillary Leprosy : PB)	ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (Multibacillary Leprosy : MB)
ชนิดของผู้ป่วย	- อินดีเทอร์มิเนท (Indeterminate: I) - ทิวเบอร์คิวลอยด์ (Tuberculoid : TT) - บอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ (Borderline Tuberculoid : BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อ และมีรอยโรค 1 – 5 แห่ง	- บอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ (Borderline Tuberculoid : BT) ที่ตรวจพบเชื้อ หรือมีรอยโรคมก กว่า 5 แห่ง และกระจายอยู่สอง ข้างของร่างกาย - บอร์เดอร์ไลน์ (Borderline :BB) - บอร์เดอร์ไลน์ เลปโรมาตัส (Borderline Lepromatous :BL) - เลปโรมาตัส (Lepromatous: LL)
การตรวจเชื้อ	- ก่อนรักษา - ครบ 6 เดือน	- ก่อนรักษา - ระหว่างรักษาปีละครั้ง - ครบ 2 ปี
	ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย	ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก

	(Paucibacillary Leprosy : PB)	(Multibacillary Leprosy : MB)
การรักษา 1. ยากินเดือนละครั้ง ให้ผู้ป่วยกินต่อหน้าหรือตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Supervised) เดือนละครั้ง 2. ยากินทุกวัน ให้ผู้ป่วยไปกินเองที่บ้าน	- Rifampicin(RFP) 600มก. - Dapsone(DDS) 100 มก./วัน	- Rifampicin(RFP) 600มก. และ - Clofazimine (CLO) 300มก. -Clofazimine (CLO) 50มก./วัน หรือ 100มก.วันเว้นวัน
ระยะเวลาการรักษา	- 6 เดือน	- 2 ปี
หยุดยาและจำหน่ายจากทะเบียน		
ระยะเฝ้าระวัง (การติดตาม หลังจากหยุดยา)	- ตรวจร่างกายปีละครั้งเป็นเวลา 3 ปี	- ตรวจร่างกายและตรวจเชื้อปีละ ครั้งเป็นเวลา 5 ปี
จำหน่ายจากการเฝ้าระวัง		

แหล่งที่มา กองโรคเรื้อน, 2542 : 10

ผลข้างเคียงของยารักษาโรคเรื้อน (ธีระ รามสูต, 2532 , หน้า 348 – 353)

1. Dapsone อาการข้างเคียงของการใช้ Dapsone พบน้อยมากถ้าใช้ตามขนาดที่กำหนดไว้ แต่อาจพบอาการข้างเคียง เช่น โลหิตจาง (anaemia) โรคตับอักเสบ (hepatitis) มีอาการทางผิวหนังเช่น ผื่นแพ้ (allergic rashes) หรือ Exfoliative Dermatitis

2. Rifampicin อาการข้างเคียงของการใช้ Rifampicin ปกติจะพบน้อยมาก แต่อาจพบได้บ้าง เช่น อาการทางผิวหนัง มีอาการคัน (pruritus) อาการออกร้อนบริเวณใบหน้า และลำตัว อาจจะมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ ท้องเดิน บางครั้งพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายเป็นไข้หวัดใหญ่ ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ เหนื่อย หรืออาจพบมีอาการของโรคตับ (toxic jaundice) เกิดขึ้นหลังจากการใช้ยา Rifampicin

3. Clofazimine หรือ Lamprene อาการข้างเคียงที่พบบ่อย และเป็นปัญหาเสมอ คือผู้ป่วยจะมีสีผิวที่ดำขึ้นมากกว่าเดิม โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีผิวขาวมักพบบ่อยบริเวณผิวหนังที่ exposed ต่อแสงอาทิตย์ หรืออาจพบว่าผู้ป่วยผิวหนังจะแห้ง และคัน หรืออาจจะพบอาการข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง อุจจาระร่วง น้ำหนักลดในบางราย

ภาวะโรคเห่อ และการรักษา (กฤษฏา มโหทาน, 2539, หน้า 47 – 49)

ภาวะโรคเห่อ (reaction) คือ การอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเรื้อน การอักเสบของอวัยวะต่างๆ ไปนั้นจะมีอาการแสดงคือ ปวด บวม แดง ร้อน และการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ ถ้าเป็นการอักเสบของผิวหนัง อาการแสดงที่พบชัดเจนคือ บวม แดง ร้อน แต่ถ้าเป็นการอักเสบของเส้นประสาท จะพบการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทเป็นอาการสำคัญ และอาจมีอาการปวดร่วมด้วย ส่วนอาการบวม แดง ร้อนของเนื้อเยื่อรอบ ๆ เส้นประสาทจะตรวจพบเฉพาะกรณีที่เส้นประสาทอักเสบอย่างรุนแรง ดังนั้น การวินิจฉัยภาวะโรคเห่อจึงจำเป็นต้องตรวจหาอาการทางผิวหนังและอาการผิดปกติของเส้นประสาทร่วมด้วย ไม่ควรวินิจฉัยจากอาการแสดงทางผิวหนังเพียงอย่างเดียว เพราะจะทำให้พลาดโอกาสในการที่จะค้นหาอาการของเส้นประสาทอักเสบในระยะเริ่มแรกซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพิการ และรักษาได้ทันเวลา

ภาวะโรคเห่อในผู้ป่วยโรคเรื้อน แบ่งได้เป็น 2 ชนิด (กฤษฏา มโหทาน, 2539, หน้า 47 – 49)

1. ภาวะโรคเห่อชนิดที่ 1 หรือ Reversal Reaction พบบ่อยในคนไข้ชนิด BT BB และ BL อาจเกิดก่อนที่จะรักษาหรือในระหว่างการรักษาโรคเรื้อน และที่สำคัญแม้ว่าหลังจากรักษาครบหลักเกณฑ์แล้วก็ยังเกิดโรคเห่อชนิดที่ 1 ได้ ซึ่งต้องวินิจฉัยแยกออกจากการกลับเป็นโรคใหม่ (relapse) ของผู้ป่วยเก่าด้วย

1.1 อาการแสดงทางผิวหนัง คือ อาการบวมแดงของผื่นโรคเรื้อนเดิม ขอบเขตของผื่นจะนูนแยกจากผิวหนังปกติที่อยู่รอบ ๆ ได้ชัดเจน อาการแดงของผิวหนังจะเพิ่มขึ้นซึ่งอาจต้องอาศัยประวัติจากผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบ บางครั้งผื่นที่มีอยู่เดิมแต่ไม่ชัดเจนหรือไม่สามารถตรวจพบตั้งแต่แรก อาจเกิดอาการบวมแดงชัดเจนขึ้นเสมือนกับเกิดผื่นใหม่ได้

1.2 อาการทางเส้นประสาท มีอาการปวดหรือกดเจ็บที่เส้นประสาท ถ้าเป็นมากจะพบว่าเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ เส้นประสาทอาจบวม บางรายไม่พบอาการปวดหรือกดเจ็บเส้นประสาท แต่จะมีการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทเพิ่มขึ้น เช่น ผิวหนังบริเวณที่มีอาการชาขยายพื้นที่กว้างกว่าเดิมหรือกล้ามเนื้อที่เคยปกติกลับกลายเป็นอ่อนแรงลง

1.3 อาจพบอาการบวมที่มือ เท้า และหน้า หากตรวจพบอาการเหล่านี้แสดงว่าเป็นโรคเห่อชนิดที่ 1 อย่างรุนแรง

2. ภาวะโรคเห่อชนิดที่ 2 หรือ erythema nodosum leprosum ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยชนิด LL และอาจพบในผู้ป่วยชนิด BL บางรายเท่านั้น

2.1 อาการแสดงทางผิวหนังคือ ตรวจพบตุ่มแดงใต้ผิวหนัง กดเจ็บ ตุ่มนี้มักขึ้นเป็นชุด (crops) บางครั้งพบว่าเมื่อตุ่มชุดเก่ายุบจะมีตุ่มชุดใหม่แทรกขึ้นมา

2.2 อาการทางเส้นประสาท พบการอักเสบของเส้นประสาทเช่นเดียวกับที่พบในโรคเหนอซนิตที่ 1 แต่การทำลายเส้นประสาทมักจะไม่มีรุนแรง

2.3 การอักเสบของตา มักเกิดการอักเสบของม่านตา (acute irido cyclitis) ตรวจพบตาแดงและมีอาการปวดลูกตามาก หากรักษาไม่ทันอาจทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้

2.4 อาการอื่น ๆ เช่น อัณฑะอักเสบ (orchitis) ปวดข้อ มีไข้ อ่อนเพลีย

การรักษา หลักสำคัญของการรักษา คือ ต้องหยุดกระบวนการอักเสบที่เส้นประสาทให้ได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ

1. การรักษาด้วยยา

1.1 Prednisolone เป็นยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาภาวะโรคเหนอซนิต โดยเฉพาะในกรณีที่มีเส้นประสาทอักเสบร่วมด้วย Prednisolone เป็นยาอันตราย ควรรู้ข้อบ่งชี้ในการใช้เพราะหากไม่ระมัด ผู้ป่วยจะมีอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อบ่งชี้สำหรับการใช้ยา Prednisolone ในการรักษาภาวะโรคเหนอซนิตมีดังนี้

1. เส้นประสาทอักเสบ (neuritis)
2. ภาวะโรคเหนอซนิตผื่นแดงอย่างรุนแรง (severe reversal reaction : severe RR) เฉพาะที่มีอาการดังนี้
 - 2.1 รอยโรคผิวหนังบวมแดงมาก หรือแตกเป็นแผล
 - 2.2 รอยโรคบริเวณใบหน้า หรือรอยโรคบริเวณเนื้อเส้นประสาทบวมแดงมาก
 - 2.3 แขน ขา บวมมาก
 - 2.4 ไข้สูง อ่อนเพลีย
3. ภาวะโรคเหนอซนิตตุ่มอักเสบอย่างรุนแรง (severe erythema nodosum leprosum : severe ENL) เฉพาะที่มีอาการดังนี้
 - 3.1 ตุ่มบวมแดงอักเสบมาก หรือแตกเป็นแผล
 - 3.2 อาการอื่น ๆ คือ อาการอักเสบทางตา อัณฑะ ไต และข้อ
 - 3.3 ไข้สูง อ่อนเพลีย

1.2 Clofazimine เป็นยาด้านเชื้อโรคเรื้อรัง (antileprotic drug) ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ

ด้วย (anti - inflammatory action) ขนาดที่ใช้คือ 200 - 300 มิลลิกรัม/วัน จะออกฤทธิ์สูงสุดในเวลา 4-6 สัปดาห์ โดยทั่วไป Clofazimine เป็นยาที่จัดว่าปลอดภัย อาการข้างเคียงที่พบคือจะทำให้ผิวหนังมีสีเข้มขึ้น ข้อควรระวังคือไม่ควรใช้ในขนาดสูง 300 มิลลิกรัม/วัน ติดต่อกันเกิน 3 เดือน เพราะอาจทำให้ปวดท้องและถ่ายเหลวได้

1.3 การรักษาตามอาการ ให้ใช้ยาแก้ปวดทั่วไปเช่น Paracetamol Aspirin บางครั้งอาจต้องใช้อายากด้อมประสาทร่วมด้วย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการศึกษาในเรื่องอัตมโนทัศน์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนมีการศึกษาน้อยมากดังนั้นจึงไม่พบว่ามีการศึกษาโดยตรงในเมืองไทย

ธีระ รามสูต (2536, หน้า 19) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัญหาสังคมและการฟื้นฟูสภาพโรคเรื้อนพบว่า การมองปัญหาโรคเรื้อน และการควบคุมโรคเรื้อนนั้น นอกจากจะพิจารณาถึงข้อมูลและสถิติเกี่ยวกับความชุกชุมของโรคเรื้อนแล้ว จำเป็นต้องมองโรคเรื้อนเป็นโรคทางสังคม (social disease) รวมทั้งความรังเกียจผิดๆ (social prejudice) และทั้งผลลัพธ์ของปฏิกิริยาตอบสนองของสังคมต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวในเชิงลบ ซึ่งก่อผลต่อภาวะจิตวิทยา (physical emotional and social state) ที่ต้องทนทุกข์ทรมาน

พิมพ์วิทย์ บุญมงคล (2536, หน้า 9) ได้ทำการศึกษาเรื่องร่างกาย ความสกปรกและกัณฑ์ตราบาปโรคเรื้อนและโรคเอดส์ ผู้ป่วยมักจะตีตราตนเอง มีความวิตกกังวล มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ตลอดจนพยายามหลีกเลี่ยงหนีสังคม รู้สึกว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม ทั้งนี้เนื่องจากการได้ยินผู้อื่นเล่าให้ตนฟังถึงความรังเกียจของเพื่อนบ้านบางคนหรือจากการเห็นความรังเกียจของเพื่อนบางคน และจากกระบวนการอบรมสั่งสอนที่สั่งสอนกันมาตั้งแต่เล็กกว่า โรคเรื้อนเป็นโรคสังคมรังเกียจ

สุริยา สุนทราศรี และคณะ (2541, หน้า 106) ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตเมือง : การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ครั้งแรกที่รู้ว่าเป็นโรคเรื้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกวิตกกังวล กลัวรักษาไม่หาย กลัวพิการ แต่การได้กำลังใจและความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาและการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิตต่อไป ผู้ป่วยต้องการบุคคลรอบข้างเข้าใจ เห็นใจ ให้กำลังใจ และให้การยอมรับให้การช่วยเหลือ ไม่แสดงความรังเกียจ ต้องการให้หน่วยงานของรัฐสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีความพิการให้มีที่อยู่อาศัย

จินตนา วรสายัณห์ (2541, หน้า 565) ได้ทำการศึกษาเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อน พบว่าจากผลกระทบการดำเนินงาน แม้สมาชิกมีรายได้ไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ จ.ป.ฐ ผลกระทบที่ดีคือผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการ

โจเซฟ และ ราโอ (Geetha A. Joseph & P.S.S Sundar Rao, 1999, p 515-516) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ประเทศอินเดียพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าประชากรที่เปรียบเทียบ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อนในเพศหญิงสูงกว่าผู้ป่วยเพศชาย ผู้ป่วยที่มีความพิการพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธิดา กาญจนรังษี (2538) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียขา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาสูญเสียขาน้อยกว่า 10 ปี กลุ่มที่มีโรคประจำตัว มีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่สูญเสียขา

Kobina Atta Bainson & Bart Van Den Borne (1998, p.341 – 350) ผู้ป่วยโรคเรื้อนเมื่อมีความพิการจะทำให้เกิดการรับรู้ที่เป็นด้านลบ วิตกกังวล มีความกดดัน ความมีคุณค่าในตนเองลดลง การถูกทำลายของอวัยวะและความพิการนำไปสู่ภาวะทางด้านจิตใจ และสังคมเปลี่ยนไปตลอดจนโรคเรื้อนเป็นโรคแห่งความรังเกียจนำไปสู่การมีอัตมโนทัศน์เป็นด้านลบ

Pimpawan Boonmongkon (1994, p.366) ผู้ป่วยโรคเรื้อนจะทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคเรื้อร่งทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย ส่งผล ไปยังมิติทางด้านสังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากร่างกายพิการไม่สามารถทำงานตามปกติได้

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล (2536, หน้า 6 – 18) ได้ทำการศึกษา ขี้ทูตโรคสังคมรังเกียจ : มนุษยวิทยา การตีตราของโรคเรื้อนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบว่าชาวบ้านจะไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วยตรงๆ ต่อหน้าแต่มีทัศนคติว่าควรห้ามผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่เห็นได้ชัดเข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ของชุมชน และต้องการให้ผู้ป่วยอยู่แต่บริเวณภายในบ้านของตนเอง หรือย้ายไปอยู่ในนิคมโรคเรื้อน

ธีระ รามสูต (2536, หน้า 19 – 30) พบว่าปฏิกิริยาและผลกระทบทางสังคมของผู้ป่วย (reaction and social consequence) คือ การหลบซ่อน มีปมด้อยไม่คบค้าสมาคมกับใคร ซึมเศร้าหมดกำลังใจ ขาดความมั่นใจในตนเอง ในที่สุดจะหมดศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (dignity)

Preecha Upayokin (1990, p. 133) ได้ศึกษากับผู้ป่วยโรคเรื้อนในจังหวัดอุทัยธานีเกี่ยวกับการรักษา ผลของโรคเรื้อนและตราบาป พบว่าชาวบ้านส่วนใหญ่บอกว่าโรคเรื้อนมีสาเหตุจากโรคผู้หญิง หรือภูมิแพ้ และเชื่อว่ามาจากผลของกรรม