

การตีตราและระยะทางสังคมของประชาชน ต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน

ศิธรธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ ปร.ด, ศิรามาศ รอดจันทร์ วท.ม, พจนา ัญญุกิตติกุล ศศ.ม,
นพพร ศรีคำบ่อ พย.บ, นรินทร์ กลกลาง พย.บ, รัตนา สุขสมเชษฐ์ พย.บ,
ชุติวลัย พลเดช พย.ม, มานิจ ชนินพร วท.ม,
จันจนกร พรหมแก้ว สส.ม, วิภารัตน์ รวดเจริญ วท.บ.
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ระหว่างเดือนมิถุนายน 2559 – กันยายน 2559 เพื่อศึกษาการตีตราและระยะทางสังคมของประชาชนในชุมชนที่มีต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนใน 5 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ โดยใช้แบบวัดการตีตราและระยะทางสังคมในกลุ่มอาสาสมัครทั้งสิ้น 675 คน ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างและสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ใช้สถิติพรรณนา เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์สองตัวแปรด้วยไค-สแควร์และการวิเคราะห์หลายตัวแปรด้วยการถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่ามีระยะทางสังคมของประชาชนในชุมชนต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในระดับปานกลาง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 11 (ต่ำสุด – สูงสุด = 0 – 21) โดยปัจจัยทำนายระยะทางสังคมได้แก่ การรู้จักโรคเรื้อนจากมีคนพูดหรือเล่าให้ฟัง (adjusted OR = 0.4, $p = 0.013$) การรู้จักจากสื่อ (adjusted OR = 0.4, $p = 0.037$) ความเข้าใจว่าโรคเรื้อนเกิดจากกรรมพันธุ์ (adjusted OR = 2.9, $p = 0.001$) เกิดจากเชื้อโรค (adjusted OR = 2.7, $p = 0.001$) และโรคเรื้อนไม่สามารถรักษาหาย (adjusted OR = 2.3, $p = 0.012$)

การศึกษาเรื่องการตีตรา พบว่ามีการตีตราในระดับปานกลาง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 14 (ต่ำสุด – สูงสุด = 0 – 30) ปัจจัยทำนายการตีตราได้แก่ อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี (Adjusted OR = 4.3, $p = 0.007$) อายุ 51 – 60 ปี (Adjusted OR = 4.4 $p = 0.009$) การไม่มีญาติเป็นโรคเรื้อน (Adjusted OR = 2.6, $p = 0.013$) การไม่มีคนในชุมชนเป็นโรคเรื้อน (Adjusted OR = 2.2, $p < 0.001$) ความเข้าใจว่าโรคเรื้อนติดต่อทางการหายใจ (Adjusted OR = 0.5, $p = 0.043$) โรคเรื้อนติดต่อทางการกินอาหาร (Adjusted OR = 0.4, $p = 0.001$) และโรคเรื้อนไม่สามารถรักษาหาย (Adjusted OR = 2.1, $p = 0.018$)

สรุป ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อนที่ไม่ถูกต้อง เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการเกิดระยะทางสังคมและการตีตรา ซึ่งควรมีการจัดทำโครงการฯ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนเพื่อลดการตีตราและระยะทางสังคมในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: การตีตรา, ระยะทางสังคม, ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

Stigma and Social Distance of People Towards People Affected by Leprosy in a Community

**Silatham Sermrittirong Ph.D, Siramas Rodchan M.Sc, Pojana Thanyakittikul M.A,
Nopporn Srihumbor B.N.S, Narintorn Kolkang B.N.S, Ratana Suksumket B.N.S,
Shutiwan Poladech M.N.S, Manit Chaninporn M.Sc,
Janjanakorn Promkaew M.S.W, Wiparat Ruadcharoen B.Sc.**

Raj PrachaSamasai Institute,

Department of Disease Control, Ministry of Public Health

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study was undertaken between June and September 2016 aiming to study stigma and social distance of community members towards persons affected by leprosy in 5 regions of Thailand namely central, eastern, northern, north-eastern, and southern. Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC) and social distance scales were used to collect quantitative data in 675 calculated subjects which were selected by simple random sampling. Descriptive statistics such as frequency and means; and inferential statistics such as chi-square and logistic regression analysis were used to analyze the data.

It was found that there was a social distance of community members towards persons affected by leprosy at moderate level with median value at 11 (minimum and maximum value at 0 and 21 respectively). Predictive factors of a social distance were knowing leprosy from another people (adjusted OR = 0.4, $p = 0.013$), knowing leprosy from media (adjusted OR = 0.4, $p = 0.037$), perceiving that leprosy was caused by hereditary (adjusted OR = 2.9, $p = 0.001$) and germs (adjusted OR = 2.7, $p = 0.001$) and perceiving that leprosy was incurable (adjusted OR = 2.3, $p = 0.012$).

Regarding stigma, it was found that there was leprosy related stigma at moderate level with median value at 14 (minimum and maximum value at 0 and 30 respectively). Predictive factors of stigma were people with age below or equal to 50 (adjusted OR = 4.3, $p = 0.007$), age 51–60 (adjusted OR = 4.4, $p = 0.009$), not having leprosy relatives (adjusted OR = 2.6, $p = 0.013$), not having community members who have leprosy (adjusted OR = 2.2, $p < 0.001$), perceiving that leprosy caused by breathing the same air as people with untreated leprosy (adjusted OR = 0.5, $p = 0.043$), perceiving that leprosy was caused by sharing the same meal as people with leprosy (adjusted OR = 0.4, $p = 0.001$) and perceiving that leprosy was incurable (adjusted OR = 2.1, $p = 0.018$).

In conclusion, misperception about leprosy is a crucial factor that contributes to social distance and stigma. Related project should be implemented to establish community members' correct perception in order to reduce stigma and social distance towards persons affected by leprosy.

Key words: *Stigma, Social distance, People affected by leprosy*

บทนำ

สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทย (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2558) พบว่าปัจจุบันมีคนไทยป่วยด้วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั่วประเทศ 467 ราย โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2558 จำนวน 187 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการที่มองเห็นได้ (พิการระดับ 2) จำนวน 27 ราย หรือร้อยละ 14.44 ซึ่งลดลงจากปี 2553 ที่พบผู้ป่วยใหม่ที่พิการระดับ 2 จำนวน 60 ราย¹ ผู้ที่หายจากโรคเรื้อนโดยเฉพาะผู้ที่มีความพิการระดับ 2 ยังมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพในด้านต่าง ๆ ทั้งทางกาย สังคม และเศรษฐกิจ^{2,3} โดยความรังเกียจของโรคเรื้อนนั้่นมักพบว่ามีความสัมพันธ์กับความพิการ⁴ การรังเกียจบางครั้งเป็นการแสดงออกที่ไม่เปิดเผยแต่สามารถสังเกตได้จากระยะห่างทางสังคมซึ่งจะมีมากขึ้นเมื่อเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตส่วนตัวของบุคคลนั้น ๆ เช่น การไม่แนะนำเพื่อนให้รู้จัก เป็นต้น⁵ สิ่งเหล่านั้่นมักสร้างความอึดอัดใจแก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนทำให้ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับคนในชุมชน

การดำเนินงานโรคเรื้อนในช่วงสุดท้ายหลังการกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จในปี 2537 มีการกำหนดมาตรการในการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสภาวะความชุกโรคที่ลดต่ำลง รวมทั้งมาตรการในการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้มีชีวิตปกติหรือใกล้เคียงกับบุคคลทั่วไป เป็นการคงมาตรฐานการดำเนินงานโรคเรื้อนให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์กับประชาชนอย่างต่อเนื่องภายใต้วิสัยทัศน์(พ.ศ.2558 - 2563)“ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ไร้พิการ ไร้ตีตรา พึ่งพาตนเองได้”ภายในปี 2563”

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาการติดตามของประชาชนในชุมชนบางจังหวัด เช่น จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าสมาชิกชุมชนมีการติดตามในระดับปานกลาง โดยเกินกว่าครึ่งเห็นพ้องร่วมกันว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจะไม่บอกให้ใครทราบว่าตนเป็นโรคเรื้อน และยังมีผลกระทบด้านอื่นๆที่สำคัญอีกด้วย เช่น ปัญหาในการหาผู้แต่งงาน

ตลอดจนสร้างความยากลำบากของญาติในการหาผู้แต่งงานไปด้วย อีกทั้งจะทำให้หางานทำยากและคนในหมู่บ้านจะไม่ซื้ออาหารที่ขายโดยผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน⁶ และการศึกษาในจังหวัดชัยภูมิ พบว่าสมาชิกชุมชนยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคเรื้อน ว่าเป็นโรคทางกรรมพันธุ์และไม่สามารถรักษาได้ โดยผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีการตอบสนองต่อการติดตามโดยการไม่บอกใครให้ทราบว่าตนเองเป็นโรคเรื้อนและการหลีกเลี่ยงพบปะกับผู้อื่นๆในสังคม ซึ่งสมาชิกชุมชนส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจนว่ามีความรู้สึกเชิงลบต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความพิการ แต่มีการเพิกเฉย พุดจาลับหลัง รักษาระยะห่างของความสัมพันธ์ ไม่ไปมาหาสู่ที่บ้านและการไม่เข้าไปนั่งใกล้ เป็นต้น⁷ ปัจจุบันแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยใหม่จะลดน้อยลงซึ่งการติดตามโรคเรื้อนก็น่าจะลดน้อยลงด้วย แต่เมื่อมีการศึกษาวิจัยเรื่องการติดตามในชุมชนในจังหวัดดังกล่าวข้างต้น ก็พบว่าในชุมชนยังมีการติดตามอยู่

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการขยายพื้นที่การศึกษาเรื่องการติดตามและระยะทางสังคมของประชาชนที่มีต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนที่ยังเหลืออยู่ เพื่อนำมาจัดทำโครงการ กิจกรรมต่างๆเพื่อสนับสนุนให้สามารถบรรลุเป้าประสงค์และวิสัยทัศน์งานโรคเรื้อนต่อไปโดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการติดตามและระยะทางสังคมของประชาชนที่มีต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและระยะทางสังคมของประชาชนที่มีต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross - sectional descriptive design) ระหว่างเดือนมิถุนายน 2559 - กันยายน 2559 เลือกทำการศึกษาจากจังหวัดที่ดำเนินโครงการสำรวจสภาพความพิการ ปัญหาสังคมและเศรษฐกิจในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนปี 2559 (เพื่อที่จะมาทำการศึกษาในกลุ่ม

ประชาชนทั่วไปที่อยู่ในตำบลเดียวกับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการในอาสาสมัคร (ประชาชน) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค รหัส 1/59-026 มีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

1. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณจากการประมาณค่าสัดส่วนของ Lemeshow⁸ โดยแทนสัดส่วนประชาชนที่มีการติดราผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน (0.881) จากการศึกษาที่ชัยภูมิ⁹ ซึ่งคำนวณได้จำนวนตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไปในการศึกษาครั้งนี้ จังหวัดละ 135 คน ไม่จำกัดเพศและลักษณะทางสังคมต่างๆ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป

2. การสุ่มตัวอย่าง

2.1 เลือกจังหวัดโดยวิธีเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 5 จังหวัด จาก 9 จังหวัด ที่ทำโครงการสำรวจความพิการในปี 2559

2.2 เลือกอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน (ที่มีผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่รักษาหายแล้วจากโครงการสำรวจความพิการ) โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage sampling)

2.2.1 จังหวัดเพชรบูรณ์ 4 อำเภอ, 6 ตำบล, 11 หมู่บ้าน

2.2.2 จังหวัดจันทบุรี 4 อำเภอ, 7 ตำบล, 10 หมู่บ้าน

2.2.3 จังหวัดนครนายก 4 อำเภอ, 5 ตำบล, 8 หมู่บ้าน

2.2.4 จังหวัดศรีสะเกษ 5 อำเภอ, 7 ตำบล, 8 หมู่บ้าน

2.2.5 จังหวัดสตูล 3 อำเภอ, 4 ตำบล, 6 หมู่บ้าน

3. เลือกอาสาสมัคร(ประชาชน)โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีจับสลากรายชื่อประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลเดียวกับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนโดยเลือกประชาชนมาครัวเรือนละ 1 คน ตามบัญชีรายชื่อครัวเรือนที่ได้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/รพ.สต.ในพื้นที่มาทำการสุ่ม

หากในวันที่เก็บข้อมูลไม่พบประชากรตามรายชื่อดังกล่าว จะทำการเลือกโดยวิธีบังเอิญ (Accidental selection) จากประชากรที่อยู่ในวันที่ผู้วิจัยไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 5 ส่วน จำนวน 39 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกครอบครัว อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านการติดต่อสัมพันธ์/ประสบการณ์กับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การมีสมาชิกในครอบครัว เครือญาติ และสมาชิกในชุมชนเป็นโรคเรื้อน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลการรับรู้ด้านโรคเรื้อนจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ การได้ยิน/รู้จักโรคเรื้อน สาเหตุการเกิดโรค การติดต่อของโรค ลักษณะอาการของโรคเรื้อนที่คนอาจจะหลีกเลี่ยงที่จะเข้าใจ ความเข้าใจในการรักษาโรคเรื้อน และความเข้าใจเรื่องการหายจากโรค

ส่วนที่ 4 แบบวัดระยะทางสังคม(Social Distance Scales) ที่พัฒนาขึ้นโดย Emory Bogardus และถูกนำมาปรับใช้ในการศึกษาของ Dadun ในประเทศอินโดนีเซีย เพื่อวัดระยะทางสังคมของสมาชิกชุมชนที่มีต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนโดยตรง^{6,10} จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 คำตอบ ยินดี/ค่อนข้างยินดี/ไม่ค่อยยินดี และไม่ยินดี คะแนน 0/1/2/3 โดยมีค่าคะแนนรวมได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน ได้รับการแปล และถูกนำไปทดลองสอบถามกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชาชนในชุมชน อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ (อำเภอที่มีผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนอาศัยอยู่) จำนวน 30 คน แล้วนำไปทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม มีค่า alpha เท่ากับ 0.89 ซึ่งได้ปรับภาษาในข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยแล้ว โดยตัวแปรนี้จะถูกจัดกลุ่มเป็น Dichotomy ที่แบ่งจากค่าตัดสิน (Cut Off) ที่ใช้ตำแหน่ง Percentile 20 เท่ากับ 6 คะแนน แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีระยะทาง

สังคม(0-5 คะแนน) และกลุ่มที่มีระยะทางสังคม(6-21 คะแนน) เพื่อนำไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi - square test และ Logistic Regression

ส่วนที่ 5 แบบวัดการติดตามของชุมชน (EMIC: Explanatory Model Interview Catalogue) จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ 3 คำตอบ ไม่ทราบ/ไม่ใช่ คะแนนเท่ากับ 0, เป็นไปได้ คะแนนเท่ากับ 1 และ ใช่ คะแนนเท่ากับ 2 ตัวแปรการติดตามต่อโรคเรื้อนนี้มีค่าคะแนนได้ตั้งแต่ 0-30 คะแนน^{4,10-12} เป็นเครื่องมือที่ผ่านการแปลกลับ - ไปมาระหว่าง ภาษาอังกฤษและภาษาไทย ด้วยกันทั้งหมด 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 การแปลจากภาษาอังกฤษมาเป็นภาษาไทย ครั้งที่ 2 แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ และครั้งที่ 3 แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย เพื่อทดสอบความตรงในเชิงภาษาและเนื้อหาของแบบวัดให้มีความถูกต้อง¹³ และถูกนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยในประเทศไทย^{6,7,9,14} ตัวแปรนี้จะถูกจัดกลุ่มเป็น Dichotomy ที่แบ่งจากค่าตัดสิน (Cut Off) ที่ใช้ตำแหน่ง Percentile 20 เท่ากับ 8 คะแนน แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีการติดตาม(0-7 คะแนน) และกลุ่มที่มีการติดตาม (8-30 คะแนน) เพื่อนำไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi - square test และ Logistic Regression

สถิติที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์สองตัวแปรด้วยไค - สแควร์ และการวิเคราะห์หลายตัวแปรด้วยการถดถอยโลจิสติก(Logistic Regression Analysis)

ผลการศึกษา

ด้านข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนใน 5 จังหวัด ทั้ง 675 คน พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย ร้อยละ 77.6 อายุไม่เกิน 50 ปี ร้อยละ 50.1 รองลงมาคืออายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.4 แต่งงานแล้วร้อยละ 82.7 ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่มีสมาชิก 3 - 5 คน

ร้อยละ 59.3 มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 45.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 17.9 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 14.1 รับจ้างทั่วไปร้อยละ 12.4 และอื่นๆร้อยละ 10.1 อาศัยอยู่ในชุมชนระหว่าง 41 - 60 ปี ร้อยละ 34.2 รองลงมาคือ 21 - 40 ปี ร้อยละ 30.5 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 44.5 ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 36.7

ด้านการติดต่อสัมพันธ์/ประสบการณ์กับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

พบว่าประชาชนทั้ง 5 จังหวัดไม่มีสมาชิกในครอบครัวหรือมีเครือญาติเป็น/เคยเป็นโรคเรื้อนร้อยละ 96.9 และ 93.2 ตามลำดับ และประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 68.9 คิดว่าในชุมชนของตนไม่มีคนที่ เป็นโรคเรื้อนอาศัยอยู่

ด้านการรับรู้ข้อมูลด้านโรคเรื้อน

ด้านการได้ยินหรือการรู้จักโรคเรื้อน พบว่า ร้อยละ 72.9 เคยได้ยินหรือรู้จักโรคเรื้อน โดยแบ่งเป็น ร้อยละ 35.7 รู้จักจากการพบเห็นหรือเคยพูดคุยด้วยกับคนที่เป็นโรคเรื้อน ร้อยละ 19.7 จากการที่มีคนพูดถึงโรคเรื้อนหรือเล่าให้ฟัง รู้จักจากสื่อทางโทรทัศน์/วิทยุ/หนังสือพิมพ์ร้อยละ 9.2 และรู้จักจากเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลต่างๆ เช่น รพ.สต./ร.พ./คลินิก ฯลฯ ร้อยละ 8.3

ด้านสาเหตุการเกิดโรคเรื้อน พบว่าร้อยละ 35.8 คิดว่าเกิดจากเชื้อโรค ร้อยละ 30.4 คิดว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ ร้อยละ 28.9 ไม่ทราบว่าโรคเรื้อนเกิดจากสาเหตุอะไร และร้อยละ 4.9 คิดว่าเกิดจากเวรกรรม

ด้านการติดต่อหรือการเป็นโรคเรื้อน พบว่า ร้อยละ 46.5 ไม่ทราบว่ารับเชื้อหรือติดมาจากทางใด ร้อยละ 25.1 คิดว่าติดจากการกินอาหารร่วมกับกับคนที่เป็นโรค ร้อยละ 18.5 คิดว่าติดหรือรับเชื้อจากทางอากาศหรือทางหายใจร่วมกับคนที่ยังไม่ได้รับการรักษาโรคเรื้อน และร้อยละ 9.9 คิดว่ารับเชื้อโรคจากทางน้ำ/ดิน

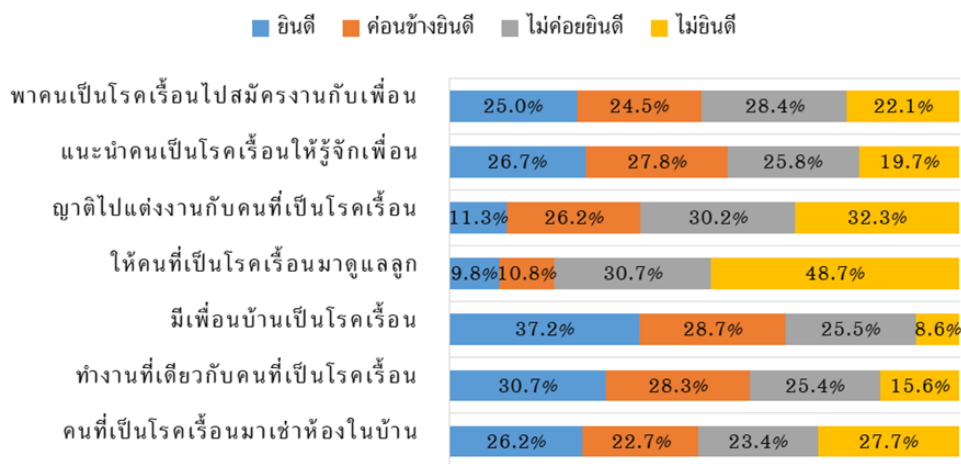
ด้านลักษณะอาการโรคเรื้อนที่คนอาจจะหลีกเลี่ยงที่จะเข้าใกล้ พบว่า ร้อยละ 71.3 คือลักษณะที่เป็นแผลเรื้อรังที่ตา มือหรือเท้า มากกว่าลักษณะอื่นๆ

ด้านความเข้าใจในการรักษาโรคเรื้อน พบว่า ร้อยละ 78.2 คิดว่าโรคเรื้อนน่าจะรักษาหายได้

ด้านความเข้าใจเรื่องการหายจากโรค พบว่า ร้อยละ 53.5 เห็นว่าคนที่รักษาโรคเรื้อรังจนหายและไม่ติดต่อกับคนอื่นนั้น หมายถึงคนที่รักษาตามยาจนครบตามที่แพทย์กำหนด และร้อยละ 42.5 คิดว่าการหายจากโรคเรื้อรังนั้นนอกจากจะทานยาจนครบแล้ว ยังต้องไม่มีความพิการหรือแผลปรากฏให้เห็นอีกด้วย โดยมี

จำนวน ร้อยละ 4 ที่เห็นว่าคนไม่มีความพิการหรือแผลให้เห็นเพียงอย่างเดียวก็เข้าใจว่าคนนั้นหายจากโรคแล้ว

จำนวนและร้อยละของระยะทางสังคม พบว่า เรื่องที่ประชาชนในชุมชนรู้สึกไม่ยินดีมากที่สุดคือ การที่คนเป็นโรคเรื้อรังมาอยู่ใกล้ชิดหรือช่วยเหลืองาน (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะระยะทางสังคมของประชาชนที่มีต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ไม่มีระยะทางสังคม มีจำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 18.1 และกลุ่มที่มีระยะทางสังคมจำนวน 553 คน คิดเป็นร้อยละ 81.9 โดยระยะทางสังคมมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 11 (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด = 0 – 21) โดยถือว่าประชาชนมีระยะทางสังคมในระดับปานกลาง การวิเคราะห์เชิงคู่ (Bivariate statistic) ระหว่างตัวแปรต่างๆกับระยะทางสังคมด้วยค่าไค-สแควร์ พบว่า อายุ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน การมีคนในครอบครัว เครือญาติและชุมชนเป็นโรคเรื้อรัง การรู้จักหรือเคยเห็นโรคเรื้อรัง ความรู้เรื่องสาเหตุการเกิดโรคเรื้อรัง ความเข้าใจในการรักษาโรคเรื้อรังและความเข้าใจในการรักษาโรคเรื้อรังจนหายไม่ติดต่อกับผู้อื่น (การหายจากโรค) กับระยะทางสังคมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญจากการทดสอบในขั้น Bivariate statistic ทั้ง 9 ตัวแปร มาหาค่าพยากรณ์

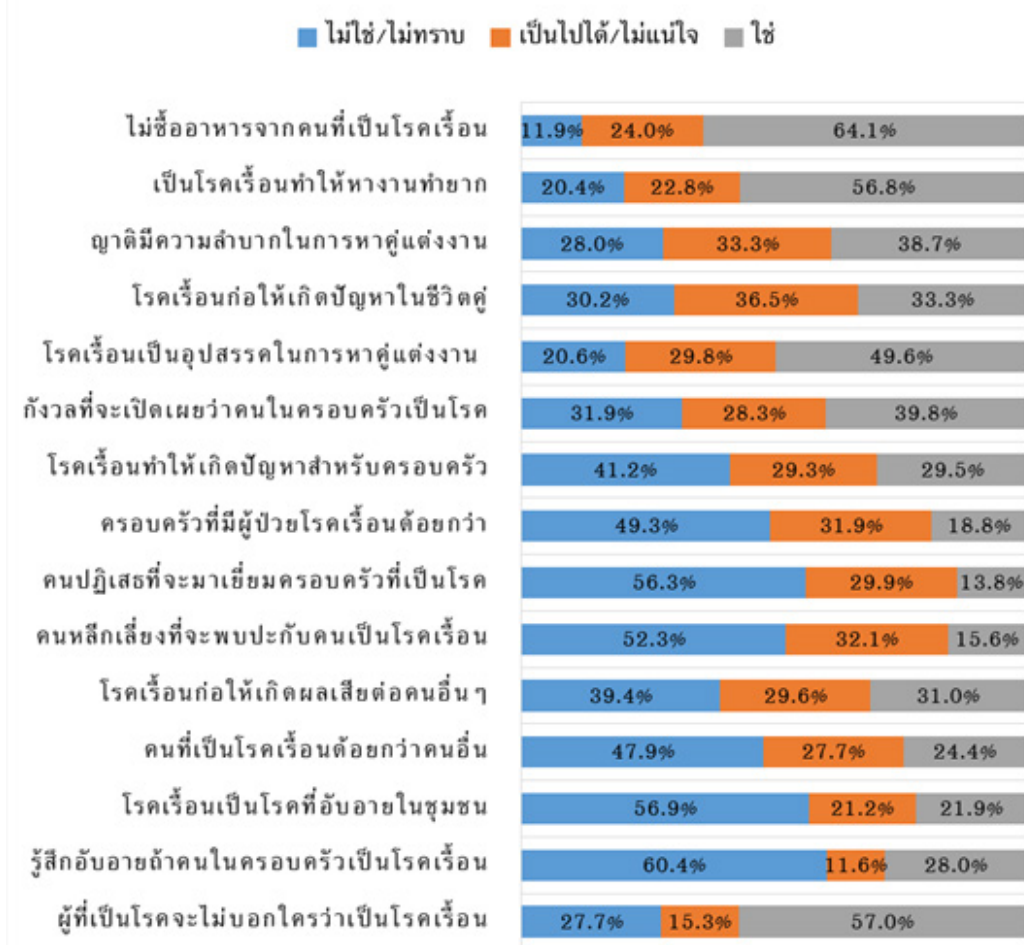
สุดท้ายในการทำนายระยะทางสังคมของประชาชนจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบปัจจัยทำนายได้แก่ การรู้จักโรคเรื้อรัง จากมีคนพูดหรือเล่าให้ฟัง (Adjusted OR = 0.4, $p = 0.013$) และการรู้จักจากสื่อ (ทางโทรทัศน์/วิทยุ/หนังสือพิมพ์) (Adjusted OR = 0.4, $p = 0.037$) จะทำให้ประชาชนมีโอกาสมีระยะทางสังคมเป็น 0.4 เท่าของประชาชนที่เคยเห็นหรือเคยพูดคุยกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยตนเอง ความเข้าใจว่าโรคเรื้อรังเกิดจากกรรมพันธุ์ (Adjusted OR = 2.9, $p = 0.001$) และเชื้อโรค (Adjusted OR = 2.7, $p = 0.001$) ทำให้มีโอกาสที่จะมีระยะทางสังคมเป็น 2.9 และ 2.7 เท่าของผู้ที่ไม่มีความคิดเห็นหรือไม่ทราบสาเหตุ ความเข้าใจว่าโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายได้ (Adjusted OR = 2.3, $p = 0.012$) ทำให้ประชาชนมีโอกาสที่จะมีระยะทางสังคมเป็น 2.3 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่เห็นว่ารักษาหายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายระยะทางสังคมของประชาชนต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis)

ตัวแปร	Adjusted Odd Ratio (95 % CI)	p-value
การได้ยินหรือรู้จักโรคเรื้อน		
ไม่รู้จัก	0.6 (0.3 - 1.1)	0.090
รู้จักจากมีคนพูดหรือเล่าให้ฟัง	0.4 (0.2 - 0.8)	0.013*
รู้จักจากเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลต่างๆ (รพ.สต./ร.พ./คลินิกฯลฯ)	0.5 (0.2 - 1.1)	0.074
รู้จักจากสื่อทางโทรทัศน์/วิทยุ/หนังสือพิมพ์	0.4 (0.1 - 0.9)	0.037*
รู้จักจากการพบเห็นหรือเคยพูดคุยด้วย	reference	
สาเหตุการเกิดโรคเรื้อน		
กรรมพันธุ์	2.9 (1.6 - 5.5)	0.001*
เชื้อโรค	2.7 (1.5 - 5.0)	0.001*
เวรกรรม	2.8 (0.9 - 8.3)	0.064
ไม่ทราบสาเหตุ	reference	
ความเข้าใจในการรักษาโรคเรื้อน		
ไม่สามารถรักษาให้หายได้	2.3 (1.2 - 4.4)	0.012*
สามารถรักษาให้หายได้	reference	

*หมายเหตุ: โดยสมการนี้มีค่า Overall Percentage เท่ากับ 82.2 ซึ่งหมายความว่าสมการนี้หรือ Model นี้ ในภาพรวมว่าพยากรณ์ได้ถูกต้องร้อยละ 82.2

จำนวนและร้อยละของการตีตรา พบว่า หากมีคนในหมู่บ้านเป็นโรคเรื้อน คนในหมู่บ้านจะไม่ซื้ออาหารจากคนที่เป็โรคร้อยละ 64.1 และการเป็นโรคเรื้อนน่าจะหางานทำยากร้อยละ 56.8 ในขณะที่เดียวกันคนในชุมชนเห็นว่าผู้ที่เป็โรคเรื้อนจะไม่บอกใครว่าตนเป็นโรค ร้อยละ 57 เป็นต้น(ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 จำนวนและร้อยละของการติตราของประชาชนที่มีต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

การศึกษาเรื่องการติตราพบว่า กลุ่มที่ไม่มีการติตรา มีจำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 และกลุ่มที่มีการติตราจำนวน 556 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 โดยการติตรามีค่ามัธยฐานเท่ากับ 14 (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด = 0 – 30) โดยถือว่าประชาชนในชุมชนมีการติตราในระดับปานกลาง การวิเคราะห์เชิงคู่ (Bivariate statistic) ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการติตราด้วยค่าไค – สแควร์ พบว่าเพศ อายุ การมีคนในครอบครัว เครือญาติ และชุมชนเป็นโรคเรื้อน ความรู้เรื่องการติดต่อหรือการเป็นโรคและความเข้าใจในการรักษาโรคเรื้อนให้หายกับการติตรามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญจากการทดสอบในขั้น Bivariate statistic ทั้ง 7 ตัวแปรมาหาค่าพยากรณ์สุดท้ายในการทำนายการติตราของประชาชนจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบปัจจัยทำนายได้แก่ อายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี (Adjusted OR = 4.3, $p = 0.007$) อายุ 51 – 60 ปี (Adjusted OR = 4.4, $p = 0.009$) จะมีโอกาสติตราประมาณ 4.3 และ 4.4 เท่าของประชาชนที่มีอายุมากกว่า การไม่มีเครือญาติเป็นโรคเรื้อน (Adjusted OR = 2.6, $p = 0.013$) การไม่มีคนในชุมชนเป็นโรคเรื้อน (Adjusted OR = 2.2, $p < 0.001$) จะมีการติตราต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็น 2.6 และ 2.2 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีเครือญาติหรือมีคนใน

ชุมชนเป็นโรคเรื้อน ความเข้าใจว่าโรคเรื้อนติดต่อกันทาง การหายใจร่วมกับคนที่ยังไม่ได้การรักษาโรคเรื้อน (Adjusted OR = 0.5, $p = 0.043$) ความเข้าใจว่าโรค เรื้อนติดต่อกันทางการกินอาหารร่วมกับคนเป็น โรคเรื้อน(Adjusted OR = 0.4, $p = 0.001$) จะทำให้ มีโอกาสเกิดการตีตราเป็น 0.5 และ 0.4 เท่า เมื่อเทียบ กับการเข้าใจว่าเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ และความเข้าใจว่า โรคเรื้อนไม่สามารถรักษาให้หายได้ (Adjusted OR = 2.1, $p = 0.018$) มีโอกาสที่จะมีการตีตราเป็น 2.1 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เห็นว่ารักษาหายได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการตีตราของประชาชนต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนด้วยการวิเคราะห์ การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis)

ตัวแปร	Adjusted Odd Ratio (95 % CI)	p-value
อายุ		
≤ 50 ปี	4.3 (1.5 – 12.5)	0.007*
51 – 60 ปี	4.4 (1.4 – 13.4)	0.009*
61 – 70 ปี	2.6 (0.8 – 8.6)	0.116
71 ปี ขึ้นไป	reference	
การมีเครือญาติเป็นโรคเรื้อน		
ไม่มี	2.6 (1.2 – 5.6)	0.013*
มี	reference	
การมีคนในชุมชนเป็นโรคเรื้อน		
ไม่มี	2.2 (1.4 – 3.5)	0.000*
มี	reference	
การรับเชื้อหรือการเป็นโรคเรื้อน		
ทางอากาศหรือทางการหายใจร่วมกับคนที่ยังไม่ได้รับ การรักษาโรคเรื้อน	0.5 (0.3 – 1.0)	0.043*
ทางน้ำ/ดิน	1.2 (0.6 – 2.4)	0.513
ทางการกินอาหารร่วมกับคนเป็นโรคเรื้อน	0.4 (0.2 – 0.7)	0.001*
อื่นๆ(ไม่ทราบ)	reference	
ความเข้าใจในการรักษาโรคเรื้อน		
ไม่สามารถรักษาให้หายได้	2.1 (1.1 – 3.9)	0.018*
สามารถรักษาให้หายได้	reference	

*หมายเหตุ: โดยสมการนี้มีค่า Overall Percentage เท่ากับ 82.8 ซึ่งหมายความว่าสมการนี้หรือ Model นี้ ในภาพรวมว่า พยากรณ์ได้ถูกต้องร้อยละ 82.8

อภิปรายผล

1. ระยะทางสังคม

จากผลการศึกษา พบว่าเรื่องที่ประชาชนในชุมชนรู้สึกไม่ยินดีมากที่สุดคือการที่คนเป็นโรคเรื้อนมาอยู่ใกล้ชิดหรือช่วยเหลืองานบุตร และการมีญาติไปแต่งงานกับคนเป็นโรคเรื้อนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอินโดนีเซีย⁵ ว่าสมาชิกชุมชนจะมีระยะทางสังคมสูงขึ้นเมื่อเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตส่วนตัวหรือเป็นเรื่องใกล้ตัว

ปัจจัยทำนายระยะทางสังคมที่พบว่า การรู้จักโรคเรื้อนจากมีคนพูดหรือเล่าให้ฟังและการรู้จักจากสื่อ (ทางโทรทัศน์/วิทยุ/หนังสือพิมพ์) จะทำให้ประชาชนมีโอกาสมีระยะทางสังคมมากกว่าคนที่เคยเห็นหรือเคยพูดคุยกับผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยตนเองนั้น อาจเนื่องจากการไม่เคยเห็นผู้ป่วยด้วยตนเองแต่ผ่านการบอกเล่าหรือได้ยินได้ฟังจากคนอื่นหรือสื่ออื่นๆที่อาจเป็นภาพลักษณ์ของผู้ป่วยในอดีต จึงทำให้เกิดเจตคติด้านลบได้ต่างจากประชาชนที่เคยพบเห็นคนที่เป็นโรคเรื้อนด้วยตนเองที่มักจะให้ระยะทางสังคมไม่มากเพราะอาจมีความคุ้นเคยหรือเห็นเป็นญาติหรือเพื่อนบ้านที่อยู่ร่วมในชุมชนเดียวกันที่มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมร่วมกัน

ความรู้ความเข้าใจของประชาชนว่าโรคเรื้อนเกิดจากกรรมพันธุ์ และไม่สามารถรักษาให้หายได้จะมีระยะทางสังคมมากกว่า เนื่องจากการรับรู้เชิงลบซึ่งเป็นความรู้ความเข้าใจต่อโรคเรื้อนที่ไม่ถูกต้อง ในขณะที่เดียวกันความเข้าใจว่าโรคเรื้อนเกิดจากเชื้อโรคก็ทำให้มีระยะทางสังคมมาก เพราะเชื้อโรคเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆของมนุษย์ที่ทำให้เกิดความกลัว

2. การตีตรา

จากผลการตีตรา พบว่าหากมีคนในหมู่บ้านเป็นโรคเรื้อน คนในหมู่บ้านจะไม่ซื้ออาหารจากคนที่เป็นโรคเรื้อนละ 64.1 สอดคล้องกับการศึกษาในอินโดนีเซีย ไทย และเนปาล^{5,6,12,15} อาจเนื่องมาจากยังมีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องว่าโรคเรื้อนติดต่อกันทางการกินอาหาร ในขณะที่เดียวกันคนในชุมชนเห็นว่าการเป็นโรคเรื้อนน่าจะทำงานทำยากร้อยละ 56.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอินโดนีเซียและไทยว่าสาเหตุและปัจจัยของการตีตรา

นั้นเกี่ยวข้องกับลักษณะของโรคเรื้อนที่เห็นได้ด้วยตาเปล่า หรืออาการที่ปรากฏภายนอกและการกลัวการติดโรค^{5,12,16}

ผู้ที่เป็โรคจะไม่บอกใครว่าเป็นโรคซึ่งผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยมักปกปิดตนเองต่อผู้อื่น^{6,7,15,17} การปกปิดตนเองยังอาจแสดงออกมาในรูปแบบของการไม่เข้าร่วมสังคมหรือไม่เข้าใกล้แหล่งชุมชน ร้านค้า การไม่เข้าร่วมงานหรือกิจกรรมของชุมชน ฯลฯ จึงอาจทำให้มีระยะทางสังคมมากและมีการตีตราสูงขึ้นได้เพราะระยะทางสังคมกับการตีตราเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน^{5,6} ในขณะเดียวกันการปกปิดตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยนี้ ทำให้ประชาชนบางส่วนเข้าใจว่าในชุมชนของตนไม่มีคนที่เป็นโรคเรื้อนอาศัยอยู่ แต่การตีตรานั้นอาจมาจากภาพลักษณ์ที่เคยเห็นในอดีต ซึ่งชุมชนที่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนไม่ปกปิดตนเองหรือชุมชนที่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนสามารถหลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวกับชุมชนได้ก็อาจมีการตีตราน้อยกว่า

ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อนไม่สามารถรักษาหายได้ มีความสัมพันธ์กับการตีตราที่สูงขึ้น¹⁷ อาจเป็นเพราะการที่คิดว่าโรคเรื้อนรักษาไม่หายก่อให้เกิดความกลัวและมีเจตคติที่ไม่ดีต่อโรคซึ่งเป็นลักษณะหนึ่งของการตีตรา

คนอายุน้อยกว่า 60 ปี มีโอกาสที่จะตีตรามากกว่าคนที่อายุ 60 ปีขึ้นไป อาจเนื่องจาก คนสูงอายุมิ่ประสบการณืต่อโรคเรื้อนหรือความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆในชีวิตและมีการยอมรับได้ง่ายกว่าคนที่อายุน้อยกว่า และผู้ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี เป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงานซึ่งอาจจะมีโอกาสได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อนน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน เนื่องจากการรณรงค์ให้ความรู้ในหลายพื้นที่มักจะดำเนินการในหมู่บ้านซึ่งเป็นช่วงเวลาที่คนออกจากบ้านไปทำงาน

สรุป

โดยรวมแล้ว ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อนที่ไม่ถูกต้องทำให้มีผลต่อระยะทางสังคมและการตีตรา จากผลการศึกษาที่ผ่านมาและการศึกษานี้จะเห็น

ได้ว่าการตีตราในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนยังคงมีอยู่ทั้งในมุมมองของผู้ประสบปัญหา สมาชิกชุมชน และ บุคลากรสาธารณสุข^{6,7,12,18,19} เพียงแต่ความรุนแรงดูเหมือนจะลดน้อยลงกว่าในอดีต เนื่องจากปัจจุบันผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้ แต่มีบางส่วนที่มีความพิการมากยังมีการปกปิดตนเองทำให้ขาดการมีส่วนร่วมทางสังคมจนไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่อื่น ๆ และในกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่เป้าหมายในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และสถานบริการต่าง ๆ เช่น โรงแรม สำนักงาน ร้านค้า เป็นต้น รวมทั้งอาจมีการศึกษาความแตกต่างระหว่างชุมชนที่มีผู้ประสบปัญหา อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวนมาก กับชุมชนที่มีผู้ประสบปัญหาอาศัยอยู่น้อย เพื่อจะได้นำมาจัดรูปแบบการให้ความรู้ สื่อ และกิจกรรมที่เหมาะสมทั้งมิติเรื่องเวลา สถานที่ และกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนให้มีส่วนร่วมเป็นหนึ่งเดียวกับชุมชนเพื่อลดการตีตราและระยะทางสังคมในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณประชาชนในชุมชน ผู้อำนวยการ และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ที่ 4 จังหวัดสระบุรี ที่ 6 จังหวัดชลบุรี ที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี และที่ 12 จังหวัดสงขลา สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย และคณะผู้วิจัยทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้การศึกษาวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย. สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทยปี พ.ศ.2558. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2558. (อัดสำเนา)

2. พจนา ัญญุกิตติกุล, นพพร ศรีคำบ่อ, สมจินตนา ชุนเศรษฐี, เนรัญชรา สายกาล. การสำรวจความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย เศรษฐกิจ สังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ณ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี 2557; 12(3): 30-43.
3. ธิดา นิมมา. รายงานผลการสำรวจความพิการ ปัญหา เศรษฐกิจ สังคมและการฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็นที่เหมาะสมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจังหวัดพิจิตร. นครสวรรค์: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3; 2558. (อัดสำเนา)
4. Van Brakel WH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 5]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22826694>
5. Dadun, Van Brakel WH, Peters RMH, Lusli M, Miranda-Galarza B, Zweekhorst MBM, et al. Assessing social distance as stigma predictor: exploring silent stigma towards people affected by leprosy from a community perspective in Indonesia. Proceedings of the 18th International Leprosy Congress; 2013 Sep 16 – 19; Brussels, Belgium. Brussels: World Health Organization; 2013.
6. ศิรามาศ รอดจันทร์, ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รังค์, พจนา ัญญุกิตติกุล, นพพร ศรีคำบ่อ, เพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล, ภัสราภรณ์ แก้วไทรนันท์, และคณะ. การสำรวจความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารควบคุมโรค 2554; 37(3): 186-96.

7. Sermrittirong S, Van Brakel WH, Rodchan S, Nuncho S, Bunders-Aelen JFG. Assessing the attitudes and perceptions of community members and health workers regarding leprosy stigma. *Int J Trop Dis Health* 2015; 5(1): 11–24.
8. Lwanga SK and Lemeshow S. Sample size determination in health studies : A practical manual. England: Macmillan; 1991.
9. Sermrittirong S, Van Brakel WH, Bunders-Aelen JFG, Unarat G, Thanyakittikul P. The effectiveness of de-stigmatising interventions. *IJTDH* 2014; 4(12): 1218–32.
10. Peters RMH, Dadun, Van Brakel WH, Zweckhorst MBM, Damayanti R, Bunders-Aelen JFG, et al. The cultural validation of two scales to assess social stigma in leprosy. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 10]; 8(11): e3274. doi: 10.1371/journal.pntd.0003274. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25376007>
11. Adhikari B, Kaehler N, Chapman RS, Raut S, Roche P. Factors affecting perceived stigma in Leprosy affected persons in western Nepal. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 10]; 8(6): e2940. doi: 10.1371/journal.pntd.0002940. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24901307>
12. Kaehler N, Adhikar B, Raut S, Marahatta SB, Chapman RS. Perceived stigma towards leprosy among community members living close to Nonsomboon Leprosy Colony in Thailand. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 15]; 10(6): e0129086. doi:10.1371/journal.pone.0129086. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/babd/e7d953d94a9b9a9871f1b15e56a2d6b15216.pdf>
13. สถาบันราชประชาสมาสัย. คู่มือการสำรวจสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2554. (อัดสำเนา)
14. Sermrittirong S, Van Brakel WH, Bunders-Aelen JFG, Ariyothai N, Chaidee N. Addressing stigma related to leprosy: lessons from an intervention study in Thailand. *Int J Trop Dis Health* 2015; 5(1): 48–63.
15. Adhikari B, Shrestha K, Kaehler N, Raut S, Chapman RS. Community attitudes towards leprosy affected persons in Pokhara municipality of western Nepal. *J Nepal Health Res Counc* 2013; 11(25): 264–8.
16. Sermrittirong S, Van Brakel WH. Stigma in leprosy: concept, causes and determinants. *Lepr Rev* 2014; 85(1): 36–47.
17. Singh R, Singh B, Mahato S. Community knowledge, attitude, and perceived stigma of leprosy amongst community members living in Dhanusha and Parsa districts of Southern Central Nepal. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 6]; 13(1): e0007075. doi: 10.1371/journal.pntd.0007075. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30633780>
18. ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อนวัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์. *วารสารควบคุมโรค* 2561; 44(1): 19–29.
19. ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. การรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. *วารสารควบคุมโรค* 2560; 43(3): 329–41.