

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ : ผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์

A literature systematic review: the effects of stigma on people affected by leprosy, tuberculosis and HIV/AIDS

ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ ปร.ด.

(สังคมศาสตร์สาธารณสุข)

Silatham Sermrittirong Ph.D.

(Health Social Science)

พจนา ธัญญกิตติกุล ศศ.ม.

(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

Pojana Thanyakittikul M.A.

(Medical and Health Social Science)

ชุติวัลย์ พลเดช พย.ม.

(บริหารการพยาบาล)

Shutiwan Poladech M.N.S.

(Nursing Administration)

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Raj Pracha Samasai Institute,

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์ และต่อต้านป้องกันควบคุมโรค โดยการทบทวนวรรณกรรม เจาะจงเลือกเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ โรคเรื้อน/วัณโรค/เอชไอวี และ (ความล่าช้า หรือการตีตรา หรือการรักษา หรือสุขภาพจิต หรือผลกระทบ) ตีพิมพ์หลัง พ.ศ. 2543 หรือ ค.ศ. 2000 หลังจากการสืบค้น พบเอกสารงานวิจัยจำนวน 54 เรื่อง ที่ทำการวิเคราะห์เนื้อหาแล้วพบว่า การตีตราส่งผลให้ผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์ รักษาช้า ขาดการรักษา ปกปิดโรค มีปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาชีวิตคู่ และปัญหาในการประกอบอาชีพ อันขัดขวางความสำเร็จในงานป้องกันควบคุมโรคในภาพรวม ผู้วิจัยเสนอให้การลดการตีตรา เป็นยุทธศาสตร์หลักในแผนยุทธศาสตร์ป้องกันควบคุมโรคเรื้อน วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ ที่นำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและติดตามผลอย่างจริงจัง เสนอให้มีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับ (1) สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการตีตราในโรคเรื้อน วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ (2) สาเหตุและปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการตีตรา ที่มีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อผู้เป็นโรค/ผู้ติดเชื้อ ตลอดจนงานป้องกันควบคุมโรคดังกล่าว (3) โครงการหรือกิจกรรมลดการตีตราที่ได้มีการดำเนินการในอดีต เสนอให้โครงการลดการตีตราในอนาคต เป็นโครงการที่ออกแบบให้เหมาะกับบริบทและกลุ่มเป้าหมาย และเสนอให้มีการบูรณาการโครงการลดการตีตราในวัณโรคและเอชไอวี/เอดส์

Abstract

This systematic literature review was conducted to investigate the effects of stigma on people affected by leprosy, tuberculosis and HIV/AIDS including the effects on the prevention and control of the diseases. Research articles on leprosy/tuberculosis/HIV and (delay or stigma or treatment or mental health or impact) published after the year 2000 were purposively selected. In the search, 54 articles fit with the

pre-set criteria were included in the content analysis process. It was found that stigma negatively impacted people affected by leprosy, tuberculosis and HIV/AIDS resulting in delayed treatment, non-adherence, non-disclosure of disease status, mental health problems, and disruptive marriage life and occupation. These consequences hindered the success of the prevention and control program. Stigma reduction was suggested to be one of the key strategies of the national strategic plan that practically implemented under seriously monitoring process. Further study was suggested to be conducted focusing on the causes and determinants of stigma towards leprosy, tuberculosis and HIV/AIDS; other causes than stigma that impact affected people, the prevention and control program in either positive or negative way; and de-stigmatizing interventions implemented to date. Future de-stigmatizing interventions should be performed in tailor made manner. Integration between de-stigmatizing intervention of tuberculosis and HIV/AIDS was also suggested.

คำสำคัญ

โรคเรื้อน, วัณโรค, เอชไอวี/เอดส์, การตีตรา

Key words

leprosy, tuberculosis, HIV/AIDS, stigma

บทนำ

โรคเรื้อน วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ เป็นโรคติดต่อที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรค/ผู้ติดเชื้อ ประสบปัญหาทางกาย สังคมและเศรษฐกิจ ในบรรดาโรคติดต่อทั้งหมด วัณโรคและโรคเอดส์ เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของประชากรโลก⁽¹⁾ โรคเรื้อนไม่ใช่สาเหตุการตายที่สำคัญ แต่อาจนำมาซึ่งความพิการของผู้ที่เป็น จนสิ้นอายุขัย

ในประเทศไทย โรคเรื้อนเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ หากรักษาล่าช้า วัณโรคและโรคเอดส์ เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของโรคติดต่อ โดยในปี พ.ศ. 2558 คนไทยตายด้วยวัณโรค 13,800 ราย มีผู้เป็นวัณโรครายใหม่ 117,000 ราย⁽²⁾ ตายด้วยโรคเอดส์ 14,000 ราย⁽³⁾ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,900 ราย ผู้ติดเชื้อสะสม 440,000 ราย⁽⁴⁾ เด็กอายุ 0-17 ปี กำพร้าพ่อแม่สะสมถึง 140,000 คน⁽³⁾ มีผู้เป็นโรคเรื้อนรายใหม่ 187 ราย ผู้พิการสะสม 5,000 คน⁽⁵⁾ ปัญหาของงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนคือ ผู้เป็นโรครายใหม่มีความพิการระดับที่มองเห็นได้ มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 10-17 ต่อปี อันสะท้อนถึงการรักษาล่าช้า โดยผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความล่าช้าในการรักษาโดยเฉลี่ย 3.3 ปี ปัญหาของงานป้องกันควบคุมวัณโรคคือ ประเทศไทยมี

อัตราการดื้อยาคีการวัณโรค ได้เพียงร้อยละ 2.7 ต่อปี ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่เฉลี่ยร้อยละ 12.5 ต่อปี และมีการตรวจพบผู้เป็นวัณโรคเพียงร้อยละ 55.3 ของจำนวนที่คาดประมาณ เนื่องจากผู้เป็นวัณโรคบางส่วนไม่เข้าสู่ระบบบริการของรัฐ ปัญหาของงานป้องกันควบคุมเอชไอวี/เอดส์ คือ ร้อยละ 95 ของกลุ่มผู้ใหญ่ติดเชื้อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย บุคลากรสาธารณสุขมากกว่าร้อยละ 60 มีการตีตรา ผู้ติดเชื้อ/ผู้เป็นโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อร้อยละ 38 หลีกเลี่ยงรับบริการสุขภาพใกล้บ้าน⁽⁶⁾ จะเห็นได้ว่าปัญหาในงานป้องกันควบคุมโรคนั้น มีทั้งมิติทางการรักษาและมิติทางสังคม

ด้วยตระหนักถึงมิติทางสังคมของโรค องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการตีตรานอกเหนือจากการติดเชื้อและการรักษา เช่น แผนการดำเนินงานโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2559-2563 มีวิสัยทัศน์ว่า “ไร้แพร่เชื้อ ไร้พิการและไร้ตีตรา” โดยหยุดการแพร่เชื้อและอาการแทรกซ้อนของโรคเรื้อน หยุดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ⁽⁷⁾ ในแผนการดำเนินงานวัณโรคหลังปี 2558 หนึ่งในสี่หลักการสำคัญเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “โลกที่ปราศจากวัณโรค :

หยุดการตาย หยุดวัณโรค และหยุดความทุกข์ยากอันเนื่องมาจากวัณโรค” คือ การปกป้อง ส่งเสริม สิทธิมนุษยชน จริยธรรม และความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการป้องกันรักษาวัณโรค อันรวมถึงการให้ความสำคัญแก่การตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อผู้เป็นวัณโรคด้วย⁽⁸⁻⁹⁾ แผนงานเอชไอวี/เอดส์ ปี พ.ศ. 2559-2564 มีวิสัยทัศน์ในการหยุดผู้ติดเชื้อรายใหม่ หยุดการตาย และหยุดการเลือกปฏิบัติ⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานโรคดังกล่าวของประเทศไทย เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับขององค์การอนามัยโลก⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นพบว่าการตีตราในโรคเรื้อน วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ ทำให้ผู้เป็นโรค/ผู้ติดเชื้อ ลำบากและขาดการรักษา ปกปิดโรค มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ด้านคู่ครอง และด้านการประกอบอาชีพ อันมีผลต่องานป้องกันควบคุมโรคในภาพรวมอีกด้วย ทั้งนี้มีเอกสารงานวิจัยหลายเรื่องที่กล่าวถึงผลของการตีตรา แต่การทบทวนวรรณกรรมเหล่านี้ยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์ และต่องานป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้ได้องค์ความรู้ ใช้อ้างอิง และเป็นแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคดังกล่าวต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค อนุมัติเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2560

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

สืบค้นเอกสารงานวิจัย โดยใช้คำสืบค้นว่า leprosy/tuberculosis/HIV and (delay or stigma or treatment or mental health or impact) จาก PubMed (Medline), CINAHL, Google, Infolep และห้องสมุดของหน่วยงาน โดยมีเกณฑ์คือ เป็นเอกสารงานวิจัยดั้งเดิม ไม่ได้อ้างอิง หรือนำของบุคคลอื่นมาเขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เกี่ยวข้องกับการตีตรา

และจัดทำหรือตีพิมพ์หลัง พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยอ่านย่อสรุปลงในตารางสรุปและแสดงข้อมูล ให้รหัสข้อมูลเนื้อหาในตารางตามประเด็นหลักที่พบ นำมาเขียนในรูปแบบของการบรรยาย และประมวลสรุปข้อมูลที่ได้พร้อมทั้งวิจารณ์

นิยามศัพท์เฉพาะ

การตีตรา (stigma) หมายถึง ประสบการณ์หรือกระบวนการทางสังคม ที่มีการแบ่งแยก ปฏิเสธ กล่าวโทษ หรือลดคุณค่าของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาใดปัญหาหนึ่ง อันเป็นผลจากประสบการณ์ หรือการคาดเดาว่าที่เชิงลบของสังคมต่อบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มีปัญหานั้นๆ มี 3 ประเภท คือ การรับรู้/รู้สึก/คาดการณ์ การตีตรา การตีตราตนเอง/ตีตราภายในตนเอง และการเลือกปฏิบัติ/การมีประสบการณ์/การกระทำการตีตรา⁽¹¹⁾

ผลการศึกษา

เอกสารงานวิจัยที่ใช้ในการศึกษา

ค้นคว้าเอกสารงานวิจัยได้จำนวน 72 เรื่อง คัดออก 18 เรื่อง เนื่องจากไม่เข้าเกณฑ์ที่ตั้งไว้คือ เป็นงานวิจัยที่ใช้ภาษาอื่นนอกจากภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย และตีพิมพ์ก่อนปี พ.ศ. 2543 หรือ ค.ศ. 2000 คงเหลือนำมาวิเคราะห์เนื้อหา 54 เรื่อง โดยเป็นเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อน 15 เรื่อง วัณโรค 25 เรื่อง และเอชไอวี/เอดส์ 14 เรื่อง

ผลกระทบของการตีตราที่มีต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์ และต่องานป้องกันควบคุมโรค

ความล่าช้าในการรักษา (delay in treatment)

ผลการวิจัยในต่างประเทศพบว่า ผู้มีอาการสงสัยไม่กล้าเข้ารับ หรือปฏิเสธการวินิจฉัยโรคเรื้อน เพราะกลัวเพื่อนบ้านรู้และไม่คบหาสมาคม จึงซ่อนโรคเป็นความลับ⁽¹²⁾ ผู้มีอาการสงสัยไม่กล้ารับการรักษาด้วย เพราะชุมชนรังเกียจ⁽¹³⁻¹⁴⁾ แต่การตีตราอาจกระตุ้นให้

ผู้มีอาการรักษา ด้วยเกรงว่าจะพิการและเป็นที่น่ารังเกียจ นำความอับอายมาสู่ครอบครัว⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ ทั้งนี้หากผู้มีอาการสงสัยไม่มั่นใจในคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุข อาจรักษาล่าช้า ปกปิดซ่อนเร้นโรคไว้⁽¹⁵⁾

การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่คิดว่าวัณโรคเป็นเรื่องน่าอาย มักรักษาล่าช้า โดยกินยาปฏิชีวนะหาแพทย์แผนโบราณหรือคลินิกเอกชน ก่อนที่จะรับบริการจากสถานบริการของรัฐเมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว⁽¹⁸⁾ โดยการตีตรามักทำให้เพศชายล่าช้า แต่ทำให้เพศหญิงมารักษาเร็วขึ้น⁽¹⁹⁻²⁰⁾ พบว่าการตีตราในโรคเอดส์ทำให้ผู้เป็นวัณโรคที่คิดว่า ตนเป็นโรคเอดส์รักษาล่าช้าด้วย⁽²¹⁾ ขณะที่ผู้ที่คิดว่าตนเป็นวัณโรคอย่างเดียวจะมารักษาเร็วขึ้น⁽²⁰⁾ คล้ายกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้เป็นวัณโรครักษาล่าช้าเพราะกลัวว่า ตนอาจเป็นโรคเอดส์ด้วย⁽²²⁻²³⁾ ยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้รักษาล่าช้า เช่น กลัวขาดงาน⁽²²⁻²³⁾ ไม่มีความรู้ ไม่รู้ว่าวัณโรครักษาหาย ความยากจน ไม่มีค่ารถไปสถานบริการสาธารณสุข และเห็นว่าตนยังแข็งแรง⁽²²⁾

การศึกษาในประเทศไทยพบว่า เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อร้อยละ 79 ล่าช้าในการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน เพราะเห็นว่าตนยังแข็งแรงขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและกลัวการตีตรา⁽²⁴⁾ ผู้ติดเชื้อคิดว่า การติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องผิด เป็นบาปและน่ารังเกียจ จึงไม่เปิดเผยตัวเองและรักษาล่าช้า⁽²⁵⁾ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การคาดการณ์ว่าจะถูกตีตรา เป็นอุปสรรคต่อการรักษาของผู้ติดเชื้อ โดยผู้มีภาวะเสี่ยงจะหลีกเลี่ยงการตรวจหาเชื้อเอชไอวี หรือไปรักษาจากแพทย์แผนโบราณหรือคลินิกเอกชน กลุ่มที่รักษาล่าช้ามักเป็นผู้ชายหรือวัยรุ่นที่ยังแข็งแรง⁽²⁶⁾ การกลัวต่อการถูกตีตราเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาตรวจหาเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายรักชายและกลุ่มหญิงแปลงเพศ⁽²⁷⁾ และการกลัวต่อการตีตราที่มีต่อเอชไอวีและต่อคนรักร่วมเพศ ทำให้กลุ่มชายรักชายไม่กล้าเข้ารับการรักษาตรวจหาเชื้อเอชไอวี⁽²⁸⁾

ขาดการรักษา (non-adherence in treatment)

ผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้พิการจากโรคเรื้อรังไม่กล้าให้เจ้าหน้าที่ทำแผล เพราะกลัวถูกรังเกียจ⁽²⁹⁾ พยาบาลรังเกียจและปฏิเสธที่จะทำแผลให้แก่ผู้เป็นโรคเรื้อรัง⁽³⁰⁾ ผลการวิจัยในต่างประเทศพบว่า ผู้เป็นโรคเรื้อรังปกปิดโรค โดยหยุดการรักษา^(14,31) ยังพบสาเหตุอื่นของการขาดการรักษาคือ อาการข้างเคียงของยา และคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุข⁽³¹⁾

ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การที่ถูกชุมชนดูถูก ล้อเลียน เลือกลปฏิบัติ ทำให้ผู้เป็นวัณโรคไม่กล้าไปคลินิกวัณโรค จึงขาดการรักษา⁽³²⁾ การถูกตีตราในสถานบริการสาธารณสุข ทำให้ผู้เป็นวัณโรคขาดการรักษา^(22,32-34) หรือหันไปใช้บริการคลินิกเอกชน⁽³²⁻³⁴⁾ เพราะเห็นว่า รักษาความลับและเอาใจใส่ดีกว่า⁽³³⁾ การตีตราในเอชไอวี/เอดส์ ทำให้ผู้เป็นวัณโรคขาดการรักษาด้วย⁽²¹⁻²²⁾ คล้ายกับผลการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้เป็นวัณโรคหยุดการรักษาเมื่อพบว่า ตนติดเชื้อเอชไอวี⁽²¹⁾ แต่การศึกษาในประเทศเอธิโอเปียกลับไม่พบผลความสัมพันธ์ของการตีตรากับการขาดการรักษา⁽³⁵⁾ สาเหตุอื่นของการขาดการรักษา เช่น เชื้อยาแผนโบราณ⁽³⁶⁾ ผลข้างเคียงของยา^(22,37) กลัวขาดงาน^(22,38) อาการดีขึ้น^(22,35-36) ยากจน^(18,35-36,38-39) ติดสุรา⁽³⁸⁾ ยาไม่เพียงพอ⁽³⁵⁾ ทั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาสมาเสมอคือ อาการรุนแรง⁽²²⁾ ต้องดูแลบุตร⁽²³⁾ ครอบครัวและสถานบริการสาธารณสุขสนับสนุน^(22,37) เจ้าหน้าที่ทัศนคติดีและกลัวการดื้อยา⁽²²⁾

การศึกษาในประเทศไทยพบว่า การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปกปิดคิดว่าตนไม่ดี และทัศนคติลบของชุมชนทำให้ผู้ติดเชื้อไม่อยากไปรับการรักษาอีกต่อไป⁽⁴⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ติดเชื้อไม่เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง เพราะกลัวทัศนคติลบของชุมชนที่เชื่อมโยงเอชไอวีกับการประพฤติดังในกาม⁽²⁶⁾ มีการศึกษาเรื่องหนึ่งไม่พบความสัมพันธ์ของการตีตรากับการขาดการรักษา ซึ่งอาจเป็นเพราะชุมชนที่ศึกษามีความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี จึงช่วยลดผลของการตีตราได้⁽⁴¹⁾ มีปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับการขาดการรักษา เช่น

ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม⁽⁴²⁾ ล้มเหลวในการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัส⁽⁴³⁾ ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้สม่ำเสมอในการรักษา คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสถานบริการ และมีบุตรที่ต้องดูแล⁽⁴¹⁾

การปกปิดโรค

การติดตามทำให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อนปกปิดโรค^(13,15-17,29) จากผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้เป็นโรคเรื้อนปกปิดโรคเพราะกลัวชุมชนตีตรา⁽²⁹⁾ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาในประเทศอื่นๆ^(13,15-17) ที่พบว่า ผู้เป็นโรคเรื้อนรักษาใกล้บ้านเพราะต้องการปกปิดโรค⁽¹⁵⁾ การติดตามทำให้ผู้เป็นวัณโรคพยายามปกปิดโรคเช่นกัน^(25,34,39,44-46) ดังผลการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า การติดตามภายในตนเองทำให้ผู้เป็นวัณโรคปกปิดไม่เข้ารับการรักษาจวนอาการทรุดหนัก⁽²⁵⁾ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้เป็นวัณโรคปกปิดเพราะคิดว่า ตนเป็นคนไม่ดี กลัวชุมชนดูถูก และกลัวสูญเสียสถานะทางสังคม^(34,39) สำหรับผู้เป็นวัณโรคร่วมเอชไอวีนั้น ผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ในการรักษาครั้งแรก ร้อยละ 13 ไปรักษาที่สถานบริการเอกชนเพราะเห็นว่า จะช่วยรักษาความลับได้ดีกว่า ร้อยละ 11 ซื้อมากินเองเพราะไม่ทราบที่วัณโรครักษาหาย และไปรักษา ณ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านได้⁽⁴⁶⁾ ทั้งนี้จากผลการศึกษาในแอฟริกาใต้พบว่า หากจำเป็นผู้เป็นวัณโรคร่วมเอชไอวี จะเปิดเผยเฉพาะวัณโรค⁽⁴⁴⁾ และพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เปิดเผยกับญาติ แต่ไม่เปิดเผยกับคู่รัก ด้วยเกรงว่า จะถูกยุติความสัมพันธ์ ไม่กล้าเปิดเผยกับเพื่อนร่วมชั้นเรียน เพราะกลัวถูกเพื่อนล้อเลียนและตักเตือน⁽⁴⁵⁾

สุขภาพจิต

การติดตามทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อนมีปัญหาสุขภาพจิต จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้เป็นโรคเรื้อน ถูกชุมชนตีตราจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่⁽²⁹⁾ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้เป็นโรคเรื้อนมักถูกการตีตราและเลือกปฏิบัติจากชุมชน ทำให้มีภาวะเครียด สูงกว่าสมาชิกชุมชนทั่วไป⁽⁴⁷⁾ บางรายคิดที่จะฆ่าตัวตาย⁽⁴⁸⁾

ในวัณโรคนั้น ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้เป็นวัณโรควิตกกังวล ซึมเศร้า โดดเดี่ยว ถูกตีตรา และการตีตราตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า⁽⁴⁹⁾ ผู้เป็นวัณโรครู้สึกกลัว เคร่า โศก และอ่อนแอสิ้นหวัง เนื่องจากรู้สึกถูกตีตรา ถูกโดดเดี่ยวจากคนรอบข้าง⁽⁵⁰⁾

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นเอดส์ จากผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการตีตรา⁽⁵¹⁾ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะอยู่แบบหวาดระแวง ด้วยเกรงความลับรั่วไหล⁽²⁵⁾ ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นเอดส์ มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ เช่น เพศหญิง รายได้ต่ำ ระยะที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการรับรู้การตีตรา⁽⁵²⁾ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นเอดส์ มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ การรับรู้การตีตรา แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่สาม และความสม่ำเสมอในการรับบริการต่ำ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ การรับรู้การตีตรา การหย่าขาด และการมีวัณโรคร่วมเอชไอวี⁽⁵³⁾ และการตีตราตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า⁽⁵⁴⁾ ในผู้เป็นวัณโรคร่วมเอชไอวีนั้นพบว่า มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่เป็นด้วยวัณโรคเพียงอย่างเดียว โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อที่กำลังรักษาวัณโรค ต้อยา มีภาวะเครียดสูง เนื่องจากผลข้างเคียงของยาและถูกการตีตรา⁽³⁹⁾

ชีวิตคู่และด้านการประกอบอาชีพ

การติดตามต่อโรคเรื้อนนั่น อาจกระทบต่อชีวิตคู่^(15,29,55) เช่น ผลการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้เป็นโรคเรื้อนไม่กล้าคบเพศตรงกันข้าม บางรายถูกคู่ทอดทิ้ง⁽²⁹⁾ และชุมชนเห็นว่า การเป็นโรคเรื้อนทำให้หาคู่ยาก⁽⁵⁵⁾ ผลการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียพบว่า แม้แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังรู้สึกกลัวว่า ลูกสาวตนซึ่งเป็นโรคเรื้อนจะหาคู่แต่งงานไม่ได้⁽¹⁵⁾ นอกจากนั้น การตีตราอาจมีผลต่อการประกอบอาชีพ⁽⁵⁵⁻⁵⁶⁾ จากผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ชุมชนคิดว่าคนเป็นโรคเรื้อนหางานยาก⁽⁵⁵⁾ การที่เป็นโรคเรื้อนนั้นมีผลต่อ

การทำงาน เนื่องจากบางหน่วยงานเลือกปฏิบัติ โดยไม่รับสมัครผู้ที่เป็โรคเรื้อนในระยะติดต่อก และปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจของสังคม หรือผู้ที่เป็วันโรคในระยะอันตราย⁽⁵⁶⁾

การติตราต่อวันโรคนั้น อาจมีผลต่อผู้ที่เป็วันโรคด้านชีวิตคู่และด้านการประกอบอาชีพ^(18,23,34,37,55,57-59) นอกจากการมีผลในการหางานดังที่กล่าวแล้ว การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ชุมชนเห็นว่าคนเป็วันโรคหางานยาก และการเป็วันโรคเป็ปัญหาต่อชีวิตคู่⁽⁵⁵⁾ ชุมชนมีความเห็นว่า หากผู้หญิงเป็วันโรค สามังจะไม่พอใจ⁽⁵⁷⁾ มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้เป็วันโรครู้สึกอับอายต่อคำ และเกรงว่าการที่ตนเป็วันโรคนั้นจะลดโอกาสของญาติในการหาคู่ ผู้หญิงคาดว่า จะถูกสามังด่าทุบตี ผู้ชายมักมีปัญหาดังงาน⁽⁵⁸⁾ ผู้เป็วันโรคถูกถอนหมั้นและถูกคู่สมรสทิ้ง^(22,35) ผู้เป็วันโรคที่กำลังจะแต่งงานหรือผู้ที่มิคู่แล้ว มักจะถูกขอยกเลิกการแต่งงานหรือถูกทิ้ง ชุมชนกลัวที่จะซื้อของจากผู้เป็วันโรค ผู้ปกครองเห็นว่า ครูที่เป็วันโรคไม่ควรสอนนักเรียน และนักเรียนที่เป็วันโรคไม่ควรเรียนร่วมชั้นกับผู้อื่น⁽³⁴⁾ ทั้งนี้มีผลการวิจัยที่พบว่าการติตราที่มีต่อวันโรคอาจมีผลต่อการประกอบอาชีพ แต่ไม่ได้มีผลต่อชีวิตคู่เสมอไป^(23,59)

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็โรคเอดส์ นั้น การศึกษาในประเทศไทย ไม่พบผลของการติตราต่อชีวิตคู่ แต่กระทบต่อคู่ชีวิต โดยชุมชนคิดว่า คู่ครองของคนเป็เอดส์ยอมเป็เอดส์ด้วย^(22,25) การติตราทำให้ผู้ติดเชื้อสูญเสียงาน สูญเสียความก้าวหน้าในงาน มีทางเลือกประกอบอาชีพน้อย เนื่องจากต้องตรวจเลือดก่อนสมัครงาน⁽²⁵⁾

ด้านผู้เป็วันโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์ นั้น ผลการศึกษาต่างประเทศพบว่า ถูกสามังบังคับให้ทำแท้งและถูกทิ้งไปในที่สุด หลายคนออกจากงานเพราะทนไม่ได้ที่ผู้ร่วมงานให้แยกน้ำ แยกอาหาร และให้อยู่ห่างๆ⁽³⁹⁾ แต่บางรายออกจากงานเพราะต้องเดินทางไปรักษา ไม่ใช่เพราะถูกติตรา⁽⁴⁴⁾

ผลจากการติตราด้านต่าง ๆ ที่มีต่อผู้เป็โรคเรื้อน ผู้เป็วันโรคและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็โรคเอดส์ โดยทำให้รักษาล่าช้า ขาดการรักษา ปกปิดโรค มีปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาชีวิตคู่ และการประกอบอาชีพนั้น ล้วนแล้วแต่มีความเกี่ยวพัน ส่งผลซึ่งกันและกัน และก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางกายและทางสังคม เศรษฐกิจของผู้เป็โรค/ผู้ติดเชื้อ ขัดขวางต่อความสำเร็จของงาน ป้องกันควบคุมโรคเรื้อน วันโรค และเอชไอวี/เอดส์โดยผู้เป็โรค/ผู้ติดเชื้อ ไม่เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข รับการรักษาจากแพทย์แผนโบราณ จากคลินิกเอกชน ซึ่งคุณภาพอาจไม่ได้มาตรฐาน ทำให้ยืดยาวเวลาในการแพร่เชื้อ เกิดภาวะดื้อยา อาการของโรคลุกลามจนเกิดความพิการในโรคเรื้อน หรืออาการทรุดหนักจนเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในวันโรค และเอชไอวี/เอดส์ อันเป็การบั่นทอนภาพลักษณ์ของโรค ก่อให้เกิดวงจรการติตราไม่รู้จกจบสิ้น

วิจารณ์

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า การติตราที่ส่งผลต่อผู้เป็โรค/ผู้ติดเชื้อ และงานป้องกันควบคุมโรคนั้นมีทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล จนถึงระดับองค์กรหรือสถาบัน และจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติตรานั้นมีหลายประการ อาทิเช่น การขาดความรู้^(22,24) และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค⁽²⁵⁾ เป็ต้น การศึกษาถึงปัจจัยเหล่านี้เพิ่มเติม จึงมีความจำเป็ต่อกิจกรรมหรือโครงการที่วางแผน หรือจัดทำขึ้นเพื่อลดการติตรา ทั้งนี้การศึกษาเพิ่มเติมถึงบทเรียนจากโครงการลดการติตราที่มีผู้จัดทำไว้แล้ว เช่น โครงการลดการติตราต่อโรคเรื้อน ณ จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้มีการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็จิตอาสาในการฟื้นฟูสภาพ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และมีการเสริมพลังให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน⁽⁶⁰⁾ โครงการลดการติตราต่อวันโรคในประเทศเนปาลที่มีการให้คำปรึกษาและเงินค่าจ้างชีพ⁽⁶¹⁾ และโครงการลดการติตราต่อเอชไอวีในประเทศจีน ที่มีการ

ให้ความรู้แก่ผู้นำทางความคิด เพื่อนำไปเผยแพร่และโน้มน้าวความคิดของคนในชุมชน⁽⁶²⁾ จะมีประโยชน์ในการนำมาปรับใช้ในการดำเนินโครงการ หรือกิจกรรมลดการตีตราในพื้นที่เป้าหมายต่อไป และจากผลการศึกษาที่พบว่า การตีตราในเอชไอวี/เอดส์ นั้น ส่งผลต่อผู้เป็นวัณโรคด้วย การบูรณาการโครงการหรือกิจกรรมลดการตีตราของวัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ จึงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณา

ถึงแม้แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ ของประเทศไทย ได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทนำก็ตาม นอกจากแผนงานโรคเรื้อนแล้ว ในแผนงานวัณโรคและเอชไอวี/เอดส์ ยังไม่ได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักและตัวชี้วัดที่ชัดเจน เพื่อลดการตีตรา ซึ่งอาจทำให้ขาดแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินงานให้บรรลุวิสัยทัศน์ของแผนงานวัณโรคและเอชไอวี/เอดส์ ที่ตั้งไว้

การศึกษานี้ นอกจากจะพบการตีตราที่สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นแล้ว ยังพบปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อผู้เป็นโรค/ผู้ติดเชื้อ และงานป้องกันควบคุมโรคอีกด้วย ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อผู้เป็นโรค/ผู้ติดเชื้อ และงานป้องกันควบคุมโรค จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยขอเสนอ ดังนี้ (1) เห็นสมควรให้การลดการตีตรา เป็นยุทธศาสตร์หลักข้อหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคเรื้อน วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ มีการนำแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และติดตามผลอย่างจริงจัง (2) การดำเนินโครงการลดการตีตราในอนาคตนั้น ควรเป็นโครงการที่ออกแบบสำหรับแต่ละระดับ ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ถึงระดับองค์กร และเหมาะสมสำหรับแต่ละบริบท มากกว่าจะเป็นโครงการที่ออกแบบเหมือนกันทุกระดับและทุกบริบท (3) ควรมีการบูรณาการโครงการการตีตราใน

วัณโรคและในเอชไอวี/เอดส์ (4) ควรได้มีการวิจัยเพิ่มเติม ศึกษาสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตราในโรคเรื้อน วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ เพื่อนำองค์ความรู้มาใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ (5) ควรได้มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ศึกษาโครงการลดการตีตราในโรคเรื้อน วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้มีการจัดทำแล้ว ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำองค์ความรู้มาพิจารณาจัดทำโครงการลดการตีตราในอนาคต (6) ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุอื่นๆ ที่มีผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อผู้เป็นโรค/ผู้ติดเชื้อ หรืองานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ เพื่อใช้เป็นองค์ความรู้ในการดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณมฤดี เพ็งงาม ที่ช่วยจัดระเบียบเอกสาร และตรวจความสละสลวยของภาษา ขอขอบคุณ Ms.Jiske Earling ที่ช่วยสืบค้นผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล Infoplex ประเทศเนเธอร์แลนด์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health report 2004: changing history [Internet]. 2017 [cited 2017 May 11]. Available from: www.who.int/whr/2004/en/
2. World Health Organization. TB situation by country [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 26]. Available from: <http://www.who.int/tb/country/en/>
3. UNAIDS. HIV and AIDS estimates (2015) [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 30]. Available from: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/thailand/>
4. AVERTing HIV and AIDS. HIV and AIDS in Thailand [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 30].

- Available from: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/asia-pacific/thailand>
5. Raj Pracha Samasai Institute. 2015 leprosy situation. Nonthaburi: Raj Pracha Samasai Institute; 2016.
 6. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนกรอบแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี เพื่อพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพแห่งชาติ ระยะปฏิรูป (2560-2564); วันที่ 3-4 พฤษภาคม 2560; จังหวัดอยุธยา. นนทบุรี: กองแผนงาน; 2560.
 7. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Global Strategy 2016–2020 [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 22]. Available from: <http://www.searo.who.int>
 8. World Health Organization. The End TB Strategy [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 22]. Available from: http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf?ua=1
 9. World Health Organization. Guidelines for social mobilization [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 22]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66701/1/WHO_CDS_ST-B_2001.9.pdf
 10. UNAIDS. Global AIDS update 2016 [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 30]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
 11. ILEP. Guideline to reduce stigma: guide 1. London and Amsterdam: The International Federation of Anti-Leprosy Association (ILEP) and the Netherlands Leprosy Relief (NLR); 2011.
 12. Nicholls PG, Wiens C, Smith WC. Delay in presentation in the context of local knowledge and attitude towards leprosy--the results of qualitative fieldwork in Paraguay. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 2003;71:198–209.
 13. Burathoki K, Varkevisser C, Lever P, Vink M, Sitaula N. Gender, leprosy and leprosy control: a case study in the far west and eastern development region, Nepal. Amsterdam; KIT; 2004.
 14. de Stigter DH. Leprosy: between acceptance and segregation. Community behaviour towards persons affected by leprosy in eastern Nepal. *Lepr Rev* 2000;71:492–8.
 15. Idawani C, Yulizar M, Lever P, Varkevisser C. Gender, leprosy and leprosy control: a case study in Aceh, Indonesia. Amsterdam: KIT; 2002.
 16. Alubo O, Patrobas P, Varkevisser C, Lever P. Gender, leprosy and leprosy control: a case study in Plateau State, Nigeria. Amsterdam: KIT; 2003.
 17. Moreira T, Varkevisser C. Gender, leprosy and leprosy control: a case study in Rio de Janeiro State, Brazil. Amsterdam: KIT; 2002.
 18. Jittimanee SX, Nateniyom S, Kittikraisak W, Burapat C, Akksilp S, Chumpathat N, et al. Social stigma and knowledge of tuberculosis and HIV among patients with both diseases in Thailand. *PLoS One* 2009;4:e6360.
 19. Kipp AM. Tuberculosis stigma, AIDS stigma, and tuberculosis control in Southern Thailand [dissertation]. North Carolina: University of North Carolina; 2009.
 20. Pungrassami P, Kipp AM, Stewart PW, Chongsuvivatwong V, Strauss RP, Rie A Van. Tuberculosis and AIDS stigma among patients who delay seeking care for tuberculosis symptoms. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010;14:181–7.

21. Ngamvithayapong J, Winkvist A, Diwan V. High AIDS awareness may cause tuberculosis patient delay: results from an HIV epidemic area, Thailand. *AIDS* 2000;14:1413-9.
22. D Skinner, M Claassens. It's complicated: why do tuberculosis patients not initiate or stay adherent to treatment? A qualitative study from South Africa. *BMC Infect Dis* 2016;16:712.
23. Valerie Møller, Ida Erstad, Jane M Cramm, Anna P Nieboer, Harry Finkenflügel, Sarah Radloff, et al. Delays in presenting for tuberculosis treatment associated with fear of learning one is HIV-positive. *Afr J AIDS Res* 2011;10:25-36.
24. Thanawuth N, Chongsuvivatwong V. Late HIV diagnosis and delay in CD4 count measurement among HIV-infected patients in Southern Thailand. *AIDS Care* 2008;20:43-50.
25. Social Research Institute. Employment discrimination to people with HIV infection [Internet]. 2017 [cited 2017 May 11]. Available from: <http://library.nhrc.or.th/ulib/document/Full-text/F07989.pdf>
26. Sarah Treves-Kagan, Wayne T. Steward, Lebo-gang Ntswane, Robin Haller, Jennifer M. Gilvydis, Harnik Gulati, et al. Why increasing availability of ART is not enough: a rapid, community-based study on how HIV-related stigma impacts engagement to care in rural South Africa. *BMC Public Health* 2016;16:87.
27. Sarit A. Golub, Kristi E. Gamarel. The impact of anticipated HIV stigma on delay in HIV testing behaviors: findings from a community-based sample of men who have sex with men and transgender women in New York city. *AIDS patient care and STDs* 2013;27:621-7.
28. Arnold EA, Rebchook GM, Kegeles SM. 'Triply cursed': racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. *Cult Health Sex* 2014;16:710-22.
29. Sermittirong S, van Brakel WH. Assessing the attitudes and perceptions of community members and health workers regarding leprosy stigma. *Int J Trop Dis Health* 2015;5:11-24.
30. วิภา พริ้มแก้ว, จิตต์ลัดดา สุภานันท์, แสงระวี รัตมีแจ่ม, ศิริโฉม ณ สงขลา, วิจิตรา ธารีสุวรรณ. พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการติดตามโรคเรื้อนในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา 2555; 18:7-21.
31. Heijnders ML. Experiencing leprosy: perceiving and coping with leprosy and its treatment. A qualitative study conducted in Nepal. *Lepr Rev* 2004;75:327-37.
32. Dodor EA, Kelly S, Neal K. Health professionals as stigmatisers of tuberculosis: insights from community members and patients with TB in an urban district in Ghana. *Psychol Health Med* 2009;14:301-10.
33. Murray EJ, Bond VA, Marais BJ, Godfrey-Faussett P, Ayles HM, Beyers N. High level of vulnerability and anticipated stigma reduce the impetus for tuberculosis diagnosis in Cape town, South Africa. *Health policy plan* 2013;28:410-8.
34. Mekonnen H. Stigma towards tuberculosis patients in Shasemene town [dissertation]. Ethiopia: Addis Ababa University; 2004.
35. Gelaw M, Genebo T, Dejene A, Lemma E, Eyob G. Attitude and social consequences of tuberculosis in Addis Ababa, Ethiopia. *East Afr Med J* 2001;78:382-8.

36. Gugssa Boru C, Tariku S, Issa Bilal A. Factors contributing to non-adherence with treatment among TB patients in Sodo Woreda, Gurage Zone, Southern Ethiopia: A qualitative study. *J Infect Public Health* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 11];10:527–33. Available from: <http://www.elsevier.com/locate/jiph>
37. Isaakidis P, Rangan S, Pradhan A, Lodomirski J, Reid T, Kielmann K. 'I cry every day': experiences of patients co-infected with HIV and multidrug-resistant tuberculosis. *Trop Med Int Health* 2013;18:1128–33.
38. Rajesh D. Deshmukh, D. J. Dhande, Kuldeep Singh Sachdeva, Achuthan Sreenivas, A. M. V. Kumar, Srinath Satyanarayana, et al. Patient and provider reported reasons for lost to follow up in MDR-TB treatment: a qualitative study from a drug resistant TB center in India. *PLoS One* 2015;10:e0135802.
39. Anne Lia Cremers, Myrthe Manon de Laat, Nathan Kapata, Rene Gerrets, Kerstin Klipstein-Grobusch, Martin Peter Grobusch. Assessing the consequences of stigma for tuberculosis patients in Urban Zambia. *PLoS One* 2015; 10:e0119861.
40. Li MJ, Murray JK, Suwanteeerangkul J, Wiwat-tanadate P. Stigma, social support, and treatment adherence among HIV-positive patients in Chiang Mai, Thailand. *AIDS Educ Prev* 2014; 26:471–83.
41. Evangeli M, Newell ML, Richter L, McGrath N. The association between self-reported stigma and loss-to-follow up in treatment eligible HIV positive adults in rural Kwazulu-Natal, South Africa. *PLoS One* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 12];9:e88235. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24586310>
42. Been SK, van de Vijver DA, Nieuwkerk PT, Brito I, Stutterheim SE, Bos AE, et al. Risk factors for non-adherence to cART in immigrants with HIV living in the Netherlands: results from the Rotterdam ADherence (ROAD) project. *PLoS One* 2016;11:e0162800.
43. Sumari-de Boer JM, Sprangers MAG, Prins JM, Nieuwkerk PT. HIV stigma and depression symptoms are related to adherence and virological response to antiretroviral treatment among immigrant and indigenous HIV Infected patients. *AIDS Behav* 2012;16:1681–9.
44. Daftary A, Padayatchi N. Social constraints to TB/HIV healthcare: accounts from coinfecting patients in South Africa. *AIDS Care* [Internet]. 2012 [cited 2017 May 12];24:1480–6. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2012.672719>
45. Mburu G, Hodgson I, Kalibala S, Haamujompa C, Cataldo F, Elizabeth D Lowenthal, et al. Adolescent HIV disclosure in Zambia: barriers, facilitators and outcome. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 12];17:18866. Available from: <https://dx.doi.org/10.7448/IAS.17.1.18866>
46. Burapat C, Kittikraisak W, Kevin P Cain, Tasaneeyapan T, Nateniyom S, Akksilp S. Health-seeking behavior among HIV-infected patients treated for TB in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* [Internet]. 2009 [cited 2017 May 11];40:1335–46. Available from: <http://www.tm.mahidol.ac.th/seameo/2009-40-6/24-4525.pdf>
47. Tsutsumi A, Izutsu T, Akramul Islam MD, Amed JU, Nakahara S, Takagi F, et al. Depressive

- status of leprosy patients in Bangladesh: association with self-perception of stigma. *Lepr Rev* 2004; 75:57-66.
- 48.Scott J. The psychosocial needs of leprosy patients. *Lepr Rev* 2000;71:486-91.
- 49.Yilmaz A, Dedeli O. Assessment of anxiety, depression, loneliness and stigmatization inpatients with tuberculosis. *Acta paul enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 12];29: 549-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600076>
- 50.Miller JA. The perceptions and beliefs of health-care workers about clients with tuberculosis [Internet]. [cited 2017 May 12]. Available from: <https://cdn.auckland.ac.nz/assets/arts>
- 51.Li Li, Lee SJ, Thamawijaya P, Jirapongsa C, Rotheram-Borus MJ. Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS Care* 2009;21:1007-13.
- 52.Eshetu DA. Prevalence of depression and associated factors among HIV/AIDS patients attending ART clinic. *iMedPub Journal* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 12];1:3. Available from: <http://www.clinical-psychiatry.imedpub.com/archive.php>
- 53.Tesfaw G, Ayano G, Awoke T, Assefa D, Birhanu Z, Miheretie G, et al. Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with HIV on-follow up at Alert Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Psychiatry* 2016; 16:368.
- 54.Okello ES. Depression, internalized HIV stigma and HIV disclosure. *World Journal of AIDS* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 12];5:30-40. Available from: <http://www.scirp.org/journal/wia>
- 55.Sermrittirong S, van Brakel WH, Kraipui N, Traithip S, Bunders-Aelen JF. Comparing the perception of community members towards leprosy and tuberculosis stigmatisation. *Lepr Rev* 2015;86:54-61.
- 56.คณะกรรมการกลางการสอบแข่งขันพนักงานส่วนท้องถิ่น. รับสมัครสอบแข่งขันเพื่อบรรจุบุคคลเป็นข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 ส.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <https://thaidla.com/1121>
- 57.Soonthornthana A, Vorasiriamon Y, Theobald S, Smith H. Community perceptions and experiences of TB in Kanchanaburi, Thailand: a gender equity analysis. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2004.
- 58.Somma D, Thomas BE, Karim F, Kemp J, Arias N, Auer C. Gender and socio-cultural determinants of TB-related stigma in Bangladesh, India, Malawi and Colombia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008;12:856-66.
- 59.Baral SC, Karki DK, Newell JN. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC Public Health* 2007;7:211.
- 60.Sermrittirong S, van Brakel WH, Bunders-Aelen J.F.G, Ariyothai N, Chaidee N. Addressing stigma related to leprosy: lessons from an intervention study in Thailand. *Int J Trop Dis Health* 2015;5:48-63.
- 61.Baral SC, Aryai Y, Bhattra R, King R, Newell J. The importance of providing counselling and financial support to patients receiving treatment for multi-drug resistant TB: mixed method qualitative and pilot intervention studies. *BMC Public Health* 2014;14:46.
- 62.Li Li, Wu Z, Liang LJ, Lin C, Guan J, Jia M, et al. Reducing HIV-related stigma in health care setting: a randomized controlled trial in China. *Am J Public Health* 2013;103:286-92.

