

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ

The perceived stigma towards leprosy and tuberculosis
of health personnel in Chaiyaphum Province

ศิธรธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ ปร.ด. (สังคมศาสตร์สาธารณสุข)	Silatham Sermrittirong Ph.D. (Health Social Science)
ศิรามาส รอดจันทร์ วท.ม. (สุขภาพจิต)	Siramas Rodchan M.Sc. (Mental Health)
โกเมศ อุนรัตน์ ส.ม.	Gomes Unarat M.P.H.
พจนา ธัญญกิตติกุล ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)	Pojana Thanyakittikul M.A. (Medical & 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

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ โดยได้ทำการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ในบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 236 คน ผู้ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนของ 4 อำเภอ ในจังหวัดชัยภูมิ เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีสะดวก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดการรับรู้การตีตรา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้การแจกแจงความถี่ในการหาค่าร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่มีการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรค และหาค่าร้อยละเพื่ออธิบายคะแนนรายข้อของแบบสอบถาม ใช้การทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากร ไม่อิสระ ในการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรค ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ในการทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุข ผลการศึกษา ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรค บุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้การตีตราต่อทั้งโรคเรื้อนและวัณโรค โดยการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนสูงกว่าการรับรู้การตีตราต่อวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายข้อคำถามพบว่า การรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนสูงกว่าต่อวัณโรคเกือบทุกข้อคำถาม ยกเว้นสองข้อคำถามที่เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงผู้เป็นโรค และการก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้อื่น ถึงแม้การรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนจะสูงกว่าวัณโรค แต่การรับรู้การตีตราต่อวัณโรคก็สูงเช่นกัน ผู้วิจัยได้เสนอให้มีการจัดอบรมหรือฟื้นฟูวิชาการโรคเรื้อนและวัณโรคแก่บุคลากรสาธารณสุข ให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนและวัณโรคแก่ชุมชน วิจัยเพิ่มเติมถึงผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อนและวัณโรค สำรวจและหาสาเหตุของการตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรค ในชุมชนที่มีปัญหาโรคเรื้อนและวัณโรค และจัดทำกิจกรรมหรือโครงการหากพบการตีตราต่อไป

Abstract

This cross-sectional survey was conducted to study the perceived stigma towards leprosy and tuberculosis of health personnel. The study populations were 236 health personnel working at sub-district health promotion hospitals and district hospitals of 4 districts in Chaiyaphum Province. Sample size was selected by convenience sampling method. EMIC stigma scale was used to collect the data which was later analyzed using a software package. A frequency distribution was used to determine the percentage of health personnel who had perceived stigma and the percentage of each item. A paired t-test was used to compare the EMIC score of health personnel regarding leprosy and tuberculosis. Logistic regression analysis was used to find the association between personal factors and perceived stigma. It was found that there was no association between personal factors and perceived stigma. Health personnel had perceived stigma towards both leprosy and tuberculosis. They had more perceived stigma towards leprosy than tuberculosis in most aspects accept avoidance and causing troubles to others. The difference was highly significant ($p=0.000$, paired t-test). Even perceived stigma towards leprosy is higher than that towards tuberculosis, but the perceived stigma towards tuberculosis is also high. The authors suggest arranging a training or refreshing course for health personnel, providing knowledge regarding leprosy and tuberculosis to the community members, conducting further study investigating the effects of stigma on people affected by leprosy or tuberculosis, and conducting a survey to find the causes and measure stigma towards both diseases in leprosy and tuberculosis prevalent area and develop de-stigmatizing intervention if stigma is found.

คำสำคัญ

โรคเรื้อน, วัณโรค, การตีตรา

Key words

leprosy, tuberculosis, stigma

บทนำ

โรคติดต่อเป็นโรคประเภทหนึ่งที่มีถูกตีตรา เช่น โรคเรื้อนและวัณโรค ซึ่งเป็นโรคที่มีความคล้ายคลึงกันทั้งด้านเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรค ด้านความเก่าแก่ของโรค และด้านเวลาในการรักษาที่ค่อนข้างนาน⁽¹⁾

ในอดีตเนื่องจากยังไม่มียารักษาโรคที่มีประสิทธิภาพ ผู้เป็นโรคเรื้อนจะถูกแยกให้อยู่ในนิคม เพราะชุมชนกลัวติดโรคและผู้เป็นโรคเรื้อนสมัครใจเนื่องจากไม่สามารถทนกับการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากคนรอบข้างได้⁽²⁻⁹⁾ ในปัจจุบันการตีตราต่อโรคเรื้อนยังคงมีอยู่ถึงแม้จะไม่มีมีการแยกผู้เป็นโรคเรื้อนให้อยู่ในนิคม และมียารักษาโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพแล้วก็ตาม⁽¹⁰⁻¹²⁾ การตีตราต่อโรคเรื้อน นำไปสู่ความล่าช้าและขาดการรักษาของผู้เป็นโรค^(3,7,13-14)

การตีตราในวัณโรคนั้นเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ชุมชนกลัวติดโรค ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เช่น คิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและเป็นโรคคนจน^(7,15-16) ผู้ป่วยวัณโรคมักรู้สึกว่าการเป็นวัณโรคเป็นเรื่องที่น่าอับอาย⁽¹⁵⁾ อันนำไปสู่ความล่าช้าและขาดการรักษาเช่นกัน⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

ด้วยเห็นความสำคัญของการตีตรา ยุทธศาสตร์การดำเนินงานโรคเรื้อน 2559-2563 ขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า ไร้แพร่เชื้อ ไร้การและไร้ตีตรา⁽²⁰⁾ สำหรับวัณโรคนั้น หนึ่งในหลักการสำคัญในการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกคือ การปกป้องส่งเสริมสิทธิมนุษยชน จริยธรรม และความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการป้องกันรักษาวัณโรค อันหมายรวมถึงการให้ความสำคัญแก่การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อ

ผู้เป็นวัณโรคด้วย⁽²¹⁻²²⁾ ทั้งนี้ในปี 2558 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ทั่วโลกมีจำนวน 210,758 คน โดยประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่จำนวน 187 คน อีกทั้งยังมีผู้ป่วยที่รักษาหายแต่ยังมีความพิการประมาณ 5,000 คน⁽²³⁾ ผู้ป่วยใหม่วัณโรคมีจำนวน 10.4 ล้านคน โดยประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 117,000 คน และเป็นหนึ่งใน 14 ประเทศของโลกที่มีปัญหาความรุนแรงของวัณโรคสูง⁽²⁴⁻²⁵⁾ ส่วนโรคเรื้อรังนั้น ถึงแม้ประเทศไทยไม่อยู่ในอันดับต้นของโลกในด้านความรุนแรงของปัญหา แต่การจะหยุดการแพร่เชื้อ หยุดความพิการในผู้ป่วยรายใหม่ และหยุดการติดรานั้น เป็นสิ่งที่ท้าทายไม่น้อย⁽²³⁾

จังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีความชุกโรคเรื้อรังอยู่ในอันดับต้นของประเทศไทย โดยในปี 2558 มีผู้ป่วยใหม่จำนวน 11 ราย ผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อรังจำนวน 123 ราย มีผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทรายใหม่จำนวน 1,151 ราย⁽²⁶⁾ ซึ่งได้มีการวัดและเปรียบเทียบการรับรู้การติดตามที่มีต่อโรคเรื้อรังและวัณโรคของสมาชิกชุมชนแล้วพบว่า การรับรู้การติดตามในโรคเรื้อรังของสมาชิกชุมชนสูงกว่าในวัณโรค⁽¹²⁾ เนื่องจากการรับรู้การติดตามของบุคลากรสาธารณสุขก็มีความสำคัญและเกี่ยวข้องโดยตรงกับการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังและวัณโรค การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การติดตามที่มีต่อโรคเรื้อรังและวัณโรค ในบุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องใช้ประกอบเป็นข้อพิจารณา และแนวทางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังและวัณโรคต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การติดตามต่อโรคเรื้อรังและวัณโรค ในบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขจำนวน 236 คน ผู้ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนของ 4 อำเภอที่มีจำนวนผู้เป็นโรคเรื้อรังสูงกว่าอำเภออื่นๆ ในจังหวัดชัยภูมิ

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณจากค่าสัดส่วนของชุมชนที่มีทัศนคติลบต่อโรคเรื้อรัง⁽²⁷⁻²⁸⁾ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสะดวก ทั้งนี้ได้สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หลากหลายวิชาชีพเพื่อความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง เหตุที่เลือกพื้นที่ที่มีผู้เป็นโรคเรื้อรังอาศัยอยู่เป็นเกณฑ์ เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่มีความชุกต่ำ มีผู้เป็นโรคเรื้อรังอาศัยอยู่ในบางพื้นที่เท่านั้น ต่างกับวัณโรคซึ่งมีความชุกสูง ผู้เป็นวัณโรคก็มีอยู่ทุกชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้แบบวัดการรับรู้การติดตามที่มีต่อโรคเรื้อรังและวัณโรค จำนวน 15 ข้อ ต่อ 1 โรค คำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 คำตอบ หากตอบว่า ไม่ทราบ/ไม่ใช่ คะแนนเท่ากับ 0 หากตอบว่า เป็นไปได้ คะแนนเท่ากับ 1 หากตอบว่าใช่ คะแนนเท่ากับ 2 คะแนนรวมของการรับรู้การติดตามที่มีต่อแต่ละโรค อยู่ระหว่าง 0-30 โดยหากมีคะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนน⁽¹²⁾ ถือว่าบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้สัมภาษณ์มีการรับรู้การติดตามของชุมชนต่อโรคเรื้อรังหรือวัณโรค แบบวัดการรับรู้การติดตามนี้เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย Weiss MG, et al⁽²⁹⁾ ซึ่งใช้ในการวัดการรับรู้การติดตามในปัญหาสุขภาพจิต ต่อมาได้พัฒนาใช้ในโรคอื่นๆ รวมทั้งโรคเรื้อรังและวัณโรคโดย van Brakel WH and Wu IC ตามลำดับ⁽³⁰⁻³¹⁾ และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้งหนึ่งโดยบุคคลอื่นเพื่อตรวจสอบว่า เมื่อแปลกลับมาเป็นภาษาอังกฤษแล้วข้อความไม่คลาดเคลื่อนจากเดิม ได้มีการตรวจสอบพิจารณาความเที่ยงตรงทางด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังระดับเขตและจังหวัด และได้นำไปใช้ในการสำรวจความพิการที่จังหวัดกาญจนบุรี⁽³²⁾ ก่อนที่จะนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำเครื่องมือไปทดสอบความเชื่อมั่นกับบุคลากรสาธารณสุข ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ณ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์แล้วพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ของแบบวัดการรับรู้การติดตามของบุคลากรสาธารณสุขต่อโรคเรื้อรังเท่ากับ 0.87 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ของ

แบบวัดการรับรู้การตีตราของบุคลากรสาธารณสุขต่อวัณโรคเท่ากับ 0.99 ซึ่งค่อนข้างสูง เนื่องจากมีข้อคำถามจำนวนหลายข้อที่วัดมิติเดียวกัน เช่น ด้านความอับอายที่เป็นโรค

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายระหว่างวันที่ 15-16 สิงหาคม 2554 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาทีต่อ 1 ราย ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้อธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ซักถาม และขอความยินยอมจากผู้ให้สัมภาษณ์ทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การแจกแจงความถี่ในการหาค่าร้อยละของบุคลากรที่มีการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรค ใช้การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้การตีตรา และหาค่าร้อยละอธิบายคะแนนรายข้อของแบบสอบถาม ใช้การทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของประชากรไม่อิสระ (paired t-test) ในการเปรียบเทียบการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุข

นิยามศัพท์เฉพาะ

การตีตรา (stigma) หมายถึง ทศนคติหรือพฤติกรรม อันมีลักษณะของการแบ่งแยก ปฏิเสธ กล่าวโทษ หรือลดคุณค่า ที่มีต่อปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีปัญหานั้น อันเป็นผลจากประสบการณ์หรือการคาดเดาที่เชิงลบของสังคมต่อปัญหา ต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีปัญหานั้น⁽³³⁻³⁴⁾

การรับรู้การตีตรา (perceived stigma) หมายถึง การรู้หรือคิดว่า การตีตราต่อโรคหรือปัญหาใดๆ มีอยู่จริง รวมทั้งความกลัวว่าจะถูกตีตรา และความรู้สึกอาย อันเนื่องมาจากมีความเจ็บป่วยหรือปัญหานั้น⁽³⁰⁾

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรสาธารณสุขจำนวน 236 คน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ ในพื้นที่ 4 อำเภอของจังหวัดชัยภูมิ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.6 (136 คน) เพศชายร้อยละ 42.4 (100 คน) อายุระหว่าง 31-54 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 69.5 (164 คน) ต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 30.5 (72 คน) โดยมีวิชาชีพพยาบาลร้อยละ 59.3 (140 คน) เกษีกร/นักเทคนิคการแพทย์/นักรังสีการแพทย์/นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 8.5 (20 คน) เจ้าพนักงานสาธารณสุข/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์/เจ้าพนักงานทันตกรรม ร้อยละ 16.9 (40 คน) เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป/เจ้าพนักงานธุรการ/เจ้าพนักงานพัสดุ ร้อยละ 5.1 (12 คน) วิชาชีพอื่นๆ ร้อยละ 10.2 (24 คน)

เปรียบเทียบการรับรู้การตีตราในชุมชน ของบุคลากรสาธารณสุขต่อโรคเรื้อนและวัณโรคในภาพรวม

ร้อยละ 85.6 ของบุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อน และร้อยละ 64.4 ของบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเดียวกันมีการรับรู้การตีตราต่อวัณโรค คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนเท่ากับ 14.76 ขณะที่คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การตีตราต่อวัณโรคเท่ากับ 11.39 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยแล้วพบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้การตีตราต่อวัณโรค ($p=0.000$, paired t-test) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายวิชาชีพดังตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนสูงกว่าต่อวัณโรค และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทุกวิชาชีพ ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้การตีตรา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรคของแต่ละวิชาชีพ

วิชาชีพ/การรับรู้การตีตรา	จำนวน (N)	Mean	SD	t	p-value
พยาบาล					
โรคเรื้อน	140	14.76	7.31	6.62	.000*
วัณโรค	140	11.04	7.73		
เภสัชกร/นักเทคนิคการแพทย์/ นักรังสีการแพทย์/นักวิชาการสาธารณสุข					
โรคเรื้อน	20	14.30	5.82	2.61	.002*
วัณโรค	20	11.15	6.92		
เจ้าพนักงาน					
โรคเรื้อน	40	15.93	5.81	3.31	.000*
วัณโรค	40	13.05	7.65		
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป					
โรคเรื้อน	12	16.17	5.79	2.91	.004*
วัณโรค	12	12.17	7.24		
เจ้าหน้าที่อื่น ๆ					
โรคเรื้อน	24	12.54	6.54	1.42	.035*
วัณโรค	24	10.50	6.65		

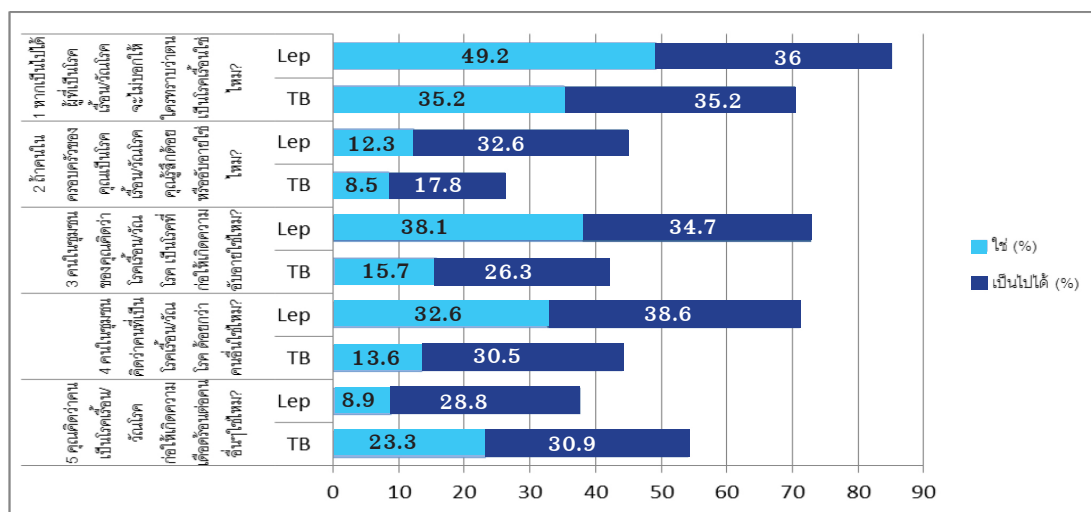
*มีนัยสำคัญทางสถิติ

เปรียบเทียบการรับรู้การตีตราของบุคลากรสาธารณสุขด้านความอับอายด้วยค่า และก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนอื่น ๆ ข้อคำถามที่ 1-5

กราฟที่ 1 แสดงการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรค ด้านความอับอายด้วยค่า และก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนอื่น ๆ กราฟนี้แสดงให้เห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนสูงกว่าวัณโรคในทุกด้าน ยกเว้น ด้านผลของการเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้อื่นดังนี้ ในด้านความอับอายด้วยค่า ร้อยละ 85.2 เห็นว่า ผู้ที่เป็นโรคเรื้อนจะไม่บอกให้ใครทราบว่าเป็นโรคเรื้อน ขณะที่ร้อยละ 70.4 เห็นว่า ผู้ที่เป็นวัณโรคจะไม่บอกให้ใครทราบว่าเป็นวัณโรค

ร้อยละ 72.8 คิดว่าคนในชุมชนเห็นว่า โรคเรื้อนเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความอับอาย และร้อยละ 71.2 คิดว่าคนในชุมชนเห็นว่า คนเป็นโรคเรื้อนนั่นเป็นคนอับอายกว่าคนอื่น ๆ ขณะที่ร้อยละ 42.0 คิดว่าคนในชุมชนเห็นว่า วัณโรคเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความอับอาย และร้อยละ 44.1 คิดว่าคนในชุมชนคิดว่า คนเป็นวัณโรคนั้นเป็นคนอับอายกว่าคนอื่น ๆ ในชุมชน ในด้านผลของการเป็นโรคที่มีต่อคนอื่น ๆ ร้อยละ 37.7 มีความเห็นว่า คนเป็นโรคเรื้อนก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนอื่น ๆ ในขณะที่ร้อยละ 54.2 มีความเห็นว่า คนเป็นวัณโรคก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนอื่น ๆ

กราฟที่ 1 การรับรู้การตีตราของบุคลากรสาธารณสุขด้านความอายด้วยคำ และก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนอื่น ๆ
คำถามที่ 1-5

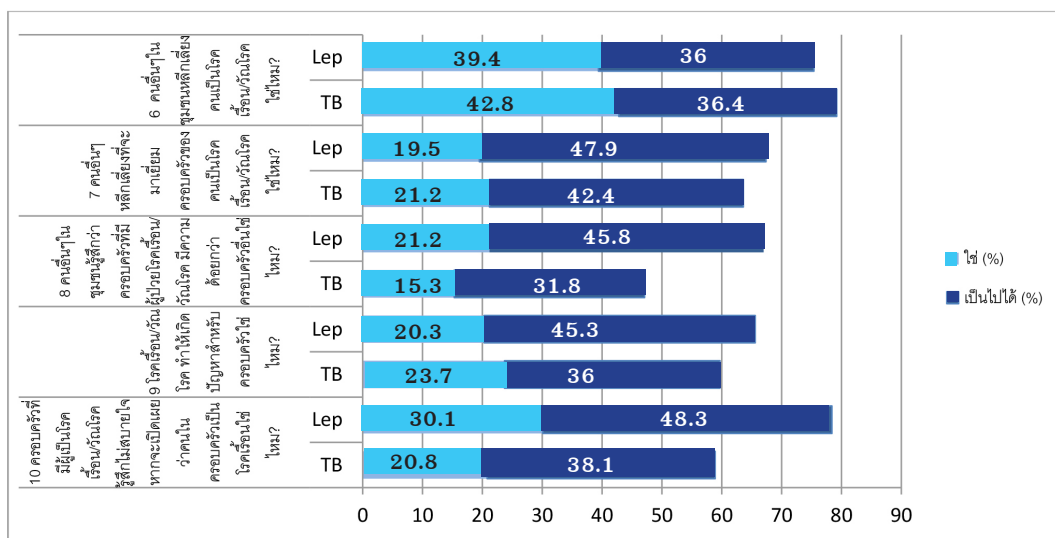


เปรียบเทียบการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อรังและวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุข ถึงผลของโรคเรื้อรัง/วัณโรคที่มีต่อคนเป็นโรคและครอบครัว ข้อคำถามที่ 6-10

กราฟที่ 2 แสดงการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อรังและวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุข ถึงผลของโรคเรื้อรังและวัณโรคที่มีต่อคนที่ เป็นโรคและครอบครัวพบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความเห็นและคิดว่าคนในชุมชนเห็นว่าโรคเรื้อรังมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เป็นโรคกับคนในชุมชน และเป็นปัญหาต่อครอบครัวมากกว่าวัณโรค ยกเว้นในข้อคำถามเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงผู้เป็นโรคที่พบว่า บุคลากรสาธารณสุขคิดว่า ชุมชนหลีกเลี่ยงผู้เป็นวัณโรคมากกว่าผู้เป็นโรคเรื้อรัง ในด้านผลของโรคต่อคนเป็นโรค พบว่า ร้อยละ 75.4 ของบุคลากรสาธารณสุขรับรู้ ว่า ชุมชนหลีกเลี่ยงผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ขณะที่ร้อยละ 79.2 รับรู้ ว่า ชุมชนหลีกเลี่ยงผู้ที่เป็นวัณโรค ร้อยละ 67.4

รับรู้ ว่า ชุมชนหลีกเลี่ยงที่จะเยี่ยมครอบครัวผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ขณะที่ร้อยละ 63.6 รับรู้ ว่า ชุมชนหลีกเลี่ยงที่จะเยี่ยมครอบครัวผู้ที่เป็นวัณโรค ในด้านผลของโรคต่อครอบครัว พบว่า ร้อยละ 67.0 ของบุคลากรสาธารณสุขรับรู้ ว่า ชุมชนคิดว่า ครอบครัวของผู้เป็นโรคเรื้อรังมีความต้อยกว่าครอบครัวอื่นในชุมชน ขณะที่ร้อยละ 47.1 รับรู้ ว่า ชุมชนคิดว่า ครอบครัวของผู้เป็นวัณโรคมีความต้อยกว่าครอบครัวอื่นในชุมชน ร้อยละ 65.6 คิดว่า โรคเรื้อรังก่อให้เกิดปัญหาสำหรับครอบครัว ขณะที่ร้อยละ 59.7 คิดว่า วัณโรคก่อให้เกิดปัญหาสำหรับครอบครัว ร้อยละ 78.4 รับรู้ ว่า ครอบครัวของผู้เป็นโรคเรื้อรังรู้สึกไม่สบายใจที่จะเปิดเผยว่า คนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อรัง ขณะที่ร้อยละ 58.9 รับรู้ ว่า ครอบครัวของผู้เป็นวัณโรครู้สึกไม่สบายใจที่จะเปิดเผยว่า คนในครอบครัวเป็นวัณโรค

กราฟที่ 2 การรับรู้การติตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุข ถึงผลของโรคเรื้อน/วัณโรค ที่มีต่อคนเป็นโรค และครอบครัว ข้อคำถามที่ 6-10

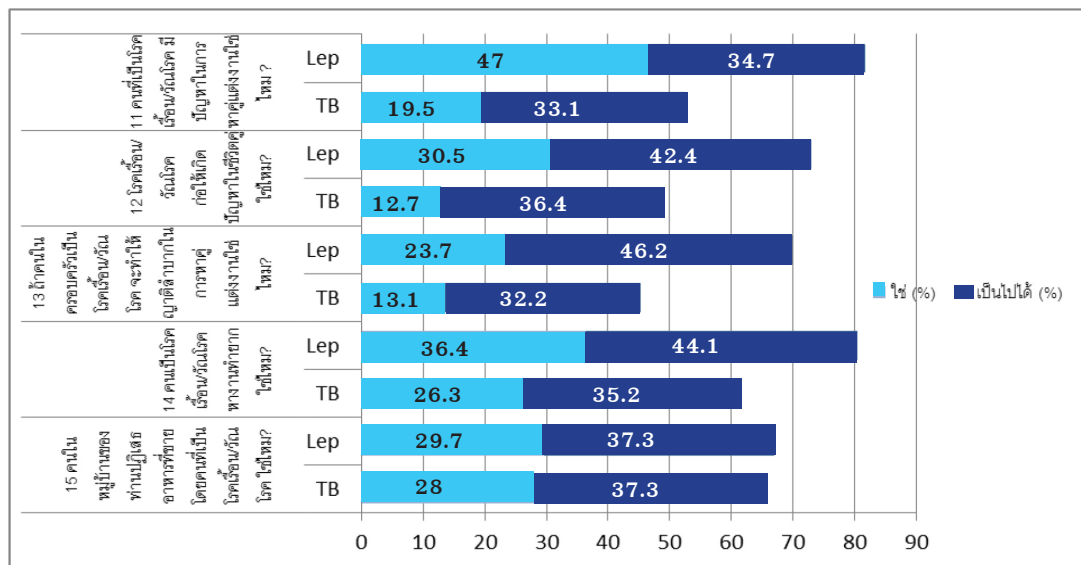


เปรียบเทียบการรับรู้การติตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุข ถึงผลของโรคเรื้อน/วัณโรคที่มีต่อชีวิตคู่และการประกอบอาชีพ ข้อคำถามที่ 11-15

กราฟที่ 3 แสดงการรับรู้การติตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุข ถึงผลของโรคเรื้อนและวัณโรคที่มีต่อชีวิตคู่และการประกอบอาชีพพบว่าโดยรวมแล้วบุคลากรสาธารณสุขรับรู้โรคเรื้อนมีผลต่อชีวิตคู่และการประกอบอาชีพมากกว่าวัณโรค โดยด้านผลของโรคต่อชีวิตคู่ บุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 81.7 เห็นว่าคนที่เป็นโรคเรื้อนมีปัญหาในการหาคู่แต่งงาน ขณะที่ร้อยละ 52.6 เห็นว่า คนที่เป็นวัณโรคมีปัญหาในการหาคู่แต่งงาน ร้อยละ 72.9 เห็นว่า โรคเรื้อนก่อ

ให้เกิดปัญหาในชีวิตคู่ ขณะที่ร้อยละ 49.1 เห็นว่า วัณโรคก่อให้เกิดปัญหาในชีวิตคู่ บุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 69.9 เห็นว่า ถ้าคนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อนจะทำให้ญาติลำบากในการหาคู่แต่งงาน ขณะที่ร้อยละ 45.3 เห็นว่า ถ้าคนในครอบครัวเป็นวัณโรคจะทำให้ญาติลำบากในการหาคู่แต่งงาน ด้านผลของโรคต่อการประกอบอาชีพ บุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 80.5 เห็นว่า คนเป็นโรคเรื้อนทางานทำยาก ขณะที่ร้อยละ 61.5 เห็นว่า คนเป็นวัณโรคทางานทำยาก บุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 67.0 คิดว่า คนในชุมชนปฏิเสธอาหารที่ขายโดยคนที่เป็นโรคเรื้อน ขณะที่ร้อยละ 65.3 คิดว่าคนในชุมชนปฏิเสธอาหารที่ขายโดยคนที่เป็นวัณโรค

กราฟที่ 3 การรับรู้การติตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุข ถึงผลของโรคเรื้อน/วัณโรคที่มีต่อชีวิตคู่และการประกอบอาชีพ ข้อคำถามที่ 11-15



วิจารณ์

บุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้ ว่า ชุมชนมีการติตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรค ซึ่งการติตราต่อโรคเรื้อนนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิมา พริ้มแก้ว และคณะ ที่ทำการศึกษาการติตราต่อโรคเรื้อนและพบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีพฤติกรรมรังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อผู้เป็นโรคเรื้อน เช่น มีการแยกให้รอตรวจนอกห้องทางไกลจากผู้รับบริการด้วยโรคอื่น หลีกเลี่ยงการดูแลรักษาแผลของผู้เป็นโรคเรื้อน⁽³⁵⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Idawani C ในประเทศอินโดนีเซีย ที่เจ้าหน้าที่มีการรับรู้การติตราต่อโรคเรื้อน⁽⁵⁾ ส่วนการติตราต่อวัณโรคนั้น จากการค้นคว้าผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยในประเทศไทยที่บุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้การติตราต่อวัณโรค พบเพียงผลการศึกษาทัศนคติของแพทย์ของ Sengupta S, et al⁽¹⁷⁾ ซึ่งทำการศึกษาผลกระทบของวัณโรคต่อปัญหาทางสังคมของวัณโรคในภาคใต้ของประเทศไทยที่พบว่า แพทย์มีทัศนคติลบต่อผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการไอ และมีอาการคล้ายผู้ป่วยโรคเอดส์ แพทย์สถานบริการเอกชนตำหนิผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดยา และไม่อนุญาตให้มารับบริการ ณ สถานบริการ 336

ของตนอีก นอกจากนั้นแพทย์ยังรับรู้ ว่า ผู้ป่วยวัณโรคได้ รับความรังเกียจหรือถูกติตราเลือกปฏิบัติจากผู้คนรอบข้าง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศอินเดียของ Wu IC ที่พบว่า บุคลากรสาธารณสุขรับรู้การติตราต่อวัณโรค⁽³¹⁾

บุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้การติตราต่อโรคเรื้อนแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้การติตราต่อวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยก่อนหน้านี้ ที่เปรียบเทียบการรับรู้การติตราของสมาชิกชุมชนต่อโรคเรื้อนและวัณโรค ซึ่งศึกษาในชุมชนของสี่อำเภอในจังหวัดชัยภูมิในช่วงเวลาเดียวกันกับการศึกษานี้ และพบว่าชุมชนมีการรับรู้การติตราต่อโรคเรื้อนแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้การติตราต่อวัณโรค⁽¹²⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอมรา สุนทรธาดา และคณะ ซึ่งทำการศึกษาการติตราต่อวัณโรคในจังหวัดกาญจนบุรีและพบว่า ชุมชนรับรู้ว่าการติตราหรือความรังเกียจที่มีต่อโรคเรื้อน มีสูงกว่าการติตราที่มีต่อวัณโรค⁽³⁶⁾ การที่ทัศนคติและการรับรู้การติตราต่อโรคเรื้อนสูงกว่าต่อวัณโรคนี้อาจเป็นเพราะว่า โรคเรื้อนเป็นโรคที่แม้จะรักษาหายแล้วอาจ

หลงเหลือร่องรอยของโรค เช่น ความพิการที่ตา มือ เท้า ซึ่งความพิการนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการตีตราในโรคเรื้อรัง⁽³⁷⁾ ดังนั้นการตีตราในโรคเรื้อรังนั้น อาจทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังถูกตีตราไปตลอดชีวิตได้ แต่ในวัณโรคนั้น การตีตราต่อผู้เป็นวัณโรคก็มีเช่นกัน แต่อาจหายไปเมื่อรักษาหาย หรือเมื่อหยุดตาการของโรค เช่น อาการไอ⁽³⁸⁾ และการที่การรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อรังของบุคลากรสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับของชุมชนในพื้นที่ศึกษาเดียวกันคือ สี่อำเภอของจังหวัดชัยภูมินั้นอาจเป็นเพราะว่า บุคลากรสาธารณสุขนั้นเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และทำงานคลุกคลีกับชุมชน จึงมีการรับรู้คล้ายกัน

การรับรู้การตีตราของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อโรคเรื้อรังสูงกว่าที่มีต่อวัณโรค ในเกือบทุกข้อคำถาม เช่น ด้านความอับอายต่อคำ บุคลากรสาธารณสุขรับรู้ว่าคนในชุมชนคิดว่า โรคเรื้อรังเป็นโรคที่น่าอับอายมากกว่าวัณโรค ด้านผลต่อครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขเห็นว่า โรคเรื้อรังทำให้เกิดปัญหากับครอบครัว มากกว่าวัณโรค ด้านชีวิตคู่ บุคลากรสาธารณสุขเห็นว่า คนที่เป็นโรคเรื้อรังหาคู่แต่งงานยากกว่าคนเป็นวัณโรค และเห็นว่าโรคเรื้อรังก่อให้เกิดปัญหาในชีวิตคู่มากกว่าวัณโรค ด้านการประกอบอาชีพ บุคลากรสาธารณสุขเห็นว่าคนเป็นโรคเรื้อรังหางานทำยากมากกว่าคนเป็นวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของผู้วิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในชุมชนของสี่อำเภอในจังหวัดชัยภูมิในห้วงเวลาเดียวกัน ทำการวัด และเปรียบเทียบการรับรู้การตีตราของสมาชิกชุมชนต่อโรคเรื้อรัง วัณโรค และพบว่า ชุมชนรับรู้ว่าการตีตราในโรคเรื้อรังมากกว่าในวัณโรค ด้านความอับอายต่อคำ ด้านผลต่อครอบครัว ด้านชีวิตคู่ และด้านการประกอบอาชีพเช่นกัน⁽¹²⁾ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคำว่า โรคเรื้อรังมักถูกใช้ในการดูถูกเหยียดหยามผู้อื่น⁽³⁹⁾ และมักจะถูกใช้เชื่อมโยงกับอาชีพขอทานซึ่งเป็นอาชีพที่ต่ำต้อย เสื่อมเกียรติ ในสังคม ชุมชนคิดว่าโรคเรื้อรังเป็นโรคกรรมพันธุ์ เป็นโรคเรื้อรังแล้วต้องพิการ อันเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ^(5,40-42) จึงทำให้บุคลากรสาธารณสุขและชุมชนรับรู้ ว่า โรคเรื้อรังเป็น

โรคที่น่าอาย ทำให้ครอบครัวและคู่ครองต้องอับอายไปด้วย ญาติหาคู่แต่งงานยาก⁽³⁷⁾ และผู้เป็นโรคเรื้อรังประกอบอาชีพลำบาก ซึ่งในทางกลับกัน จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไม่พบว่า มีการใช้คำว่า “วัณโรค” ในการดูถูกเหยียดหยามผู้คน ชุมชนเข้าใจว่าวัณโรคเกิดจากพฤติกรรมของผู้เป็นวัณโรค เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ทำงานหนัก มากกว่าจะคิดว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ และวัณโรคไม่ก่อให้เกิดความพิการต่อมือ เท้าและตา ที่จะเป็อุปสรรคในการประกอบอาชีพเหมือนโรคเรื้อรัง⁽³⁶⁾

การรับรู้การตีตราที่มีต่อโรคเรื้อรังสูงกว่าที่มีต่อวัณโรคในเกือบทุกข้อคำถามดังที่กล่าวแล้ว มีเพียง 2 ข้อคำถามเท่านั้นที่ปรากฏผลตรงกันข้าม เช่น ข้อคำถามเกี่ยวกับด้านผลของการเป็นโรคที่มีต่อคนอื่น ๆ บุคลากรสาธารณสุขคิดว่า วัณโรคก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนอื่น ๆ ในชุมชนมากกว่าโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของผู้วิจัยก่อนหน้านี้ ซึ่งศึกษาในชุมชนของสี่อำเภอในจังหวัดชัยภูมิในห้วงเวลาเดียวกัน ที่ชุมชนคิดว่าวัณโรคก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนอื่น ๆ ในชุมชนมากกว่าโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า บุคลากรสาธารณสุข โดยวิชาชีพแล้วจะคลุกคลีอยู่ในแวดวงความรู้เรื่องโรคต่าง ๆ และผ่านการศึกษาอบรมเกี่ยวกับเรื่องโรคย่อมทราบ ว่า วัณโรคเป็นโรคที่ติดต่อ ไปยังคนอื่น ๆ ในชุมชนได้ง่ายกว่าโรคเรื้อรังชุมชนเอง ก็มักได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ ว่า วัณโรคสามารถติดต่อไปยังคนอื่น ๆ ในครอบครัวและชุมชนได้ง่าย จึงทำให้ทั้งเจ้าหน้าที่และชุมชนคิดว่าวัณโรคก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนอื่น ๆ ในชุมชนมากกว่าโรคเรื้อรัง^(36,38) ข้อคำถามเกี่ยวกับผลของโรคต่อคนเป็นโรค บุคลากรสาธารณสุขคิดว่า คนอื่น ๆ ในชุมชนหลีกเลี่ยงคนเป็นวัณโรคมากกว่าคนเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของผู้วิจัยก่อนหน้านี้ ซึ่งศึกษาในชุมชนของสี่อำเภอในจังหวัดชัยภูมิในห้วงเวลาเดียวกัน ที่พบว่า ชุมชนคิดว่าคนอื่น ๆ ในชุมชนหลีกเลี่ยงโรคเรื้อรังมากกว่าวัณโรค การที่บุคลากรสาธารณสุขมีความคิดว่าคนอื่น ๆ หลีกเลี่ยงผู้เป็นวัณโรค อาจเนื่องจาก

เจ้าหน้าที่เองทราบว่า วัณโรคติดต่อง่ายกว่าโรคเรื้อน และคิดว่า ชุมชนต้องคิดแบบเดียวกับที่ตนคิดเพราะเจ้าหน้าที่มักให้ความรู้แก่ชุมชนว่า วัณโรคติดต่อง่าย⁽³⁸⁾ จึงคิดว่าคนในชุมชนต้องหลีกเลี่ยงวัณโรคมากกว่าโรคเรื้อน ในทางกลับกันถึงแม้ชุมชนอาจได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่เรื่องการติดต่อของวัณโรค แต่ในสภาพความเป็นจริงในชุมชน รูปลักษณะภายนอกของผู้ที่เป็นโรคเรื้อนนั้น มักจะมีความพิการ มือ เท้า ตา ยากจนและสุขอนามัยไม่ดี⁽⁴³⁾ ชุมชนจึงคิดว่าคนอื่น ๆ ในชุมชนน่าจะหลีกเลี่ยงผู้เป็นโรคเรื้อนมากกว่าคนเป็นวัณโรค ซึ่งไม่มีความพิการหลงเหลือให้เห็น เมื่อหายแล้ว

การรับรู้การตีตราที่มีต่อโรคเรื้อนและวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุขที่พบในการศึกษาคั้งนี้ เป็นการแสดงให้เห็นถึงการตีตราของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อโรคเรื้อนและวัณโรค เนื่องจากการรับรู้การตีตรา (perceived stigma) นี้เป็นประเภทหนึ่งของการตีตรา⁽³⁴⁾ นอกจากนั้นยังสะท้อนให้เห็นว่า ชุมชนมีการตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรค โดยผ่านมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขซึ่งยืนยันโดยผลการวิจัยของผู้วิจัยเองที่ศึกษาในสมาชิกชุมชน ในพื้นที่ศึกษาเดียวกันกับการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่าสมาชิกชุมชนมีการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรค

ถึงผลการศึกษาจะแสดงว่า การรับรู้การตีตราที่มีต่อโรคเรื้อนของบุคลากรสาธารณสุขมีสูงกว่าต่อวัณโรค แต่ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่มีการรับรู้การตีตราต่อวัณโรคก็ยังไม่ต่ำสูง ซึ่งการตีตราที่มีต่อทั้งโรคเรื้อนและวัณโรคนั้น อาจเป็นปัญหาต่อผู้ที่เป็โรคเรื้อนและวัณโรคหลายด้าน รวมถึงด้านการรับบริการสาธารณสุข เช่น ความล่าช้าและความสม่ำเสมอในการรักษา การดูแลป้องกันความพิการ อันจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคเรื้อนและวัณโรค และประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรคในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจมีต่อผู้เป็นโรค และทำงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนและวัณโรคที่อาจเกิดขึ้น

จากการตีตราดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยขอเสนอให้ (1) มีการอบรม หรือฟื้นฟูวิชาการเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อสามารถให้บริการแก่ผู้เป็นโรคเรื้อนหรือวัณโรค โดยปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ (2) มีการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนและวัณโรคที่ถูกต้องแก่ชุมชน เพื่อลดทัศนคติลบที่มีต่อโรคและผู้เป็นโรค (3) มีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาผลของการตีตราในโรคเรื้อนและวัณโรคที่มีต่อผู้เป็นโรคเรื้อนและผู้เป็นวัณโรค (4) มีการสำรวจพื้นที่ที่มีผู้เป็นโรคเรื้อนหรือวัณโรคอาศัยอยู่เพื่อดูว่า มีการตีตราต่อโรคดังกล่าวหรือไม่ อะไรคือสาเหตุของการตีดรานั้น และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาโครงการหรือกิจกรรมเพื่อลดการตีตราต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ที่กรุณาประสานและอำนวยความสะดวกในการทดสอบเครื่องมือและในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้พาทษทั้งสองท่าน (peer review) ของวารสารควบคุมโรค ที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์และเพิ่มคุณค่าให้แก่บทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Hussain T. Leprosy and tuberculosis: an insight-review. Crit Rev Microbiol 2007;33:15-66.
2. Arole S, Premkumar R, Arole R, Maury M, Saunderson P. Social stigma: a comparative qualitative study of integrated and vertical care approaches to leprosy. Lepr Rev 2002;73: 186-96.
3. Rafferty J. Curing the stigma of leprosy. Lepr Rev 2005;76:119-26.
4. Alubo O, Patrobas P, Varkevisser C, Lever P. Gender, leprosy and leprosy control: A case study in Plateau State, Nigeria. Amsterdam: KIT; 2003.

5. Idawani C, Yulizar M, Lever P, Varkevisser C. Gender, leprosy and leprosy control: A case study in Aceh, Indonesia. Amsterdam: KIT; 2002.
6. Moreira T, Varkevisser C. Gender, leprosy and leprosy control: A case study in Rio de Janeiro State, Brazil. Amsterdam: KIT; 2002.
7. 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.
8. Heijnders ML. The dynamics of stigma in leprosy. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 2004;72:437-47.
9. Boonmongkon P. Khi thut: The Disease of Social Loathing: An anthropological study of the stigma of leprosy in rural North-East Thailand. Geneva: World Health Organization; 1994.
10. Nontanum B. Social-Psyco problem of self-isolating leprosy patients. Nakhon Sawan, Thailand: Office of Disease Prevention and Control Region 8, Nakhon Sawan; 2008.
11. อรุณ สีนวล. การตีตราต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน; วันที่ 24-25 สิงหาคม 2553; ภูวนาลี รีสอร์ท, นครราชสีมา. นนทบุรี: 2553. หน้า. 5-6.
12. Sermrittirong S, van Brakel WH, Bunders-Aelen JFG, Kraipui N, Traithip S. Comparing the perception of community members towards leprosy and tuberculosis stigmatisation. *Lepr Rev* 2015;86:54-61.
13. 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.
14. de Stigter DH, de GL, Heynders ML. Leprosy: between acceptance and segregation. Community behaviour towards persons affected by leprosy in eastern Nepal. *Lepr Rev* 2000;71:492-8.
15. Gelaw M, Genebo T, Dejene A, Lemma E, Eyob C. Attitude and social consequences of tuberculosis in Addis Ababa, Ethiopia. *East Afr Med J* 2001;78:382-8.
16. Dodor EA, Kelly S. 'We are afraid of them': Attitudes and behaviours of community members towards tuberculosis in Ghana and implications for TB control efforts. *Psychology, Health & Medicine* 2009;14:170-9.
17. Sengupta S, Pungrassami P, Balthip Q, Strauss R, Kasetjaroen Y, Chongsuvivatwong V, et al. Social impact of tuberculosis in southern Thailand: views from patients, care providers and the community. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006;10:1008-12.
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. 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.
20. 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/entity/global_leprosy_programme/documents/global_leprosy_strategy_2020/en/

21. World Health Organization. The End TB Strategy [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 22]. Available from: http://www.who.int/tb/post2015_TB_strategy.pdf?ua=1
22. World Health Organization. Guidelines for Social Mobilization: A human rights approach to tuberculosis [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 22]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66701/1/WHO_CDS_STB_2001.9.pdf
23. Raj Pracha Samasai Institute. 2015 leprosy situation. Nonthaburi; Raj Pracha Samasai Institute: 2016.
24. World Health Organization. TB situation by country [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 26]. Available from: <http://www.who.int/tb/country/en/>
25. World Health Organization. High TB burden country lists 2016–2020 [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 29]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/high_tb_burden_country_lists_2016-2020.pdf
26. Raj Pracha Samasai Institute. Leprosy situation. Nonthaburi; Raj Pracha Samasai Institute: 2015.
27. Srisak N. The disease that cripples: Leprosy, reaction and compliance in Northern Thailand. [Ph.D. thesis]. Brisbane: University of Queensland; 1997.
28. Lemeshow S, Hosmer D, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd. for World Health Organization; 1990.
29. Weiss MG, Doongaji DR, Siddhartha S, Wypij D, Pathare S, Bhatawdekar M, et al. The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC). Contribution to cross-cultural research methods from a study of leprosy and mental health. *Br J Psychiatry* 1992;160:819–30.
30. van Brakel WH. Measuring health-related stigma--a literature review. *Psychol Health Med* 2006;11:307–34.
31. Wu IC. Knowledge and attitudes of health care workers towards tuberculosis patients and the experiences of tuberculosis patients regarding health care workers in Vellore District, Tamil Nadu, South India. Amsterdam; Vu University: 2010.
32. ศิรามาศ รอดจันทร์, ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ธรงค์, พจนานัญญกิตติกุล, นพพร ศรีคำบ่อ, เพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล, ภัสราภรณ์ แก้วไทรนันท์, และคณะ. การสำรวจความพึงการปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารควบคุมโรค* 2554;37:186–96.
33. Weiss MG, Ramakrishna J, Somma D. Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychol Health Med* 2006;11: 277–87.
34. 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.
35. วิณา พริ้มแก้ว, จิตต์ลัดดา สุภานันท์, แสงระวี รัศมีแจ่ม, ศิริโฉม ณ สงขลา, วิจิตรา ธารีสุวรรณ. พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการตีตราในโรคเรื้อนในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสคร.5 นครราชสีมา* 2555;18:7–21.
36. Soonthornthana A, Vorasiramon Y, Theobald S, Smith H. Community perception and experiences of TB in Kanchanaburi, Thailand: A gender equity analysis. Study report: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Bangkok. Internet 2000 [cited 2013 Jul 2];

- Available from URL: http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/download_Publication-Book/2547/287.pdf
37. Sermrittirong S, van Brakel WH. Stigma in leprosy: concepts, causes and determinants. *Lepr Rev* 2014;85:36-47.
 38. 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.
 39. คม ชัด ลึก. ‘ณัฐวุฒิ’ อัดกลับ ‘ธีรยุทธ’ เป็นพวก ชู้ทูต [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2556]. แหล่งข้อมูล: www.komchadluek.net/news/politic/170528
 40. Navon L. Beggars, metaphors, and stigma: a missing link in the social history of leprosy. *Soc Hist Med* 1998;11:89-105.
 41. Predaswat P. Khi Thut, The disease of social loathing. An anthropology of the stigma in rural Northeast Thailand [Ph.D. thesis]. Oakland: University of California; 1992.
 42. สงกรานต์ ภู่งอก, คงพร คุปตาภา, สิ้นชัย คเชนทร์, จันทนา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนโดยชุมชน. *วารสารโรคติดต่อ* 2543;26:160-9.
 43. Sermrittirong S, van Brakel WH, Rodchan S, Nuncho S, Bunders-Aelen JFG. Assessing the attitudes and perceptions of community members and health workers towards leprosy stigma. *Int J Trop Dis Health* 2015;5:11-24.