

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคเรื้อนใน  
ชาวไทยมุสลิม : กรณีศึกษาอำเภอเรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัย  
ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

1. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ
2. แนวคิดแบบจำลองการอธิบายโรค
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน
4. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของชาวไทยมุสลิม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

### 1. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ

#### ความหมายของความรู้

ความรู้ คือ สิ่งสั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ รวมทั้ง  
ความสามารถเชิงปฏิบัติการและทักษะความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับ มาจากประสบการณ์ สิ่ง  
ที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติองค์วิชาในแต่ละสาขา (พจนานุกรม  
ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) ส่วนประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้เป็น  
พฤติกรรมข้างต้นที่ผู้เรียนเพียงจำได้ อาจโดยการนึกหรือการมองเห็น ได้ยินก็จำได้ เป็นความรู้  
เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎีโครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา และ Carter  
(1973) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง มวลประสบการณ์ต่างๆ ที่บุคคลจากการศึกษาข้อเท็จจริง  
ปรากฏการณ์และรายละเอียดต่างๆ โดยผ่านการรวบรวมและสะสมไว้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์

สรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างหน้าที่ที่เกิดจาก  
การศึกษา การค้นคว้า ประสบการณ์ พฤติกรรมที่จำได้ อาจโดยการนึกหรือการมองเห็น หรือการได้  
ยิน สามารถเชื่อมโยงความคิดได้กับเหตุการณ์

### 1.1.1 ระดับความรู้

BenJamine S. Boom (อ้างใน บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ์, 2537) ได้แบ่งพฤติกรรมด้านความรู้ หรือความหมายทางสติปัญญา (Cognitive Domain) เป็น 6 ประเภท คือ

1) ความรู้ (knowledge or recall) เป็นการเรียนรู้ที่เน้นถึงความจำ และการระลึกได้ต่อความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่างๆ เป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่ยากซับซ้อน และมีความสัมพันธ์กัน

2) ความเข้าใจ (comprehensive or understanding) เป็นความสามารถทางสติปัญญาที่เกี่ยวกับการสื่อความหมายในลักษณะของการตีความ แปรความและสรุปเพื่อทำนาย

3) การนำไปใช้ (application) เป็นความสามารถในการจำสาระสำคัญต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆ หรือสถานการณ์จริง

4) การวิเคราะห์ (analysis) เป็นความสามารถในการแยกแยะวัตถุ หรือเนื้อหาออกเป็นส่วนปลีกย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน และการสืบเสาะหาความสัมพันธ์ต่างๆ เพื่อดูว่าประกอบเข้าด้วยกันอย่างไร

5) การสังเคราะห์ (synthesis) เป็นความสามารถในการรวมส่วนประกอบย่อย หรือส่วนใหญ่ให้เป็นเรื่องเดียวกัน เพื่อสร้างรูปแบบ หรือโครงสร้างที่ไม่ชัดเจนมาก่อนให้ชัดเจนขึ้น โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบข่ายของงาน หรือปัญหาที่กำหนด

6) การประเมินค่า (evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับค่านิยม ความคิดผลงาน คำตอบ วิธีการ และเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยการกำหนดเกณฑ์เป็นฐานในการพิจารณาตัดสิน การประเมินผลเป็นขั้นพัฒนาทางความคิดที่สูงสุดของพุทธิลักษณะ และเป็นความสามารถที่ต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ เข้ามาร่วมในการพิจารณาประเมิน

### 1.1.2 เครื่องมือวัดความรู้

มีหลายวิธี เช่น

1. แบบทดสอบ
2. การสัมภาษณ์ สันทนา ซักถามโดยมีแบบสัมภาษณ์หรือไม่ก็ได้
3. การให้ฝึกปฏิบัติ
4. การตรวจผลงาน
5. การสังเกต

## 1.2 ความหมายของความเข้าใจ

สมคิด รัตนวงศ์ไชย (2541) ให้ความหมายของความเข้าใจว่าหมายถึงความสามารถในการคิดแปลงแล้วแปลย่อและย่อรวมกัน จึงประกอบด้วย การแปลความ การตีความ การขยายความ ส่วน อังคณา อ่างทอง (2545) ให้ความหมายว่า ความเข้าใจเป็นความสามารถที่สูงกว่าความรู้ เนื่องจากบุคคลที่เข้าใจ สามารถนำความรู้ไปใช้ให้เหมาะสมกับพฤติกรรม ซึ่งสามารถวิเคราะห์และประเมินได้ ส่วนสมุทฺธ เช่นเชาวนิช (2530) กล่าวว่าความเข้าใจ เป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับการศึกษา และประสบการณ์หลายๆด้านของแต่ละคน ความเข้าใจถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งของการอ่าน ถ้าอ่านแล้วไม่เกิดความเข้าใจก็อาจกล่าวได้ว่าการอ่านที่แท้จริงยังไม่เกิดขึ้น

สรุป ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาและจากประสบการณ์ของแต่ละคน มาคิดแปลง ให้เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้กับพฤติกรรมต่างๆ โดยสามารถวิเคราะห์ ประเมินได้

ดังนั้น จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับ ความรู้ ความเข้าใจ จึงหมายถึงความสามารถในการจำ ระลึกได้ ที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า รวมทั้งประสบการณ์จากการได้ยิน ได้ฟัง แล้วนำมาประมวล คิดแปลง ให้เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้กับพฤติกรรมต่างๆ หรือเรื่องราวแต่ละเรื่องราวได้ โดยสามารถวิเคราะห์และประเมินได้

## 2. แนวคิดแบบจำลองการอธิบายโรค (explanatory model)

Kleinman (1980 อ้างใน ขวัญชัย เกิดบางนอน, 2542) ได้กล่าวว่า นักมานุษยวิทยาทางการแพทย์ได้เสนอว่าระบบการแพทย์เป็นระบบวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง ซึ่งมีสัญลักษณ์ความหมายและตรรกะภายในของตนเอง เขาได้เสนอแนวคิดเรื่อง explanatory model (EM) เป็นแนวทางในการค้นหามุมมองของคนใน (emic view หรือ native point of view) แนวคิดนี้มองว่าวัฒนธรรมสุขภาพมิใช่เป็นเพียงรูปแบบการแสดงออกของความเจ็บไข้ได้ป่วยและการเยียวยารักษาเท่านั้น แต่เป็นรากฐานของการสร้าง “ความเป็นจริง” ที่ทำให้โลกสุขภาพของแต่ละวัฒนธรรมแตกต่างกัน และเป็นโลกแห่งความเป็นจริงคนละแบบ ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระหรือแยกจากกันได้จากโลกของภาษาและความหมาย โลกแห่งความเป็นจริงมีอยู่และรับรู้โดยผ่านการแปลและตีความเชิงสัญลักษณ์เท่านั้น

แนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่พยายามจะอธิบายความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง เพื่อทำความเข้าใจบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่เราศึกษาว่าคิดอย่างไรกับ

ประชาชนในแต่ละกลุ่มวัฒนธรรม ได้ตั้งสมองค์ความรู้ ความเชื่อ เกี่ยวกับการอธิบายสาเหตุของโรค และการรักษาเยียวยาที่เรียกว่า “แบบจำลองการอธิบายโรค” เป็นกระบวนการหาเหตุผลมาอธิบายความเชื่อ และพฤติกรรม โดยเน้นว่าแต่ละกลุ่ม แต่ละชาติพันธุ์ มีการให้ความหมายของความเจ็บป่วยแตกต่างกันออกไป ซึ่งแนวคิดแบบจำลองการอธิบายโรค ที่กล่าวถึงประกอบด้วย

- 1) สาเหตุการเกิดโรค (the aetiology or cause of the condition)
- 2) ระยะเวลา และลักษณะเริ่มต้นของอาการ (the timing and mode of onset of symptoms)
- 3) สรีระวิทยาของการเกิดโรค (the pathophysiological processes involved)
- 4) ชนิดและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (the natural history and severity of the illness)
- 5) การเลือกการรักษาที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ (the appropriate treatments for the condition)

สรุป ได้ว่า แบบจำลองการอธิบายโรคนี้ คือ ระบบวิธีคิดของการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาที่จะเป็นตัวกำหนดให้เลือกรูปแบบการบริการชนิดใด ซึ่ง Kleinman อธิบายว่า ในระบบสุขภาพแบบเดียวกัน บุคคลแต่ละคนมีแบบจำลองอธิบายโรคแตกต่างกัน แพทย์จะมีพื้นฐานแนวคิดในเรื่องความจริงทางคลินิกที่แตกต่างกันกับแบบจำลองการอธิบายโรคของประชาชน ซึ่งมีพื้นฐานความเป็นจริงทางสังคมมากกว่า ทำให้มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้รูปแบบบริการที่แตกต่างกัน ในขบวนการทางคลินิก บุคลากรทางการแพทย์มีการอธิบายสาเหตุของการเกิดโรค โดยจะถูกนำเอาไปผูกติดกับการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง และเป็นการรักษาแบบแยกส่วน ซึ่งระบบวิธีคิดทางคลินิกนั้น จำเป็นต้องแยกความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องของความเจ็บป่วย และการรักษาความเจ็บป่วยนั้นๆ ออกจากความเชื่อทางสังคม

### 3. ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน

โรคเรื้อน คือ โรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ Mycobacterium leprae มีรูปร่างเป็นแท่ง ย้อมติดสีทนกรด (acid-fast stain) ทำให้เกิดอาการที่ผิวหนัง เส้นประสาทส่วนปลาย เชื้อบุท่อทางเดินหายใจส่วนบน โรคเรื้อนก่อให้เกิดอาการที่เส้นประสาทและมักจะทำลายเส้นประสาท เป็นผลให้เกิดความพิการตามมา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องเผชิญกับปัญหา

### 3.1 ระบาดวิทยาของโรคเรื้อน

ระบาดวิทยาของโรคเรื้อน (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2546) มีดังนี้ คือ

3.1.1 ระยะฟักตัวของโรค (incubation period) โดยทั่วไปประมาณ 3 – 5 ปี แต่ในปัจจุบัน จากการศึกษาของ Fine PEM พบว่าระยะฟักตัวอาจนานกว่านั้น คือ 2 – 5 ปี ในชนิด tuberculoid และ 8 – 12 ปี ในชนิด lepromatous

3.1.2 ประชาชนส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในบริเวณโรคเรื้อนที่เป็นโรคประจำถิ่น (endemic area) มักจะติดโรคแล้วตั้งแต่วัยเด็ก โดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน มีโอกาสติดเชื้อมากที่สุดจะมีภูมิคุ้มกันต่อโรคเรื้อน เมื่อได้รับเชื้อโรคเรื้อน โอกาสที่จะป่วยเป็นโรคมีเพียงประมาณร้อยละ 5 เท่านั้น (ป่วยเป็นโรคเรื้อน 5 คน ในจำนวนผู้ได้รับเชื้อ 100 คน) เด็กมีโอกาสติดโรคมากกว่าผู้ใหญ่เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันโรคน้อยกว่า ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงกว่าคนทั่วไป

3.1.3 อายุ โรคเรื้อนพบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่จะพบน้อยมากในเด็กแรกเกิด อาจเป็นเพราะยังมีภูมิคุ้มกันโรคถ่ายทอดจากมารดาหรือเพราะโรคเรื้อนมีระยะฟักตัวนานหรือทั้งสองปัจจัยร่วมกัน

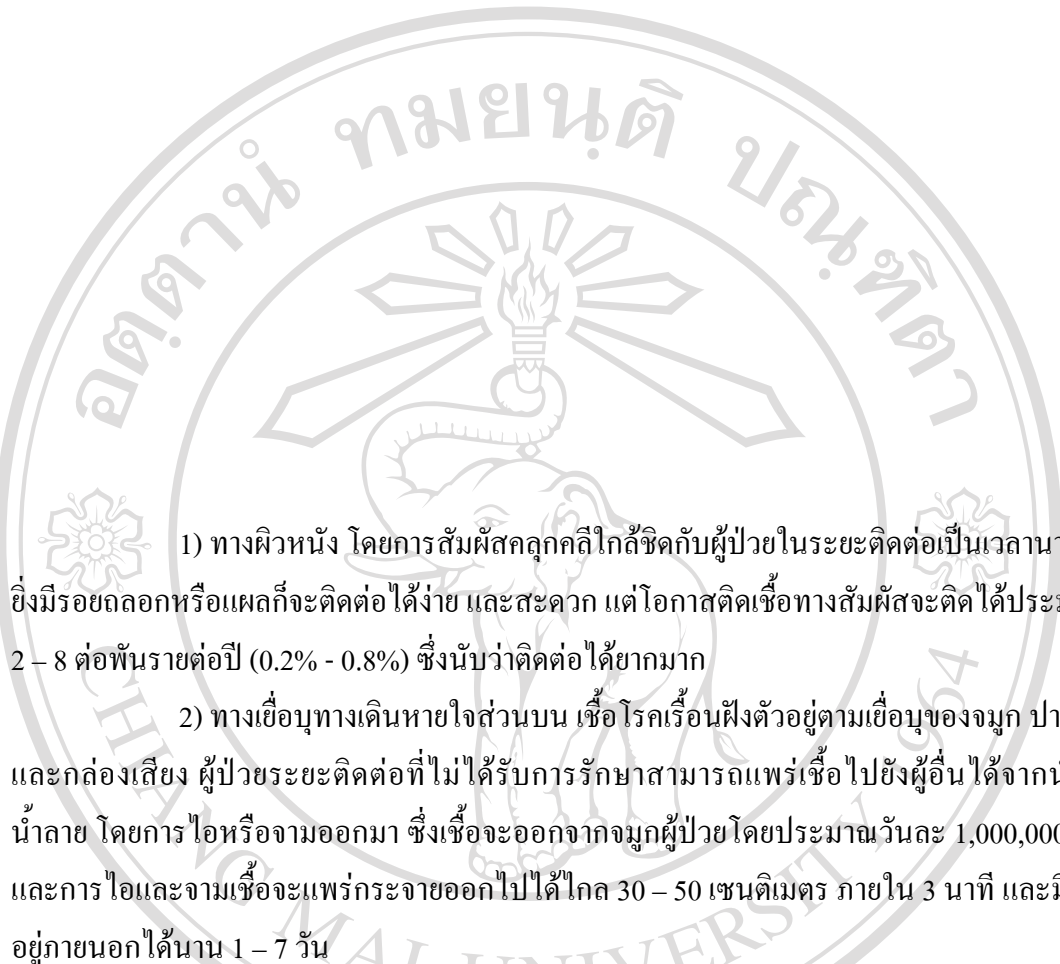
3.1.4 เพศ ในผู้ใหญ่ เพศชายจะป่วยเป็นโรคเรื้อนมากกว่าเพศหญิง ส่วนในเด็กจะไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ

3.1.5 เชื้อชาติ ชนชาติผิวขาว (Caucasian) เป็นโรคเรื้อนได้ง่ายที่สุด รองลงมาเป็นคนผิวเหลือง (Mongoloid) อินเดียและนิโกรตามลำดับ

### 3.2 การติดต่อ

การติดต่อของโรคเรื้อน (อัญชลี ตันท์สุภศิริ, 2541) เป็นโรคที่มีอัตราการติดเชื้อสูง แต่เชื้อโรคเรื้อนเป็นพวกที่ไม่มีพิษภัย มีฤทธิ์ในการทำลายเนื้อเยื่อได้น้อย และทำให้เกิดพยาธิสภาพได้น้อย แม้อัตราการแพร่ติดต่อของเชื้อโรคเรื้อนจะสูงกว่าอัตราการเกิดโรคก็ตาม ส่วนมากมักติดเชื้อและอยู่ในระยะไม่ปรากฏอาการ (subclinical infection) ซึ่งการจะปรากฏอาการของโรค หรือการหายนั้นขึ้นอยู่กับระดับภูมิคุ้มกัน ถ้าภูมิคุ้มกันปกติแม้จะปรากฏอาการแล้ว ในเด็กมีโอกาสหายได้เองถึงร้อยละ 77 ในผู้ใหญ่ที่อาการไม่มากก็หายได้เองถึงร้อยละ 55 – 88 ซึ่งโรคเรื้อนมีอยู่ 2





1) ทางผิวหนัง โดยการสัมผัสคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยในระยะติดต่อกันเป็นเวลานานๆ ซึ่งมีรอยถลอกหรือแผลก็จะติดต่อดีงาย และสะดวก แต่โอกาสติดเชื้อทางสัมผัสจะติดได้ประมาณ 2 – 8 ต่อพันรายต่อปี (0.2% - 0.8%) ซึ่งนับว่าติดต่อดียากมาก

2) ทางเชื่อบุทางเดินหายใจส่วนบน เชื้อโรคเรื้อนฝังตัวอยู่ตามเชื่อบุของจมูก ปาก คอ และกล่องเสียง ผู้ป่วยระยะติดต่อกันที่ไม่ได้รับการรักษาสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้จากน้ำมูก น้ำลาย โดยการไอหรือจามออกมา ซึ่งเชื้อจะออกจากจมูกผู้ป่วยโดยประมาณวันละ 1,000,000 ตัว และการไอและจามเชื้อจะแพร่กระจายออกไปได้ไกล 30 – 50 เซนติเมตร ภายใน 3 นาที และมีชีวิตอยู่ภายนอกได้นาน 1 – 7 วัน

3) ทางแมลงนำโรค โดยพบเชื้ออยู่ตามแขนขาของแมลงชนิดที่เกาะอยู่ตามแผล น้ำเหลืองของผู้ป่วย เช่น แมลงวัน แมลงสาบ หรืออยู่ตามปากและกระเพาะอาหารของแมลงชนิดกัด และดูดเลือด เช่น ยุง เรือด ริน ไร หมัด ฯลฯ เชื้อมีชีวิตอยู่ได้นาน 1 – 3 วัน แต่ก็มีจำนวนน้อย

ปัจจุบันความเชื่อในเรื่องการติดต่อของโรคว่าเข้าทางผิวหนังโดยสัมผัสกับร่างกายผู้ป่วยนั้นเริ่มจะไม่ยอมรับ ส่วนการแพร่เชื้อโดยผ่านทางแมลงแม้จะมีผู้ศึกษาไว้แต่ยังมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ ฉะนั้นทางที่เชื่อว่ามีผลต่อการแพร่เชื้อได้มากที่สุด คือ ฝอยละออง (droplet) ผ่านทางเชื่อบุจมูก พบว่าผู้ป่วยเชื้อชนิด lepromatous ที่ยังไม่ได้รับการรักษามาก่อน สามารถปล่อยเชื้อโรคเรื้อนผ่านออกจากร่างกาย ทางเชื่อบุจมูกออกมาในสิ่งแวดล้อมได้มากถึงวันละ 10 ล้านตัว เชื้อโรคสามารถอยู่นอกร่างกายได้นาน 9 วัน ( สถาบันราชประชาสมาสัย, 2549: 48)

### 3.3 อาการทั่วไปของโรคเรื้อนและลักษณะอาการที่สงสัยว่าจะเป็นโรคเรื้อน

#### 3.3.1 อาการทั่วไปของโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการทางคลินิกได้ต่างกัน (ซีระ งามสูตร, 2535) ดังนี้

##### 1) ทางผิวหนัง (cutaneous lesion)

- ผิวหนังเป็นวงด่างสีขาว (hypopigmented macule) หรือวงด่างสีเข้ม (hyperpigmented macule) ส่วนมากพบเป็นวงสีแดง หรือม่วงแดง

- ผิวหนังนูนแดงหนา (infiltration) มักพบอาการนูนหนาของผิวหนังได้หลายแบบ เช่น ตุ่มขนาดเล็ก (papule) ตุ่มขนาดใหญ่ (nodule) แผ่นนูนหนา (plaque)

##### 2) อาการทางเส้นประสาท (peripheral nerve involvement)

เกิดจากเชื้อโรคเรื้อนลุกลามเข้าสู่เส้นประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดการอักเสบ และทำลายเนื้อเยื่อในเส้นประสาท ซึ่งอาจพบการทำลายดังนี้

- ไยประสาทความรู้สึกลูกถูกทำลาย (sensory nerve fibers involvement) ทำให้มีอาการชา (anaesthesia) สูญเสียความรู้สึกลสัมผัสตามลำดับ คือ ไม่รู้สึกร้อนเย็น (Loss of thermal) ไม่รู้สึกลสัมผัส (tactile) ไม่รู้สึกเจ็บปวด (pain) และไม่รู้สึกลหนักเบา (pressure) ซึ่งระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะชา สูญเสียความรู้สึกลสัมผัสทุกอย่าง โดยมักพบตามปลายมือปลายเท้า

- ไยประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อถูกทำลาย (motor nerve fibers involvement) ทำให้กล้ามเนื้อมือ เท้า ไบหน้า อ่อนกำลัง เมื่อยล้าง่าย (muscular weakness) กล้ามเนื้อลีบ (muscular atrophy) พบบ่อยที่ฝ่ามือและหมอนมือ จะแบนราบเป็นร่องลึกและเกิดอัมพาตของไบหน้า ซึ่งทำให้ตาหลับได้ไม่สนิท ยกคิ้วยังพ่นไม่ได้

- ไยประสาทที่ควบคุมการยึดและหดตัวของเส้นเลือดและการทำงานของต่อมเหงื่อ (autonomic หรือ sympathetic nerve fiber) ถูกทำลายจะทำให้มีการเสื่อมของอวัยวะเนื่องจากขาดเลือดมาเลี้ยงเพราะเส้นเลือดตีบ เป็นผลให้ผิวหนังปลายมือปลายเท้าแห้ง แข็งค้ำ และอาจพองเป็นตุ่มน้ำใสๆ (blister) เกิดแผลเนื้อตาย (trophic หรือ plantar ulcer) กระดูกมือเท้าหลุด ทุคค้ำวน นอกจากนี้การสูญเสียการทำหน้าที่ของต่อมเหงื่อทำให้เหงื่อไม่ออก ผิวแห้ง ขนร่วง บริเวณรอยโรค

- เส้นประสาทโต (nerve enlargement) เนื่องจากเส้นประสาทอักเสบ และมีเนื้อเยื่อพังคืดเข้าแทนที่ ทำให้เส้นประสาทขยายใหญ่ขึ้น และสามารถคลำได้

##### 3) อาการทางเดินหายใจส่วนบน (Upper respiratory tract)

พบในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบลูกกลมเข้าสู่เยื่อหูทางเดินหายใจส่วนบน เยื่อหูจมูกเกิดการอักเสบทำให้คัดจมูก เมื่อบริเวณที่อักเสบแตกเป็นแผลจะมีเลือดกำเดาหรือน้ำหนองออกมาทำให้เชื้อโรคออกมาด้วย และถ้าแผลลามไปถึงกระดูกอ่อนที่กั้นดั้งจมูก จะทำให้จมูกยุบ (collapsed nose)

### 3.3.2 ลักษณะอาการที่สงสัยว่าจะเป็นโรคเรื้อน

- โรคผิวหนังเรื้อรังที่เป็นมานานกว่า 3 เดือน มีอาการชาแต่ไม่คัน รักษายากินหรือยาทาไม่ดีขึ้น

- ผื่นหรือวงด่าง (hypopigmented macule) บริเวณผิวหนังที่แห้ง เหงื่อไม่ออก ขนร่วง

- ผื่นหรือตุ่มนูนแดง ผิวอิมม่าเป็นมันเงา (shiny surface papules, nodule and plaque) ที่ไม่คัน

- ตุ่มแดง กดเจ็บ ตามใบหน้า แขนขา ลำตัว

- อัมพาตของกล้ามเนื้อ เท้า ตา ก่อให้เกิดอาการนิ้วนางและนิ้วก้อยงอเหยียดไม่ออก ข้อมือตก ข้อเท้าตก หลับตาไม่สนิท

- แผลเรื้อรังที่ฝ่าเท้า

## 3.4 การรักษาโรคเรื้อนและอาการแสดงของการแพ้ยา

3.4.1 การรักษาโรคเรื้อน (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2546) องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ใช้วิธีการรักษาโรคเรื้อนด้วยยาผสมระยะสั้น (multidrug therapy : MDT) คือ การให้ยารักษาโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพสูงหลายชนิดร่วมกันเพื่อเร่งการทำลายเชื้อ และป้องกันการดื้อยา เนื่องจากอุบัติการณ์เชื้อโรคเรื้อนคือต่อยาแคปไซซินในขณะนั้นสูงขึ้นเรื่อย แผนการรักษาจำแนกผู้ป่วยเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทเชืื่อน้อย (PB) และประเภทเชื้อมาก (MB) ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาคือ rifampicin, clofazimine และ dapsone และกำหนดให้ใช้ระยะเวลาแน่นอนในการรักษา (fixed duration of treatment) ซึ่งโรคเรื้อนประเภทเชืื่อน้อย (paucibacillary leprosy : PB) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนดังต่อไปนี้

- ชนิด Indeterminant (I) ซึ่งจะมีรอยโรคที่ผิวหนังเป็นวงด่าง สีจาง ขอบเขตและอาการชาที่รอยโรคไม่ชัดเจน เป็นข้างเดียวของร่างกาย จำนวน 1 – 3 วง เส้นประสาทไม่โต และตรวจไม่พบเชื้อ



- ชนิด Tuberculoid (TT) รอยโรคที่ผิวหนังเป็นวงต่างหรือผื่นนูนแดง ผิวแห้ง เหงื่อไม่ออก ขอบเขตและอาการชาที่รอยโรคชัดเจน เป็นข้างเดียวของร่างกาย จำนวน 1 – 3 วง ตรวจพบเส้นประสาทโต และตรวจไม่พบเชื้อ

- ชนิด Borderline Tuberculoid (BT) รอยโรคที่ผิวหนังเป็นวงต่างหรือผื่นนูนแดง ผิวแห้ง เหงื่อไม่ออก ขอบเขตชัดเจนแต่ไม่เรียบ (Irregular) และอาจพบตุ่มเล็กกระจายจากผื่นใหญ่ มีอาการชาที่รอยโรค เป็นข้างเดียวหรือสองข้างของร่างกาย จำนวนไม่แน่นอน ตรวจพบเส้นประสาทโต ตรวจเชื้อไม่พบหรือพบไม่มาก (0 ถึง 2+)

โรคเรื้อนประเภทเชื่อน้อยดังกล่าว จะให้การรักษาด้วยยา rifampicin (RFM) 600 มก. เดือนละ 1 ครั้ง ร่วมกับยา dapsone (DDS) 100 มก. ทุกวัน เป็นเวลา 6 เดือนและโรคเรื้อนประเภทเชื่อกมาก (multibacillary leprosy) หมายถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนดังต่อไปนี้

- ชนิด Borderline (BB) รอยโรคที่ผิวหนังเป็นวงแหวนขอบแดงนูนหนา (Punched-out) ผิวเป็นมัน ขอบนอกลาดเท และไม่ชัดเจน อาการชาที่รอยโรคไม่ชัดเจน เป็นข้างเดียวหรือสองข้างของร่างกาย จำนวนไม่แน่นอน ตรวจพบเส้นประสาทโต และตรวจพบเชื้อปานกลาง (1+ ถึง 3+)

- ชนิด Borderline lepromatous (BL) รอยโรคที่ผิวหนังเป็นวงแหวน และผื่นหรือตุ่มแดงเป็นมัน ขอบเขตไม่ชัดเจน อาการชาที่รอยโรคจะเฉพาะผื่นใหญ่หรือผื่นวงแหวน เป็นทั้งสองข้างของร่างกาย จำนวนมาก แต่ไม่สมมาตร ตรวจพบเส้นประสาทมักจะโต และตรวจพบเชื่อกมาก (2+ ถึง 5+)

- ชนิด Lepromatous (LL) รอยโรคที่ผิวหนังเป็นผื่นหนาและตุ่ม เป็นมัน ขอบเขตไม่ชัดเจน ไม่ชาที่รอยโรค เป็นทั้งสองข้างของร่างกาย จำนวนมากมาย และสมมาตร เส้นประสาทมักจะโตในระยะหลัง และตรวจพบเชื่อกมากมาย (3+ ถึง 6+)

โรคเรื้อนประเภทเชื่อกมากทั้ง 3 ชนิดดังกล่าว จะให้การรักษาด้วยยา rifampicin (RFM) 600 มก. และ clofazimine (lamprene) 300 มก. เดือนละ 1 ครั้ง ร่วมกับ dapsone (DDS) 100 มก. และ clofazimine (lamprene) 300 มก. ทุกวัน ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี หากอาการของโรคยังกำเริบ (active) หรือตรวจพบเชื้อต้องให้การรักษาต่อไป จนโรคไม่กำเริบ และตรวจไม่พบเชื้อ

สำหรับการรักษาโรคเรื้อนในผู้ป่วยเด็ก จะให้การรักษาด้วยยา dapsone (DDS) ติดตามน้ำหนักตัว 1 – 2 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม rifampicin (RFM) ติดตามน้ำหนักตัว 10 – 20 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม และ clofazimine ติดตามอายุกลุ่มอายุดังนี้

**กลุ่มอายุ 0 – 5 ปี**

ยากินเดือนละครั้ง 100 มิลลิกรัม

ยากินทุกวัน 50 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

#### กลุ่มอายุ 6 – 14 ปี

ยากินเดือนละครั้ง 150 – 200 มิลลิกรัม

ยากินทุกวัน 50 มิลลิกรัม สัปดาห์ละสามครั้ง

#### 4.4.2 อาการแสดงของการแพ้ยารักษาโรคเรื้อน

อาการที่แสดงว่าผู้ป่วยอาจแพ้ยารักษาโรคเรื้อน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา, 2547)

##### 1) Dapsone

ผื่นผิวหนังแดง ลอก

ตัวเหลือง ตาเหลือง

ตรวจเลือดพบว่ามีเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติ

##### 2) Rifampicin

ตัวเหลือง ตาเหลือง

อาจพบอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

##### 3) Clofazimine

อาการข้างเคียงของ clofazimine คือ จะทำให้เกิด discoloration ของผิวหนัง สีผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลแกมแดง โดยเฉพาะบริเวณที่เปิดเผยและถูกแดด อาจมีผื่นแห้งร่วมด้วย อย่างไรก็ตามผิวที่สีเข้มขึ้นนี้จะกลับเป็นปกติหลังหยุดยาแล้วระยะหนึ่ง อาการข้างเคียงอื่นๆคือ อาการทางระบบทางเดินอาหารในรายที่ได้รับขนาดสูงๆ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2546)

### 3.5 การป้องกันโรค

โรคเรื้อนเป็นโรคที่มีทางรักษาให้หายขาดได้ และถ้าได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจะสามารถป้องกันมิให้เกิดความพิการได้ การป้องกันโรคเรื้อนในผู้สัมผัสโรค รวมทั้งประชาชนทั่วไป สามารถทำได้ดังนี้

3.5.1 อย่าอยู่ใกล้ชิดหรือคลุกคลีกับผู้ป่วยระยะติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีเด็กอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย ควรแยกเด็กออกจากหาก อย่าให้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จนพ้นระยะติดโรค (ตรวจไม่พบเชื้อบนผิวหนังของผู้ป่วย)

3.5.2 อย่าใช้เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว และของใช้ร่วมกับผู้ป่วย

3.5.3 หมั่นตรวจดูอาการทางผิวหนังของสมาชิกทุกคนในครอบครัวของผู้ป่วย ถ้ามีอาการน่าสงสัยควรรีบไปตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข

3.5.4 รักษาความสะอาดของร่างกาย เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัย

### 3.6 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน

การปฏิบัติตัวต่างๆไปในผู้ป่วยโรคเรื้อนมีหลักปฏิบัติ (เนตรนภา กุ่มพันธ์, 2534) ดังนี้

3.6.1 กินยาอย่างสม่ำเสมอ ควรกินยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำ อย่าหยุดยาเองจนกว่าแพทย์จะบอกให้เลิก

3.6.2 รับการรักษาจากเจ้าหน้าที่ ตามวันเวลา และสถานที่ที่กำหนด

3.6.3 ถ้าหากมีอาการแทรกซ้อนหรือผิดปกติ เช่น เป็นไข้ปวดเมื่อยตัวและกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดเส้นประสาท มีตุ่มหรือผื่นแดงใหม่ตามร่างกายมากขึ้น หรือเกิดแผ่นนูนแดง บวมอักเสบร้อน เป็นแผลอักเสบที่มีมือและเท้า ตามัวหรือปวดลูกนัยน์ตา ปัสสาวะสีแดงขุ่น ตลอดจนอาการผิดปกติอื่นๆ ให้รีบปรึกษาเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ทันที

3.6.4 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อ ผัก ไข่ ผลไม้ ไม่ควรดื่มสุรา และสิ่งเสพติด เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีภูมิต้านทาน

3.6.5 ถ้ามีอาการชาของมือเท้า ควรระวังอย่าถูกของร้อน (เช่น บุหรี่ เต้าไฟ น้ำร้อน) หรือของมีคม ควรใช้ผ้าพันมือเวลาทำงานและสวมรองเท้าเวลาออกนอกบ้าน ถ้ามีบาดแผลเกิดขึ้น ควรรักษาโดยเร็ว อย่าปล่อยให้ลุกลามจนพิการ

3.6.6 ผู้ป่วยควรนอนแยกต่างหากจากคนอื่น และอย่าใช้เสื้อผ้า และของใช้ร่วมกับผู้อื่น

3.6.7 รักษาความสะอาดของร่างกาย เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัย (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2550)

## 4. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของชาวไทยมุสลิม

ชาวไทยมุสลิม คือ ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งหมายถึงผู้ที่น้อมรับและยอมจำนนต่อพระองค์อัลลอฮ์เจ้าเพียงองค์เดียว (มยุรา วงษ์สันต์, 2546) จะมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติทางจริยธรรมของศาสนาอิสลาม ซึ่งได้บัญญัติไว้ในคัมภีร์อัลกุรอาน อันเป็นตัวกำหนดวิถีการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิม

#### 4.1 หลักความศรัทธาและหลักปฏิบัติ

เสาวนีย์ จิตต์หมวด (2535) ได้รวบรวมและอธิบายเพื่อให้เข้าใจถึงหลักมุสลิมที่  
ต้องยึดถือ 2 ประการดังนี้ คือ

##### 4.1.1 หลักความศรัทธา (รูกนอิหมาน) มีอยู่ 6 ประการ ได้แก่

ประการที่หนึ่งศรัทธาในอัลลอฮ์ เชื่อว่า อัลลอฮ์ เป็นพระเจ้าสูงสุดผู้เดียว  
ทรงมีอำนาจเหนือทุกสิ่ง เป็นผู้รอบรู้ เป็นผู้สร้าง และพิทักษ์รักษาสิ่งทั้งปวง เชื่อว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่  
พระองค์สร้างขึ้น จึงไม่มีอำนาจใดๆทั้งสิ้น ต้องทำตัวให้อัลลอฮ์โปรดปราน เพื่ออัลลอฮ์จะได้ชี้ทาง  
นำไปสู่สวรรค์ในวันปรโลก

ประการที่สองศรัทธาในมะลาอิกะฮ์ มะลาอิกะฮ์ เป็นบ่าวของพระเจ้า  
ประเภทหนึ่ง มีคุณสมบัติแตกต่างไปจากมนุษย์ เช่น ไม่กิน ไม่ดื่ม ไม่นอน ไม่มีเพศ ไม่กระทำการใดๆ  
ตามอารมณ์ชอบ มนุษย์ไม่ทราบรูปร่างที่แท้จริง คือ ไม่อาจเห็นตัวตนได้ แต่มะลาอิกะฮ์สามารถ  
แปลงรูปร่างเป็นต่างๆได้ตามบัญชาของพระเจ้า ผู้ใดเป็นมุสลิมได้สมบูรณ์ จะต้องศรัทธาว่ามะลาอิกะฮ์  
กะฮ์มีจริง ซึ่งที่จริงแล้วการศรัทธาในข้อนี้ก็เป็ผลดีแก่มนุษย์ผู้มีความศรัทธาเองที่จะทำให้เขาทำ  
แต่ความดี ละเว้นความชั่ว เพราะแต่ละคนจะมีมะลาอิกะฮ์ คอยบันทึกความดีความชั่วอยู่ตลอดเวลา

ประการที่สามศรัทธาในคัมภีร์ของอัลลอฮ์ ถือว่าข้อความในคัมภีร์เหล่านั้น  
เป็นวจนะของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าแต่เพียงผู้เดียว อัลลอฮ์ทรงประทานคัมภีร์ต่างๆโดยผ่านศาสดา เพื่อ  
นำมาเผยแผ่แก่มนุษย์ทั้งหลาย องค์การต่างๆจะมีมะลาอิกะฮ์นำมาให้หรือเกิดจากการที่รอซูลได้รับ  
การดลใจ คัมภีร์ต่างๆเหล่านี้ ประมวลถึงหลักบัญญัติต่างๆของอัลลอฮ์ เพื่อให้มนุษย์ทั้งหลายได้  
ปฏิบัติเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต

ประการที่สี่ศรัทธาในศาสนทูตของอัลลอฮ์ มุสลิมจะต้องศรัทธาว่าพระเจ้า  
ทรงคัดเลือกบุคคลให้หม่อมมนุษย์ชาติ ให้เป็นผู้สื่อสารนำบทบัญญัติของพระองค์มาสั่งสอนแก่มวล  
มนุษย์ชาติทุกยุคทุกสมัย

ประการที่ห้าศรัทธาในวันพิพากษา มุสลิมต้องศรัทธาว่าโลกนี้เป็นโลกแห่ง  
การทดลอง เป็นโลกที่ไม่จริง จะต้องมียวันแตกสลาย ซึ่งวันนั้นเรียกว่า วันกิยามะห์ หรือวันแห่งการ  
พิพากษา เป็นวันที่ทุกชีวิตจะบังเกิดขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง เพื่อถูกชำระการงานที่เขาได้ประกอบไว้ใน  
โลกนี้ ผู้ใดที่ศรัทธาและประกอบกรดี จะได้รับการพิพากษาให้อยู่ในสวรรค์ แต่สำหรับผู้ที่ทำชั่ว  
หรือทำบาปจะได้ไปอยู่ในนรก กิยามะห์ หรือปรโลก เป็นวันที่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ไม่มีวันที่จะถึงซึ่ง  
การอวสาน มนุษย์ และสรรพสิ่งทั้งหลายเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะคงอยู่ตลอดไปชั่วนิรันดร์ ซึ่งเรียกว่าโลก  
อาคีรัต

ประการที่หกศรัทธาในการกำหนดสภาวะต่างๆของสรรพสิ่ง และสรรพสัตว์โดยอัลลอฮ์ การกำหนดสภาวะมี 3 ประการ ดังนี้ คือ

- 1) สภาวะที่ตายตัวแน่นอน ไม่มีผู้ใดเปลี่ยนแปลงได้นอกจากอัลลอฮ์ เช่น การเกิด การตาย ของสิ่งมีชีวิต การ โคจรของดวงอาทิตย์ การแปรปรวนของดินฟ้าอากาศ เป็นต้น
- 2) สภาวะที่เกี่ยวกับมนุษย์ เช่น ถิ่นกำเนิด
- 3) สภาวะที่สามารถแก้ไข เปลี่ยนแปลงได้ด้วยการกำหนดสภาวะอีกประการหนึ่ง เช่น ความหิว จะแก้ด้วยการรับประทานอาหาร ความกระหาย แก้ด้วยการดื่มน้ำ

#### 4.1.2 หลักปฏิบัติ (รูกนอิสลาม) ประกอบด้วยหลักปฏิบัติ 5 ประการ ได้แก่

1) การปฏิญาณตน คือ กล่าวคำปฏิญาณว่า “ข้าพเจ้าขอปฏิญาณว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และแท้จริงนบีมุฮัมมัดเป็นศาสนทูตของพระองค์”

2) การละหมาดหรือนมาซ เป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงความภักดีต่อพระองค์อัลลอฮ์ มุสลิมทุกคนเมื่ออายุเข้าจิตใจที่รู้จักรับผิดชอบได้แล้ว คืออายุประมาณ 15 ปี ต้องทำละหมาดวันละ 5 เวลา คือ เช้าตรู่ บ่าย เย็น พลบค่ำ และเวลากลางคืน การละหมาดเป็นการขัดเกลาจิตใจให้สะอาดบริสุทธิ์อยู่ตลอดเวลา เป็นการสำรวมจิตใจให้มีสมาธิ มีความสงบ หนักแน่น อุดม การละหมาดเปรียบได้กับเสาเอกของอัล-อิสลาม ซึ่งจะนำพามุสลิมให้มีความสุขทางจิตใจในโลกนี้ และจะเป็นกุญแจสำหรับสรวงสวรรค์ในโลกหน้า ฉะนั้นผู้ที่ละทิ้งการละหมาด ถือได้ว่าผู้นั้นไม่ใช่มุสลิม การละหมาดจึงมีความสำคัญมาก ละเว้นไม่ได้ ไม่ว่าจะยามปกติ หรือเจ็บป่วย ยกเว้นหญิงคลอดบุตรหรือกำลังมีประจำเดือน

3) มุสลิมจะต้องถือศีลอด หรือบวชทุกปี มุสลิมที่บรรลุนิติภาวะแล้วมีอายุ 15 ปี จะต้องถือบวชทุกปี ปีละ 1 เดือน คือ ในเดือนรอมฎอน อันเป็นเดือนที่ 9 แห่งปีในศาสนาอิสลาม การถือศีลอดเป็นการฝึกฝนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของมุสลิม ให้มีความหนักแน่น อุดม ให้ทุกคนได้รู้รสชาติของความหิวโหยว่าเป็นเช่นไร เพื่อจะได้เห็นอกเห็นใจคนจน และจะได้มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันต่อไป มุสลิมจะงดเว้นการบริโภคอาหาร และดื่มน้ำ งดการประพฤติก่ออาชญากรรมฝ่ายต่ำที่ต้องห้ามในช่วงรุ่งอรุณเรื่อยไปจนกระทั่งตะวันตกลับฟ้า การถือศีลอดอาจงดเว้นได้ในบุคคลต่อไปนี้

- คนชรา
- คนป่วยเรื้อรังที่แพทย์วินิจฉัยว่ารักษาไม่หายหรือสุขภาพไม่ปกติ หากถือศีลอดจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- หญิงมีครรภ์ และหญิงหลังคลอดที่เลี้ยงทารกด้วยนมมารดา
- บุคคลทำงานหนัก เช่น กรรมกรแบกหาม



- บุคคลที่อยู่ในระหว่างการเดินทาง ซึ่งเป็นการลำบากในการถือศีลอด
- หญิงมีประจำเดือน

บุคคลเหล่านี้ เมื่อพ้นจากภาวะความจำเป็นต่างๆดังกล่าวแล้ว ให้ถือศีลอดชดเชยตามจำนวนวันที่ขาด ในช่วงระยะ 11 เดือน ก่อนที่เดือนรอมฎอนของปีใหม่จะมาถึง ยกเว้นผู้ที่ถือศีลอดโดยลำบาก เช่น คนชรา คนทำงานหนักทั้งปี แม่นม ฯลฯ ให้บริจาครอาหารแก่คนยากจน 1 คน ในวันที่ขาด โดยอาหารนั้นต้องเหมือนกับที่ตนรับประทาน

4) ต้องบำเพ็ญทาน ซึ่งเรียกว่า ซะกาต (zakart) เป็นข้อบัญญัติหนึ่งของศาสนาที่ถือเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่มีทรัพย์สิน จะต้องสละทรัพย์สินบางส่วนให้แก่ผู้รับ โดยไม่มีเงื่อนไขผูกมัดผู้รับแต่อย่างใด

5) การเดินทางไปสักการบูชาศาสนสถานศักดิ์สิทธิ์ที่เมกกะ หรือที่เรียกว่า การฮัจย์ ซึ่งการประกอบพิธีฮัจย์ กระทำกันเพียงปีละ 1 ครั้ง ในเดือนที่ 12 แห่งอิสลาม

#### 4.2 วัฒนธรรมประเพณีที่มีในเฉพาะท้องถิ่น

ชาวมุสลิมยังมีวัฒนธรรม ประเพณี อื่นๆที่ปฏิบัติ ที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงสภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่เกี่ยวข้องกับหลักการปฏิบัติที่กำหนดไว้ในศาสนบัญญัติ และการปฏิบัติที่มีในเฉพาะท้องถิ่น เช่น

##### 4.2.1 ภาษา

มุสลิมพูดภาษามลายูในชีวิตประจำวัน เนื่องจากในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีอาณาเขตติดต่อกับรัฐทางตอนเหนือของประเทศมาเลเซีย วัฒนธรรมทางภาษาของมาเลเซียจึงถ่ายทอดไปมากันทั้ง 3 จังหวัด (ยกเว้นสตูล) ได้มาก ประกอบกับมุสลิมศึกษาศาสนาอิสลามจากภาษามลายู ซึ่งมีตัวอักษร 2 อย่าง คือ ภาษาอาวี (Jawi) และอักษรรูมี (Rumi) มุสลิมจึงใกล้ชิดกับภาษามลายูมาก และนำไปใช้ติดต่อกันในชีวิตประจำวันอีกด้วย ส่วนภาษาไทยนั้นพูดน้อย เพราะไม่จำเป็นเนื่องจากเป็นชุมชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ ในชีวิตประจำวันจึงไม่ค่อยมีโอกาสได้ใช้ภาษาไทย ทำให้ขาดความชำนาญ พูดได้ไม่ถนัดเหมือนภาษามลายู (กิตติ รัตนฉายา, 2533: 35) โดยเฉพาะในเขตชนบท ประชาชนที่เป็นคนรุ่นเก่ามักจะไม่สามารถพูดหรือฟังภาษาไทยได้ ทำให้เป็นอุปสรรคในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกชุมชนและกับทางราชการ รวมทั้งทำให้มีปัญหาในการให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ในเรื่องต่างๆแก่ชุมชน

##### 4.2.2 การแสดงความเคารพ

ศาสนาอิสลามได้บัญญัติให้ชาวมุสลิมแสดงความเคารพต่อพระอัลลอฮ์องค์เดียวเท่านั้นด้วยวิธีการ 2 อย่าง คือ

รูกุห้อ ได้แก่การโค้งก่ายส่วนบนทำมุมกับส่วนล่างประมาณ 90 องศา  
 สูยุด ได้แก่การกราบลงกับพื้นแบบสับดางคประดิษฐ์ โดยให้อวัยวะ 7  
 ส่วน มีหน้าผาก ฝ่ามือ 2 ข้าง เข่า 2 ข้าง และปลายเท้า 2 ข้าง แตะลงกับพื้น

สำหรับชาวไทยมุสลิมจะทำความเคารพซึ่งกันและกัน โดยการสัมผัสมือ  
 และยกมือมาลูบใบหน้าของตนเอง (ซาปะซาแล) สำหรับผู้หญิงก่อนสัมผัสมือกับผู้ชายต้องใช้ผ้า  
 รองมือเสียบก่อน (สำนักงานจังหวัดยะลา, 2529) ส่วนบุคคลอื่นๆใช้การไหว้หรือจับมือกัน

#### 4.2.3 การแต่งกาย

ชาวไทยมุสลิมมีการแต่งกายที่แตกต่างไปจากประชาชนส่วนอื่นของ  
 ประเทศไทย เพราะจะต้องแต่งกายตามหลักเกณฑ์ที่ศาสนากำหนดไว้ คือ ปกปิดอวัยวะต่างๆไม่ให้  
 คนอื่นเห็น มุสลิมส่วนใหญ่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้นิยมแต่งกายดังนี้

ชาย นิยมนุ่งโสร่งปาปลักัด สวมเสื้อแขนยาว สวมหมวกหรือผ้าโพกศีรษะ  
 ถ้าเป็นงานที่มีเกียรติจะสวมกางเกงขาวนุ่งโสร่งทับไว้ครึ่งตัว การสวมหมวกหรือผ้าโพกศีรษะเป็น  
 ประเพณีของจังหวัดชายแดนภาคใต้มานานแล้ว และจะไม่ถอดเมื่อเข้าไปในสถานที่ต่างๆ หมวก  
 ของมุสลิมมี 2 สี หมวกสีดำเรียกว่า ซอกะฮะ ผู้ที่เป็นมุสลิมสวมโดยทั่วไป ส่วนหมวกขาวเป็น  
 สัญลักษณ์ของศาสนาโดยตรง ผู้สวมหมวกนี้คือฮัจยีหรือหะยี หรือผู้ศึกษาวิชาศาสนาอิสลาม  
 (จจัดภัย บุษย์พัฒน์, 2519: 154)

ผู้หญิง ให้ปกปิดร่างกายให้มิดชิดทั่วร่างกาย เว้นใบหน้าและฝ่ามือในเวลา  
 ที่ออกไปนอกบ้าน หรือเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้ที่ศาสนาอนุญาตให้แต่งงานกันได้ ในบางกรณีอาจปกปิด  
 ทั่วร่างกายรวมถึงใบหน้าและมือด้วย เนื้อผ้าที่สวมใส่จะต้องไม่บางจนเห็นเนื้อและไม่โปร่งใส เป็น  
 เนื้อผ้าที่หลวมและกว้าง ไม่รัดรูปจนมองเห็นสัดส่วน ไม่เป็นเสื้อผ้าที่มีสีฉูดฉาด ไม่เป็นรูปแบบที่  
 ดึงดูดความสนใจเพื่อช่วยวนเพศตรงข้าม (มยุรา วงษ์สันต์, 2546)

#### 4.2.4 การแต่งงาน

การแต่งงานของมุสลิมจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของศาสนา ต้องอยู่  
 ภายใต้ความเห็นชอบของผู้ปกครอง ได้แก่ บิดา มารดา ญาติผู้ใหญ่ หรือคาโต๊ะยุติธรรม และพิธี  
 แต่งงานจะต้องมีหลัก 5 ประการถึงจะเรียกว่าถูกต้องและสมบูรณ์ตามหลักศาสนา คือ 1.ต้องเป็น  
 มุสลิม 2.มีหญิงหรือชายที่จะต้องทำการแต่งงาน 3.ฝ่ายหญิงมีผู้ปกครอง 4.มีการกล่าวบอกรับและกล่าว  
 รับ 5.มีพยานอย่างน้อย 2 คน หญิงมุสลิมมักจะแต่งงานเมื่ออายุอย่างน้อย คือ 13 ปีขึ้นไป หญิงหม้าย  
 แต่งงานใหม่ได้โดยไม่มีใครรังเกียจ ชายที่แต่งงานกับหญิงหม้ายถูกจัดถือว่าได้บุญ โดยเฉพาะหญิง  
 หม้ายที่สามีตายในสนามรบ และตามบทบัญญัติของคัมภีร์อัลกุรอานอนุญาตให้ชายมีภรรยาพร้อมๆ  
 กันจำนวน 4 คน แต่จะต้องสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้ คือ ต้องมีกำลังทรัพย์สามารถเลี้ยง

### 4.3 การดูแลสุขภาพ

ในทัศนะของอิสลาม โรคภัยไข้เจ็บอันเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิตมนุษย์อย่างหนึ่งนั้น ไม่ได้เป็นเคราะห์กรรมหรือความโชคร้าย แต่เป็นพระประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า ด้วยความเมตตาของพระองค์ เป็นเสมือนสิ่งทดสอบความศรัทธา ความยำเกรง ความหนักแน่นอดทน ซึ่งหากมนุษย์ตระหนักในความจริงข้อนี้และสามารถต่อสู้กับความทุกข์ทรมานจากโรคภัยไข้เจ็บนั้นได้ด้วยความอดทนเข้มแข็ง ด้วยความยำเกรง และด้วยความจำนนต่อพระผู้เป็นเจ้าแล้ว ความเจ็บป่วยนั้นย่อมไม่ใช่สิ่งสูญเปล่า หากแต่จะได้รับการตอบแทนอย่างอเนกอนันต์ทั้งในโลกนี้และโลกหน้า (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535) และเมื่อมุสลิมประสบปัญหาความเจ็บป่วย จะต้องยอมรับและปฏิบัติตามสิ่งที่อิสลามบัญญัติไว้ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และความเจ็บป่วย (สำนักงานสาธารณสุข 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้, 2548) ดังนี้

#### 4.3.1 ให้รับบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย

การบำบัดรักษาเป็นหน้าที่และจำเป็นสำหรับมนุษย์ที่เจ็บป่วย โดยวิธีการรักษาต้องไม่ขัดกับหลักศาสนา เช่น การตั้งภาคี การใช้สุราหรือยาต้องเหี้ยม เป็นต้น ส่วนการหายขึ้นกับพระองค์อัลลอฮ์เท่านั้น มุสลิมจึงต้องวิงวอนและศรัทธาต่อพระเจ้า ต้องมีความอดทน มีความเชื่อมั่น มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีกำลังใจ มีความหวัง ในความเมตตาของพระองค์อัลลอฮ์ เพราะทุกโรคมียารักษา พร้อมกันนั้นก็จะไม่เสียใจหรือผิดหวัง ท้อแท้หากการบำบัดนั้นไม่ได้ผล เพราะทุกอย่างเกิดจากพระประสงค์ของอัลลอฮ์ ซึ่งพระองค์อาจจะให้อะไรมากกว่าการหายของโรคหรือการหายจากโรคอาจทำให้เกิดผลเสียอื่นกับบ่าวของพระองค์ก็ได้

#### 4.3.2 ความเจ็บป่วยเป็นการทดสอบ

ความเจ็บป่วยเป็นการทดสอบอย่างหนึ่งจากอัลลอฮ์ เป็นการทดสอบถึงความอดทนในการบำบัดรักษา ทดสอบถึงระดับความศรัทธาที่มีอยู่ ผู้ป่วยที่เข้าใจและมีความศรัทธาจะมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ และจะวิงวอนขอพรจากอัลลอฮ์ให้หายจากโรค ถ้าหากผู้ป่วยไม่มีความเชื่อหรือเข้าใจเรื่องนี้ จิตวิญญาณของผู้ป่วยก็จะอ่อนแอ ท้อแท้ ไม่มีพลังต่อสู้ เกิดความเครียดส่งผลต่อโรคทางกายที่มีอยู่ หรือมีโรคใหม่แทรกซ้อนขึ้นมาได้

#### 4.3.3 ความเจ็บป่วยเป็นการลงโทษจากอัลลอฮ์

สำหรับผู้ที่ยึดถือหรือฝืนบทบัญญัติของอัลลอฮ์ จะถือเป็นการลงโทษ เพื่อให้สำนึกตัวและกลับเป็นคนที่เชื่อและศรัทธาในพระเจ้าต่อไป

#### 4.3.4 ความเจ็บป่วยถือเป็นความเมตตา

ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ใกล้เคียงกับความตาย ดังนั้นเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่ยึดติดกับวัตถุหรือทรัพย์สินสมบัติ เป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้หันกลับมามองตัวเอง พิจารณาถึงสิ่งที่ผ่านมา ขออภัยโทษในความผิดบาปที่ผ่านมา ได้ปรับปรุงตัวเองก่อนที่ความตายจะมาถึง ซึ่งไม่อาจแก้ไขได้แล้ว ดังนั้นความเจ็บป่วยจึงถือเป็นความเมตตาของอัลลอฮ์ที่มีต่อมนุษย์

#### 4.3.5 อย่าสิ้นหวังหรือท้อแท้

อิสลามสอนให้ทุกคนมีจิตใจที่เข้มแข็งในการเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ อย่าท้อแท้หรือสิ้นหวังในความเมตตาของอัลลอฮ์ อิสลามห้ามการทำร้ายตัวเองทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ร่างกายเป็นสิ่งที่อัลลอฮ์ให้มาดูแลรักษา ดังนั้นการฆ่าตัวตาย (Suicide) จึงถือเป็นบาปอย่างยิ่ง ผู้ป่วยมุสลิมที่มีอาการซึมเศร้า จึงไม่ค่อยพบว่ามีกรณีฆ่าตัวตาย เนื่องจากยังมีภาวะทางจิตวิญญาณที่ยังแข็งแรงอยู่

ดังนั้น ชาวไทยมุสลิม จะปฏิบัติตามหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอย่างเคร่งครัด ซึ่งในหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามจะมีที่มาจากคัมภีร์อัลกุรอานและอัลหะดีษของท่านศาสดามุฮัมมัด (ศอลฯ) เป็นแนวทางปฏิบัติ จะเป็นตัวกำหนดทุกอย่างในการดำรงชีวิตของมุสลิม ไม่ว่าจะเป็นวิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม กฎหมาย ดาราศาสตร์ รวมทั้งการดูแลสุขภาพ ซึ่งชาวไทยจะต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เช่น การละหมาด ในหนึ่งวันจะต้องทำการละหมาด 5 ครั้ง ก่อนทำการละหมาดจะต้องอาบน้ำละหมาด โดยเป็นการทำความสะอาดส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ได้ และเมื่อเกิดอาการไม่สบายกายหรือใจ หากได้ระลึกถึงอำนาจของอัลลอฮ์ หรืออีกนัยหนึ่งคือ การว่าคาถาวิงวอนด้วยความบริสุทธิ์ใจ จะสามารถช่วยเปลี่ยนแปลงกำหนดการณ์ต่างๆ ที่ทรงกำหนดได้ และการระลึกถึงอัลลอฮ์จะทำให้เพิ่มความเมตตา และหายจากความไม่สบายหรือเจ็บป่วยได้ การดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจของมุสลิม จะเน้นการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การให้การสนับสนุนจากบุคคลแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ความเครียดวิตกกังวลลดลง รู้สึกผ่อนคลายและเกิดกำลังใจที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มานี ซูไทย (2544) ได้ศึกษาเรื่องหลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ และการสาธารณสุข โดยศึกษาจากพระคัมภีร์อัลกุรอาน อัลหะดีษ ได้สรุปผลการค้นคว้าดังนี้

1) ความสะอาด หมายถึงความสะอาดและไร้มลทินจากสิ่งสกปรกทั้งหลาย ซึ่งความสะอาดเป็นหลักการของอิสลาม สิ่งที่ใช้ทำความสะอาดคือ น้ำ หรือหิน หรือดินก็ได้ หรือฝุ่นทรายที่สะอาด ความสะอาดในแง่ศาสนกิจได้แบ่งความสะอาดเป็น 2 ประการ คือ ประการที่หนึ่งคือ การทำความสะอาดร่างกาย ได้แก่ การตัดเล็บให้สั้น การล้างรอยพับที่ข้อมือและซอกนิ้วให้สะอาด และประการที่สองคือ การทำความสะอาดเสื้อผ้าและร่างกาย ในการทำความสะอาดเสื้อผ้าให้ขยับและซักด้วยน้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง รวมทั้งการทำความสะอาดบ้านและบริเวณบ้าน

2) สุขภาพส่วนบุคคล ประกอบด้วยการรักษาสุขภาพและการดูแล้วยะต่างๆ เช่น ฟัน ต้องดูแลปากและฟันให้สะอาดด้วยการบ้วนปากและแปรงฟัน ผมและเครา ให้ปล่อยผมไว้ทั้งหมดหรือโกนทั้งหมดก็ได้ รวมทั้งการดูแลรักษาสุขภาพของหน้า มือ เท้า อวัยวะเพศ และทวารหนัก

3) การแต่งกาย ให้สวมเสื้อผ้าหรือเครื่องแต่งกายที่สะอาด ปกปิดสิ่งพึงสงวน

4) การรักษาพยาบาลและการปฐมพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยให้รับการรักษาจากแพทย์หรือผู้มีความรู้เรื่องการรักษาโรค ไม่ให้ไปรับการรักษาโดยการใช้น้ำมันต์คาธา

5) การบริโภคอาหาร ควรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและมีประโยชน์ต่อสุขภาพ และมีข้อห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ที่ตายเอง ห้ามรับประทานเนื้อสุกรเพราะถือว่าสกปรก ห้ามกินสัตว์ที่ถูกเชือดโดยไม่ได้ออกนามของพระอัลลอฮ์ เป็นต้น

6) อนามัยสิ่งแวดล้อม และนิเวศวิทยา โดยรักษาสีสิ่งแวดล้อมให้มีคุณภาพที่เหมาะสม เกื้อกูล และไม่เป็นภัยต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เช่น การสุขาภิบาลน้ำ การกำจัดขยะมูลฝอย การกำจัดอุจจาระ และสิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร การควบคุมแมลง สัตว์นำโรค และสัตว์ร้าย

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กฤษฎา มโหทาน และคณะ (2547) ได้ศึกษาการยอมรับยาเพื่อป้องกันโรคเรื้อนในผู้สัมผัสโรคในชุมชนที่มีความเสี่ยงการติดเชื้อโรคเรื้อนสูง โดยการสนทนากลุ่มในกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วย เพื่อนบ้านผู้ป่วย และผู้นำชุมชน ของพื้นที่หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 9 ตำบลบ้านยาง อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าการเกิดโรคในอดีตมีการกระจุกตัวรอบๆบ้านผู้ป่วยเริ่มแรก(index case) ซึ่งพออธิบายได้จากโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยที่ปรากฏอาการแล้ว แต่ยังไม่ได้รับการรักษาและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างเป็นประจำ ส่งผลให้มีการแพร่และติดโรคเรื้อนทำให้สามารถกำหนดกลุ่มที่ควรได้รับยาเคมีป้องกันโรคเรื้อนได้ชัดเจนขึ้น ส่วนความคิดเห็นการยอมรับการกินยาป้องกันโรคเรื้อนของหัวหน้าครอบครัวหรือ



พิชิต รัตนวงศ์ (2549) ได้ศึกษาการประเมินผลความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตน และช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคเรื้อนของประชาชนของจังหวัดนราธิวาส จัดเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง ที่อาศัยในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่ในทะเบียนรักษา ได้แก่ พื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ในรอบ 5 ปี พื้นที่ที่มีผู้ป่วยใหม่เป็นเด็ก พื้นที่ที่มีผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2548 เป็นการเก็บข้อมูลแบบบังเอิญ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งจัดเก็บตัวอย่างครอบครัวละ 1 คน ใน 13 อำเภอๆละ 50 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 650 คน พบว่า ระดับความรู้ เกี่ยวกับโรคเรื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีความรู้โรคเรื้อนอยู่ในระดับต่ำ และมีความเชื่ออยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสมซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมป้องกันโรคเรื้อน ในอนาคต เนื่องจากชุมชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเรื้อนที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ทำให้ไม่เกิดความตระหนักต่อการเข้ารับการรักษาวินิจฉัยและรักษาแต่เนิ่นๆ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยใหม่มีความพิการได้มากขึ้น

วิระศักดิ์ คงสืบชาติ และคณะ (2540) ได้สำรวจปัจจัยและพฤติกรรมการรักษาโรคเรื้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อน กรณีศึกษาอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อน มีความรู้เรื่องโรคเรื้อนอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ แต่มีเจตคติเกี่ยวกับโรคเรื้อนอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.7 มีความเข้าใจผิดคิดว่าโรคเรื้อนเกิดจากเลือดลมไม่ดี มีส่วนน้อย (ร้อยละ 14.3) เชื่อว่าโรคเรื้อนเกิดจากกรรมพันธุ์ และมีความรู้เรื่องอาการของโรคเรื้อนไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 71.4) และมีความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อโรคเรื้อนไม่ถูกต้อง

ไพศาล ไกรรัตน์ และคณะ (2548) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองขณะเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาสตัวโรค อำเภอศรีวิไล จังหวัดหนองคาย พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาสตัวโรค ส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร การป้องกันการติดเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับญาติหรือผู้ดูแลหรือการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว พบว่ายังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น การดูแลผู้ป่วยขณะไอจาม การกำจัดขยะติดเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

นริสา ศรีชาลัย (2540) ได้ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนครพนมและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 260 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.9 รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น แต่มีเพียง

## 6. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงสรุปเป็นแนวความคิดในการศึกษาได้ดังนี้

### แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

#### ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อน

- พยาธิสภาพ และการเกิดโรค
- อาการที่สงสัยจะเป็นโรค
- การติดต่อ
- การรักษาและระยะเวลา
- การป้องกันและเฝ้าระวัง

#### การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

- การแสวงหาการรักษา
- การรับประทานยา
- การดูแลสุขภาพ
- การรักษาความสะอาดของร่างกาย
- การใช้เสื้อผ้า
- การป้องกันการติดต่อ

#### การปฏิบัติตัวของผู้สัมผัสโรค

- การป้องกันการติดต่อจากการสัมผัสโรค
- การดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว