

เรื่อง

วิถีชีวิตการเผชิญปัญหา ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน  
ในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564



โดย

เกรียงศักดิ์ เพาะโกชน์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2565

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ให้ความกรุณาให้คำปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ สำหรับข้อมูลด้านผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่ ขอขอบคุณตัวแทนผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือทั้ง 3 นิคม รวมทั้งเจ้าหน้าที่สถาบันราชประชาสมาสัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ข้อมูลในการศึกษา ซึ่งมีคุณค่าและประโยชน์อย่างมากนำไปสู่การดำเนินงานด้านโรคเรื้อนภายหลังการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปของประเทศไทยต่อไป

## สารบัญ

รูปภาพ	หน้า
1. กระบวนการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของ ลาซาลัสและโพล์คแมน	8
2. ขั้นตอนการปรับตัว	13
3. การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านแม่ทะหมู่ 9” จังหวัดลำปาง (นิคมแม่ทะ)	49
4. การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านแม่ทะหมู่ 9” จังหวัดลำปาง (นิคมแม่ทะ)	49
5. การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านแม่ทะหมู่ 9” จังหวัดลำปาง (นิคมแม่ทะ)	50
6. การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ทะ จังหวัดลำปาง	50
7. การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดลำปาง	51
8. การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานเทศบาลตำบลแม่ทะ จังหวัดลำปาง	51
9. การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านราชประชาสามัคคี” จังหวัดน่าน (นิคมฝายแก้ว)	52
10.การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านราชประชาสามัคคี” จังหวัดน่าน (นิคมฝายแก้ว)	52
11.การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานธนารักษ์ จังหวัดน่าน	53
12.การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านนิคมแม่ลาว” จังหวัดเชียงราย (นิคมแม่ลาว)	53
13.การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านนิคมแม่ลาว” จังหวัดเชียงราย (นิคมแม่ลาว)	54
14.การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย	54
15.การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลธารทอง จังหวัดเชียงราย	55
16.การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลธารทอง จังหวัดเชียงราย	55
17.การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง จังหวัดเชียงราย	56

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาวิถีชีวิตการเผชิญปัญหา ผลกระทบ และการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 จำนวน 3 นิคม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม (Focus group) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และแบบสัมภาษณ์การถอดบทเรียน (Lesson learn) โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบเรื่องเล่า (Narrative analysis) เพื่อให้การศึกษาน่าสนใจมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตการเผชิญปัญหาและผลกระทบ จากประสบการณ์การเป็นโรคเรื้อนที่สำคัญ คือ การตีตรา (Stigma) มีการแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติ อย่างชัดเจนจากคนภายนอกนิคมโรคเรื้อน จนมีบางแห่งเรียกนิคมโรคเรื้อนว่า “หมู่บ้านงูเห่า” ด้วยสภาพนิ้วมือที่หงิกงอคล้ายงู เนื่องจากผลกระทบที่ได้รับจากโรคเรื้อน กลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวได้ อยู่ในรุ่นลูกหลาน มีอายุไม่มาก สามารถดำเนินชีวิตในปัจจุบันได้อย่างปกติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวไม่ได้ อยู่ในรุ่นพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย เป็นวัยสูงอายุ เนื่องจากด้วยสภาพความพิการของร่างกายประกอบกับความรู้ ความเข้าใจต่อโรคเรื้อนของคนในอดีตยังมีไม่มากนัก ภาพจำการถูกรังเกียจและการถูกเลือกปฏิบัติ จนกลายเป็นการประทับตราให้กับตนเอง (Self stigma) ทำให้ไม่มีความสุขในชีวิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าสู่ระบบการเช่าที่ดินราชพัสดุ เนื่องจากมีการเรียกเก็บเงินค่าเช่าย้อนหลังจากกรมธนารักษ์

ข้อเสนอจากการศึกษา ถึงแม้ว่าประเทศไทยสามารถควบคุมโรคเรื้อนได้สำเร็จ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 แต่จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนยังมีปัญหาด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ จึงควรมีการแก้ไข ปัญหาภาพจำการถูกประทับตราบาป (Self stigma) ในอดีตของการเป็นโรคเรื้อน และควรมีการแก้ไข ปัญหาการเรียกเก็บค่าเช่าที่ดินราชพัสดุย้อนหลัง ซึ่งกรมควบคุมโรคควรเป็นแกนหลักให้มีการติดตาม ประเมินผลในทุกมิติ โดยดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**คำสำคัญ :** วิถีชีวิต การเผชิญปัญหา ผลกระทบและการปรับตัว ผู้ป่วยโรคเรื้อน นิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอน ให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

“โรคเรื้อน” เป็นโรคที่สร้างความพิการที่ถาวรให้แก่ผู้ป่วย อันเกิดจากการทำลาย ของเส้นประสาทและอวัยวะที่เป็นโรค ทำให้กลายเป็นบุคคลที่น่าสงเวช ไม่สมประกอบ เสื่อมสมรรถภาพและเป็นที่รังเกียจของสังคม (ธีระ รามสูต, 2535) โรคเรื้อนนั้นเป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่โบราณกาล ประวัติศาสตร์ได้กล่าวถึงโรคเรื้อนมานานร่วม 2,500 ปีแล้ว มีการสันนิษฐานว่าโรคเรื้อนน่าจะเกิดเป็น ที่แรกๆ ในทวีปแอฟริกาหรือเอเชีย ในช่วงก่อนคริสตกาล เนื่องจากมีหลักฐานทางประวัติศาสตร์มากมายที่เกี่ยวข้องหรือคล้ายคลึงกับโรคเรื้อน เช่น หน้ากากดินเผาของชาวไนจีเรียโบราณที่มีใบหน้าพิการ แบบผู้ป่วยโรคเรื้อน การค้นพบบันทึกโรคระบาดที่อาการคล้ายกับโรคเรื้อนของชาวอียิปต์ และชาวอินเดีย ซึ่งใกล้เคียงกับการปรากฏในบันทึกการระบาดของโรคเรื้อนในอาณาจักรกรีก ที่เกิดขึ้นหลังจากกองทัพของพระเจ้าอเล็กซานเดอร์มหาราช กลับจากการทำศึกกับอาณาจักรเปอร์เซียที่มีพื้นที่ติดต่อกับอียิปต์และอินเดีย (<https://www.nsm.or.th/nsm/th/node/9949>)

ในประเทศไทย รัชสมัยรัชกาลที่ 3 ปี พ.ศ.2430 นายแพทย์เจมส์ ดับบลิวแม็คเคน ศัลยแพทย์จากมลรัฐโอไฮโอ และภรรยาได้เข้ามาทำงานเป็นแพทย์อาสาสมัครในคณะแพทย์เพรสไบทีเรียนมิชชันที่จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเผยแพร่ศาสนาและออกไปรักษาโรคทั่วไป นายแพทย์ แม็คเคน ได้พบผู้ป่วยโรคเรื้อนขอทาน 6 ราย จึงมีความสงสาร ช่วยเหลือหาที่อยู่เป็นหลักแหล่งและให้การสงเคราะห์เครื่องนุ่งห่มและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นครั้งแรก (ธีระ รามสูต, 2559 หน้า 95) และด้วยพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยการสนับสนุนของสมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า พระราชทานจัดสร้าง “สถาบันโรคเรื้อนแม็คเคน” ซึ่งเป็นสถานพยาบาลโรคเรื้อนแห่งแรกของประเทศไทย และเป็นศูนย์กลางของโครงการควบคุม รักษา สงเคราะห์ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่ในภาคเหนือ และบางส่วนจากภาคอื่นๆ และประเทศจีนตอนใต้ (ธีระ รามสูต, 2559 หน้า 96)

นิคมโรคเรื้อนได้ถูกจัดตั้งขึ้น โดยกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทยในสมัยนั้น ได้มีวิธีการควบคุมโรคเรื้อน โดยมุ่งแยกกักผู้ป่วยโรคเรื้อนไว้ในสถานพยาบาลและนิคมโรคเรื้อนของภาครัฐ (Institutional/Isolation Approach) โดยจัดตั้งนิคมโรคเรื้อน จำนวน 14 แห่ง ทั่วทุกภาคของประเทศ เพื่อดูแลรักษา สงเคราะห์และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและครอบครัวที่พิการ ยาจน ไร้ญาติและอาชีพ พึ่งตนเองไม่ได้ ภายหลัมียาบำบัดโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพและความรู้ ความก้าวหน้าทางด้านโรคเรื้อนที่มีมากขึ้น การควบคุมโรคเรื้อนจึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีแยกกักแบบเก่า โดยใช้วิธีมุ่งค้นหาและรักษาควบคุมผู้ป่วย

ที่บ้านแทน ดังได้มีการเริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ตามแนวพระราชดำริ นับแต่ปี พ.ศ.2499 จนขยายโครงการครอบคลุมทั่วประเทศ และกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข (ธีระ รามสูต, 2559 หน้า 227)

ภายหลังจากการกำจัดโรคเรื้อนสำเร็จแล้ว กรมควบคุมโรค มีนโยบายที่จะเริ่มเปลี่ยนแปลงสภาพของนิคมโรคเรื้อน โดยใช้หลักการฟื้นฟูสภาพโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation : CBR) ในการถ่ายโอนบูรณาการนิคมโรคเรื้อนให้เป็นหมู่บ้านปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยที่หายจากโรคเรื้อนแล้วมีสิทธิและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมเยี่ยงประชาชนทั่วไป (ธีระ รามสูต, 2559 หน้า 227) โดยกรมควบคุมโรคได้กำหนดเป็นนโยบายจุดเน้นที่ต้องถ่ายโอนให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 หมวด 4 ให้มีภารกิจที่จะต้องถ่ายโอนและปรับเปลี่ยนบทบาทตามลักษณะการกระจายของเงินงบประมาณ แต่ในปี พ.ศ.2551 การถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนยังไม่ถูกกำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจ ฉบับที่ 2 เนื่องจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละนิคมโรคเรื้อนที่กระจาย อยู่ทั่วประเทศ ซึ่งจะไม่ใช่เป็นการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงหน่วยงานเดียว แต่จะเป็นการบูรณาการจากองค์กรต่างๆ ในพื้นที่เพื่อการพัฒนาให้เป็นชุมชนทั่วไป (โกเมศ อุรัตน และคณะ, 2556 หน้า 2) จากนโยบายดังกล่าวส่งผลให้ปัจจุบันจึงมีนิคมโรคเรื้อนที่ถูกยกเลิกตามประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศ จำนวน 12 นิคม ยังคงเหลือ “สถานสงเคราะห์สถาบันราชประชาสมาสัย” ซึ่งเป็นนิคมโรคเรื้อนเพียงแห่งเดียวที่อยู่ภายใต้ ความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรค (มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563 หน้า 89)

รายงานผลการปฏิบัติงานผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจโรคเรื้อนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของนิคมอำนาจเจริญตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ที่ผ่านการลงนามบันทึกข้อตกลงการถ่ายโอน ในวันที่ 8 กันยายน 2557 จนถึงปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้ครบถ้วนทุกประเด็น (นิพนธ์ แสนโคตร และไพรัช วัชรกุลธรไทย, 2564 หน้า 409) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิยม ไกรปุย และโกเมศ อุรัตน (2562, หน้า 55) ที่พบว่า บริบทสภาพปัญหาในอดีตนิคมโรคเรื้อนปราสาทถูกบุกรุกที่ดินทำกิน และปัญหาหลังการถ่ายโอนนิคมพบความรังเกียจของประชาชนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน ชุมชนไม่มีความใกล้ชิดกัน มีความรังเกียจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ (2561, หน้า19) ที่พบว่า การตีตราส่งผลให้ผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรคและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์ รักษาล่าช้า ขาดการรักษา ปกปิดโรค มีปัญหาสุขภาพจิตมีปัญหาชีวิตคู่ และปัญหา ในการประกอบอาชีพ อันขัดขวางความสำเร็จในงานป้องกันควบคุมโรคในภาพรวม รวมทั้งสอดคล้องกับธีระ รามสูต (2535, หน้า 412) ที่ได้กล่าวถึง ปัญหาเชิงสังคมที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน ไว้ว่า ดังเช่นสมัยก่อนสังคมใช้คำว่า “Leper” หรือ “พวกขี้เรื้อน” ซึ่งองค์การอนามัยโลก รวมทั้งแพทย์โรคเรื้อนได้รณรงค์และขอร้องให้ใช้คำว่า “คนไข้หรือผู้ป่วยโรคเรื้อน” (Leprosy Patients) แทน เพราะคำว่า “ขี้เรื้อน”

เปรียบผู้ป่วยเสมือนเป็นสัตว์เป็นเหมือน “หมาขี้เรื้อน” อันเป็นเสมือนการประทับเงามืดหรือตีตราบาปทางสังคม (Social stigmazation) ให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนและบุตรต้องทนทุกข์ทรมานไปชั่วชีวิต แม้บุตรที่เกิดมาจะไม่ติดโรคและไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อน แต่ตราบาปในฐานะลูกขี้เรื้อนก็ยังประทับแก่เขาอยู่ด้วย จากความรังเกียจไม่ยอมรับของสังคม จนบางแห่งถึงกับขับไล่ให้ออกไปจากชุมชน (Ostracism) ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวบางส่วนเหล่านี้ต้องหวาดวิตก หวาดกลัว กังวลต้องคอยปกปิดหลบซ่อนตัวด้วยความทนทุกข์ทรมาน ไร้ความสุข บ้างก็หย่าร้าง และออกไปจากครอบครัวแบบบ้านแตกสาแหรกขาด (Broken Home)

จากความสำคัญของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อนที่ถูกถ่ายโอนภารกิจแล้วตามนโยบายของภาครัฐ ยังคงเผชิญปัญหาและผลกระทบในด้านต่างๆ ทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ตั้งแต่ครั้งอดีตจนถึงปัจจุบัน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน กรมควบคุมโรคมีหน่วยงานในสังกัดที่ตั้งอยู่ในภูมิภาค คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ มีพื้นที่รับผิดชอบ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แม่ฮ่องสอน แพร่ และน่าน เดิมทีนิคมโรคเรื้อนในความดูแล 3 แห่ง ได้แก่ นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน และนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ปัจจุบันเป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไปตามนโยบาย การถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไปตามภารกิจหลักของกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ.2556 จึงไม่มีนิคมโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบแล้ว แต่มีผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อนที่จำหน่ายจากการรักษาแล้ว ได้รับเงินค่าอาหารและเงินสงเคราะห์โรคเรื้อนจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 318 ราย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาวิถีชีวิตการเผชิญปัญหา ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 เพื่อทราบถึงวิถีชีวิตการเผชิญปัญหา ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนทางภาคเหนือ และเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานในการสนับสนุนข้อมูลการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคม

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาวิถีชีวิตการเผชิญปัญหา ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564
2. เพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนข้อมูลการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคม

### 1.3 ขอบเขตการศึกษา

#### ขอบเขตด้านพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิถีชีวิตการเผชิญปัญหา ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564 จำนวน 3 นิคม ได้แก่ 1) นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง 2) นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน และ 3) นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล เจ้าหน้าที่หน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่หน่วยงานอนุรักษ์พื้นที่ เจ้าหน้าที่หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และเจ้าหน้าที่สถาบันราชประชาสมาสัย

#### ขอบเขตด้านเนื้อหา

ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตด้านเนื้อหาในการศึกษา โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีการเผชิญปัญหา การปรับตัวและการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา และกำหนดประเด็นเพื่อวิเคราะห์ผล นำเสนอผลในรูปแบบเรื่องเล่า (Narrative analysis) เพื่อให้การศึกษามีความน่าสนใจ ประเด็นเนื้อหาในการศึกษา มีดังนี้ 1) วิถีชีวิตการเผชิญปัญหาและผลกระทบของผู้ป่วยโรคเรื้อนในด้านการดำเนินชีวิตในครอบครัว ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวและความสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อนกับชุมชน 2) การปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในการเผชิญกับปัญหา 3) การสนับสนุนทางสังคม จากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 4) ผลลัพธ์ที่ได้จากการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในการเผชิญปัญหา ซึ่งจะสะท้อนการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนภายหลังจากการถ่ายโอนนิคม

#### ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาศึกษา 2 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2563 - กันยายน พ.ศ.2565

### 1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

**วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน** หมายถึง การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน เช่น ครอบครัว ชุมชน ศาสนา การศึกษา การประกอบอาชีพ เป็นต้น ที่เป็นเอกลักษณ์แบบแผนปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเรื้อน และชุมชนนั้นๆ

**การเผชิญปัญหา ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน** หมายถึง กระบวนการที่แสดงออกของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในรูปแบบพฤติกรรมต่างๆ เพื่อขจัดสิ่งที่มาคุกคามที่นำไปสู่ผลกระทบต่อชีวิตทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ โดยใช้กลไกการป้องกันตนเองในการปรับตัวกับปัญหา เพื่อลดผลกระทบที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจและให้กลับสู่ภาวะที่ปกติ

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการดูแลช่วยเหลือในลักษณะต่างๆ จากหน่วยงานของภาครัฐ ที่เกี่ยวข้องตามบทบาทภารกิจ ในรูปแบบที่เป็นตัวเงิน สิ่งของ รวมทั้งสวัสดิการ



ต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เทศบาล/อำเภอ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง  
ของมนุษย์จังหวัด และธนาภิรักษ์พื้นที่จังหวัด

**ผู้ป่วยโรคเรื้อน** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน ได้รับการรักษาแล้ว  
ไม่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบกรมควบคุมโรคว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ป่วย  
พิการจากโรคเรื้อน พ.ศ.2557 ที่พักอาศัยในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ  
3 นิคม คือ นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน และนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย  
รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน

**นิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ** หมายถึง นิคมโรคเรื้อนในภาคเหนือ  
3 นิคม คือ นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง นิคมแม่ฝายแก้ว จังหวัดน่าน และนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย  
ที่ถูกประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคม  
และความมั่นคงของมนุษย์

### 1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบวิถีชีวิตการเผชิญปัญหา ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อน  
ที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564
2. นำผลการศึกษาดำเนินการเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน  
ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคมเสนอต่อกรมควบคุมโรคต่อไป

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดวิถีชีวิต
2. แนวคิดการเผชิญปัญหา
3. แนวคิดการปรับตัว
4. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
5. การให้การปรึกษาโรคเรื้อน
6. สถานการณ์โรคเรื้อนและนิคมโรคเรื้อน
7. นโยบายการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อน
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดในการศึกษา

#### 2.1 แนวคิดวิถีชีวิต

นันทพร ศรีสุท (2544) ได้สรุปความหมายของคำว่า “วิถีชีวิต” หมายถึง การแสดงพฤติกรรมต่างๆ เป็นประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เป็นนิสัย ซึ่งจะสะท้อนทัศนคติและวัฒนธรรมของบุคคล เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคลในเรื่องที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณี การดูแลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นจะได้รับอิทธิพลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความแตกต่างของรายได้ การศึกษา อาชีพ ความเชื่อของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดให้เกิดความแตกต่างของกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

พวงเพชร สุรัตน์กวีกุล (2544) ได้แสดงแนวคิดเกี่ยวกับวิถีชีวิต (Way of life) ไว้ว่า วิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมถูกกำหนดโดยวัฒนธรรมของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย ตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน พฤติกรรมต่างๆ ที่มนุษย์ทำ ไม่ว่าจะเป็นการแปร่งฟัน สวมใส่เสื้อผ้าเครื่องประดับ ตลอดจนการเล่นกีฬา ดูโทรทัศน์ ล้วนแล้วแต่เป็นเรื่องของวัฒนธรรมทั้งสิ้น วัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดรูปแบบของครอบครัว เศรษฐกิจ การปกครอง การศึกษา ศาสนา เป็นต้น วัฒนธรรมจะกำหนดว่าสิ่งใดดีสิ่งใดไม่ดี สิ่งใดถูกสิ่งใดผิด รวมทั้งเป้าหมายในชีวิตว่าควรเป็นอย่างไร ฉะนั้นกิจกรรมทุกอย่างของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นการกิน การดื่ม การพูด การอ่าน การเขียน การคิด การทำงาน การเล่น การติดต่อสัมพันธ์ล้วนแล้วแต่เป็นเรื่องของวัฒนธรรมทั้งสิ้น วัฒนธรรมจึงเป็นวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม

ฉัตรทิพย์ นาถสุภา (2540) ได้กล่าวถึง “วิถีชีวิต” ไว้ว่า วิถีชีวิตเป็นการสรุปความคิดและแนวการปฏิบัติตนของชุมชนนั้นๆ ซึ่งโดยทั่วไปแต่ละชุมชนจะมีวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละชุมชนนั้นๆ ที่มีคุณค่าเกิดจากการรวบรวมจากประวัติศาสตร์ให้ความสำคัญแก่ความเป็นคนและหล่อหลอมกลมกลืนกันในชุมชน ซึ่งก่อให้เกิดแรงผลักดันในการพัฒนาชุมชนที่สำคัญ ซึ่งหากต้องการเข้าใจชุมชนจะต้องศึกษาประวัติศาสตร์ความเป็นมาและวิถีชีวิตของชุมชนนั้นๆ

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า วิถีชีวิต หมายถึง การดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งสะท้อน จากพฤติกรรมและความคิด โดยมีวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น ครอบครัว ศาสนา การศึกษา การประกอบอาชีพ เป็นต้น ทำให้เกิดเอกลักษณ์ที่เป็นแบบแผนปฏิบัติของบุคคล และชุมชนนั้นๆ

## 2.2 แนวคิดการเผชิญปัญหา

### 2.2.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา

ลาซารัส (Lazarus, 1984 p.74) กล่าวว่า เมื่อมีเหตุการณ์ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับปัญหาที่ทำนาย เช่น การสูญเสีย การถูกคุกคาม หรือถูกทำร้าย บุคคลจะต้องตอบโต้โดยตรง เพื่อจัดการกับปัญหานั้นๆ หรือบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียดนั้น การตอบโต้ดังกล่าว เรียกว่า การเผชิญปัญหา (Coping)

เพียร์ลีนและสคูเลอร์ (Pearlin and Schooler, 1978 p.1978 อ้างถึงใน ญัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน, 2560, หน้า 10) กล่าวถึง พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในบุคคล เป็นพฤติกรรมที่ปกป้องของบุคคลนั้นจากการรบกวนทางจิตใจที่เกิดขึ้นจากปัญหาต่างๆ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การจัดการหรือปรับเปลี่ยนที่ตัวปัญหา
2. การควบคุมเพื่อการรับรู้ต่อเหตุการณ์เพื่อเป็นการบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้น
3. การควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในขอบเขตที่จัดการได้

ญัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน (2560, หน้า 11) สรุป การเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการ ซึ่งแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมแบบต่างๆ เพื่อจัดการสิ่งที่มาคุกคามหรือลดความขัดแย้งและ ความตึงเครียดภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งอาจแสดงออกในรูปแบบการที่พยายามเปลี่ยนแปลงความคิด ปรับอารมณ์เพื่อแสดงพฤติกรรมในการที่จะจัดการกับปัญหา ควบคุมอย่างเหมาะสมรวมทั้งการใช้กลไกการป้องกันตัว เพื่อให้กลับสู่ภาวะสมดุลตามปกติ

### 2.2.2 กระบวนการเผชิญปัญหา

ลาซารัส (Lazarus, 1984 p.285 อ้างถึงใน ญัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน, 2560, หน้า 11-13) กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งก็คือ เหตุการณ์หรือปัญหา (Eventor Stressor) ที่มากระทบบุคคลนั้น สมองจะทำการประเมิน (Appraisal) ซึ่งเป็นการนำเอากระบวนการทางความคิด (Cognitive process) ที่เกิดขึ้นระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม

โดยบุคคลจะคิดพิจารณาถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นและเลือกวิธีการจัดการกับปัญหานั้นๆ ซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการในการเผชิญปัญหาขึ้นและการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นมีอยู่ด้วยกัน 3 แบบ คือ

1) การประเมินครั้งแรก (Primary appraisal) เป็นการประเมินว่าพฤติกรรมนั้นจะมีผลกระทบต่อบุคคล ซึ่งสามารถประเมินได้ 3 ทาง

(1) ไม่เกิดผลใด (Irrelevant) คือ บุคคลไม่รู้สึกรังไร ไม่ได้รับผลกระทบใด ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

(2) เกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (Being positive) คือ บุคคลนั้นได้รับประโยชน์จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

(3) เกิดภาวะเครียด (Stress) ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลทางด้านจิตใจของบุคคลนั้นๆ โดยการเกิดความเครียดสามารถประเมินได้ 3 อย่าง ดังนี้

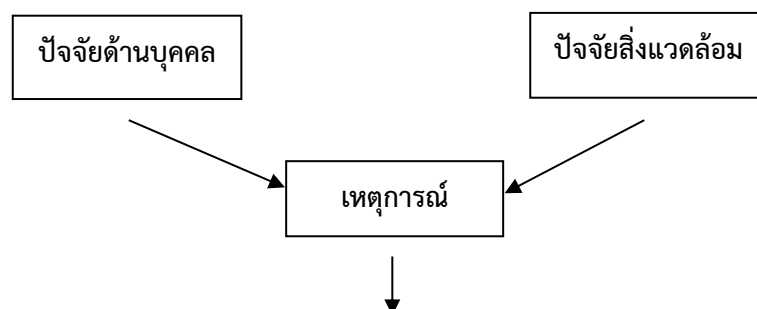
ก. ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นอันตราย หรือมีการสูญเสีย (Harm of Loss) เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียอวัยวะ สูญเสียคนรัก เป็นต้น

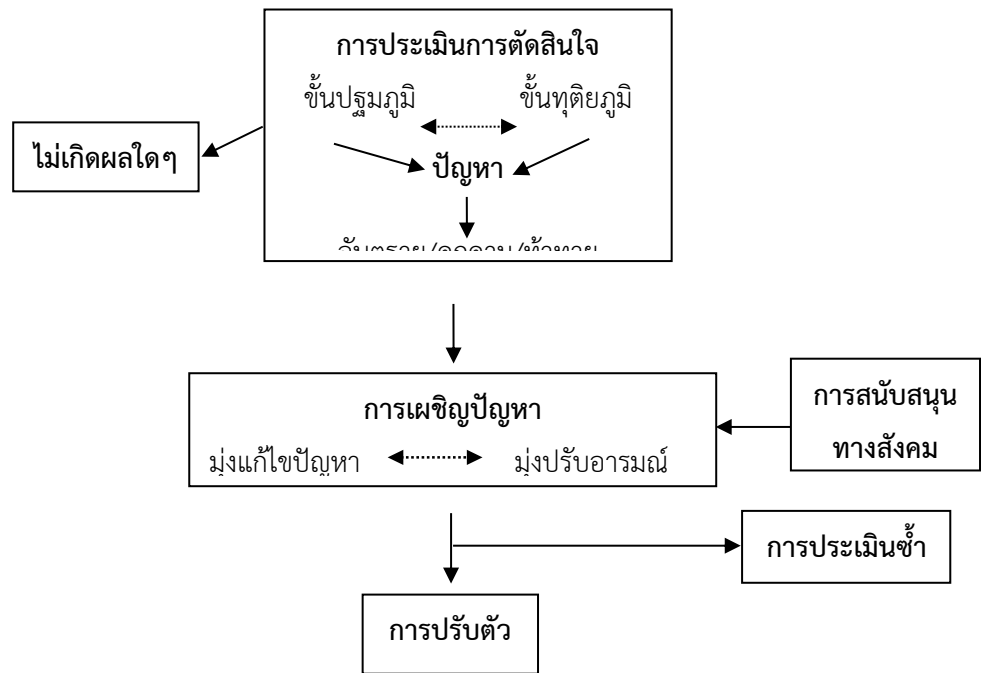
ข. การถูกคุกคาม (Treat) เป็นการคาดการณ์ว่า จะเกิดอันตรายหรือมีการสูญเสีย

ค. การท้าทาย (Challenge) เป็นการคาดการณ์ว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น จะสามารถควบคุมได้

2) การประเมินครั้งที่สอง (Secondary appraisal) เป็นขั้นตอนการเลือกวิธีการที่จะนำมาใช้จัดการกับปัญหาซึ่งมักจะเป็นการนำรูปแบบเดิม ประสบการณ์เดิมมาใช้ร่วมกับการคิดพิจารณาว่าจะเลือกรูปแบบใดมาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งเรียกว่า พฤติกรรมเผชิญปัญหา (Coping behavior) ที่ผู้ป่วยได้แสดงนั่นเอง เมื่อการประเมินทั้งสองขึ้นอย่างสมบูรณ์แล้ว ก็อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือลักษณะเฉพาะบุคคล ซึ่งก็จะเกิดการประเมินในระดับต่อไป (Reappraisal) ซึ่งถือเป็นการประเมินซ้ำ โดยใช้ข้อมูลเพิ่มเติมและติดตามประเมินผลของวิธีการเผชิญปัญหาที่ได้กระทำไปแล้ว กระบวนการประเมินก็ยังคงดำเนินต่อไปอีก สำหรับการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยได้แสดงออกมานั้น อาจไม่ได้เกิดมาจากเจตนาและอาจเกิดขึ้นได้ในระดับจิตใต้สำนึก รวมทั้งการนำเอากลไกการป้องกันตัวเองมาใช้ร่วมด้วย (Defense Mechanism)

ดังนั้น การเผชิญปัญหาจึงเป็นปฏิกริยาการตอบสนองทางด้านจิตใจ เพื่อที่จะรับมือกับความเครียดที่ถูกนำมาใช้ทั้งในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ดังแสดงในภาพที่ 1





ภาพที่ 1 กระบวนการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของ ลาซารัสและโฟล์คแมน

### 2.2.3 วิธีการเผชิญปัญหา

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984 อ้างถึงใน ญัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน, 2560, หน้า 15-16) แบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 วิธี ได้แก่

1) การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focus coping) พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่

(1) การค้นหาข้อมูล (Information Seeking) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเกี่ยวกับโรคและการรักษา จากการค้นหาหนังสือหรือแหล่งความรู้ต่างๆ ด้วยตนเอง หรือสอบถามข้อมูลจากผู้รู้ ฟังรายการวิทยุ โทรทัศน์ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นต้น

(2) การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น (Analysed problem) ผู้ป่วยจะวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างมีเหตุมีผลและตรงตามความเป็นจริง

(3) การค้นหาวิธีการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหา (Try out different way) ผู้ป่วยจะมีความกระตือรือร้นที่จะหาวิธีการมาช่วยลดปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น การค้นหาแหล่งความช่วยเหลือต่างๆ

(4) การยอมรับความเจ็บป่วย (Accept) เป็นการยอมรับสภาพที่แท้จริง ที่เกิดขึ้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นต้นเหตุของความเครียดและปัญหาทั้งหลาย

2) การเผชิญปัญหาที่มุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused coping) ผู้ป่วยส่วนมากจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นการลดอารมณ์ที่ตึงเครียด หรือเพื่อหนีสถานการณ์นั้นๆ ชั่วคราว เช่น

(1) การปฏิเสธ (Denial) พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมาเหมือนกับว่าไม่ได้เกิดการเจ็บป่วยอะไรและยังมีสุขภาพที่แข็งแรงดี

(2) การแยกตัวเอง (Isolation) เป็นภาวะที่พบมากในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความรู้สึกลอยๆ เพื่อนฝูงและญาติพี่น้อง

(3) การเก็บความรู้สึกที่แท้จริง (Repression) ซึ่งผู้ป่วยมักใช้การหลอกตัวเอง

(4) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) ผู้ป่วยมักจะหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

(5) การร้องไห้ (Crying) เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อย เป็นการระบายความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ เพื่อที่จะลดความกดดันภายในชั่วคราว

(6) การพึ่งพา (Dependency) ผู้ป่วยบางรายอาจหันมาใช้เหล้า บุหรี่ ยา นอนหลับหรือยาระงับประสาท เพราะคิดว่าเมื่อใช้แล้วจะทำให้ลืมความทุกข์ต่างๆ

(7) การทดแทน (Sublimation) เป็นการเปลี่ยนแปลงพลังงานที่เป็นไปได้ในทางที่สังคมยอมรับ เช่น การทำการฝีมือ ทำสวนครัว ทำงานอดิเรก เพื่อให้ลืมความทุกข์ต่างๆ ได้ โดยการกระทำเช่นนี้ส่งผลดี เป็นไปในแง่ที่เกิดประโยชน์

(8) การแบ่งปันความกังวลหรือการระบายความทุกข์ (Shared concern) คือ การระบายถึงความรู้สึกวิตกกังวลและปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้ระบายให้กับบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจหรือเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย ซึ่งวิธีนี้จะช่วยบรรเทาความรุนแรงของความตึงเครียดที่เกิดขึ้น

(9) การผ่อนคลาย (Relaxation) ผู้ป่วยที่เลื่อมใส ศรัทธาในศาสนานิยม ทำสมาธิ ซึ่งทำให้มีจิตใจสงบและสบาย หรือผู้ป่วยบางรายที่ไม่เคยนั่งสมาธิเลยเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็พบว่าจำนวนมากที่หันมาสนใจปฏิบัติตามคำสอนของพระพุทธเจ้า ด้วยการทำสมาธิแผ่เมตตา บางรายอาจใช้วิธีการผ่อนคลายด้วยการออกกำลังกาย ดูทีวี ฟังวิทยุ หรือเที่ยวพักผ่อนตามสถานที่ต่างๆ เป็นต้น

#### 2.2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา

รัชดา ไชโยธา (2543 อ้างถึงใน ญัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน, 2560, หน้า 19-21) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา ดังนี้

1) สถานภาพสมรส บุคคลที่แต่งงานมีคู่สมรสเป็นผู้ช่วยสนับสนุนทำให้ชีวิตมีความสุขและเผชิญปัญหาได้ดีกว่าคนที่ไม่คู่สมรส

2) ระดับการศึกษา บุคคลที่ได้รับการศึกษาที่ดี จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อการเข้าใจและสามารถวิเคราะห์เลือกวิธีการเผชิญปัญหา

3) อายุ เมื่ออายุมากขึ้น ก็จะมีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้นตามไปด้วย บุคคลที่ผ่านปัญหาหรือภาวะวิกฤตในชีวิตมากมาย จะมีความสามารถในการคิดไตร่ตรองและตัดสินใจเลือกวิธีการในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

4) ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ต่อความเครียดและปัญหาได้ดีมากขึ้น จะทำให้เพิ่มความอดทนต่อความเครียด ซึ่งส่งผลดีต่อการเผชิญปัญหาและช่วยให้การตัดสินใจเลือกวิธีที่เคยใช้ประสบความสำเร็จมาแล้วนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน

5) การรับสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหา และการที่บุคคลเผชิญกับสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่งย่อมประเมินและรับรู้สถานการณ์ต่างกันและส่งผลในการเลือกวิธีการเผชิญปัญหาต่างกัน

6) บุคคลที่มีการปรับตัวที่ดี ต้องมีการประเมินตัดสินใจและการเผชิญความเครียด ที่มีประสิทธิภาพ เป็นบุคคลที่มีการทำหน้าที่ในสังคมได้เหมาะสม มีขวัญกำลังใจดีและมีสุขภาพดี

7) ความเข้มแข็งของบุคคล บุคคลที่มีบุคลิกภาพเข้มแข็งที่สูงจะมีความสามารถในการเผชิญและใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเหมาะสมและเมื่อเกิดปัญหาที่ต้องแก้ไขก็จะสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหา รวมทั้งเสาะแสวงหาแหล่งประโยชน์อื่นๆ มาสนับสนุนได้

8) แหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาและความเครียด ซึ่งได้แบ่งออกเป็นแหล่งประโยชน์ด้านตัวบุคคล (Personal resources) และแหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อม (Environment resources) ที่มีอยู่คือ

(1) ภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคล (Health and energy) หมายถึง ในบุคคลที่มีสุขภาพดีหรือสุขภาพแข็งแรง อยู่ในวัยทำงาน มีช่วงอายุที่เหมาะสม มีความพร้อมของสภาพจิตใจ ซึ่งจะเป็นผู้ที่มีพลังเต็มเปี่ยมในการจัดการกับปัญหามากกว่าคนที่มีปัญหาทางสุขภาพกายและจิตใจไม่สมบูรณ์

(2) มีความเชื่อในสิ่งที่ดี (Positive belief) การมีความเชื่อในสิ่งที่ดีจะทำให้บุคคลมองโลกในแง่ดี และเกิดความหวังในการคิดหาหนทางเพื่อการจัดการปัญหา เช่น การคิดว่ามีคนที่ลำบากกว่าหรือเคยลำบากกว่านี้หรือเชื่อในความจริงเรื่องความขยันขันแข็งว่าสามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ เพื่อเป็นการสร้างกำลังใจให้กับตัวเอง

(3) มีทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving skill) คนที่มีทักษะดี มีความคิดอย่างมีเหตุผล จะสามารถวิเคราะห์สถานการณ์และแสวงหาข้อมูลเพื่อจัดการกับปัญหา ได้ ตรงตามความเป็นจริง และสามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาได้

(4) มีทักษะด้านสังคม (Social skill) การที่บุคคลมีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดี รู้จักการติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้น สามารถมีทักษะในการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่ขาดทักษะในด้านนี้

(5) แรงสนับสนุนด้านสังคม (Social support) บุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองทั้งด้านอารมณ์และข้อมูลต่างๆ เช่น ข้อมูลในเรื่องการช่วยเหลือด้านสุขภาพกาย และ

สุขภาพจิต การช่วยเหลือด้านเงินทุนจากบุคลากรที่มิใช่ให้บริการของรัฐ ย่อมช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

(6) แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ (Material resource) หมายถึง การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นทุนสำรองหรือมีผู้ช่วยเหลือเรื่องการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ในการประกอบการลงทุนหรือ การทำอาชีพใหม่ สามารถช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการเผชิญปัญหาได้หลายวิธีมากขึ้น

## 2.3 แนวคิดการปรับตัว

### 2.3.1 ความหมายการปรับตัว

พยอม ธีรสร (2544, หน้า 8) กล่าวว่า ผลของความพยายามในการขจัดปัญหา ขจัดความไม่สบายใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

วรารณ ตรีกุลสฤต (2545, หน้า 2) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคล ใช้ความพยายามในการปรับตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับสภาพปัญหาความอึดอัดใจ ความคับข้องใจ ความเครียด ความทุกข์ใจ ความวิตกกังวลต่างๆ จนเป็นสภาพการณ์ที่บุคคลนั้นๆ สามารถ อยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสภาพปัญหานั้นๆ ได้ ถ้าบุคคลปรับตัวแล้วสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมได้ อย่างมีความสุขนั้นแสดงว่า บุคคลนั้นมีสุขภาพจิตดี

เมษิณี กนกเหมพันธ์ (2547, หน้า 10) สรุปความหมายการปรับตัวไว้ว่า เป็นการที่บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนตามความต้องการของร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีแรงกดดันมาจากภายนอก และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสภาวะการณ์นั้นๆ ก็เพื่อให้ตนบรรลุถึงสิ่งที่ปรารถนา และความต้องการที่จะอยู่ในสังคมนั้นๆ ได้อย่างมีความสุข

### 2.3.2 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

รอย (Roy, 1984 p.11-17 อ้างถึงใน เมษิณี กนกเหมพันธ์ 2547, หน้า 11-12) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวแล้วสร้างเป็นรูปแบบขึ้นโดยยึดหลักของเซลเย่และทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นพื้นฐาน สำคัญสำคัญของทฤษฎีการปรับตัวของรอยพอสรุปได้ว่า มนุษย์ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งผสมผสานเป็นหน่วยเดียวกันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ สิ่งกระทบใดๆ จะมีผลกระทบกระเทือนไปทั้งระบบและการตอบสนองที่เกิดขึ้นจะเป็นการตอบสนองร่วม อันเกิดจากการทำงานประสานกันของหน่วยย่อย

พฤติกรรมการตอบสนองดังกล่าวจะปรากฏชัดเจนมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวของมนุษย์ เพราะมนุษย์ มีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และต้องคงไว้ซึ่งภาวะปกติสุขหรือภาวะสุขภาพดี ความเจ็บป่วยหรือสิ่งกระตุ้นอื่นๆ นั้น อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงภายนอกหรือภายในตัวบุคคล ซึ่งจะก่อให้เกิดความกระทบกระเทือนต่อบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลที่ประสบ



ความสำเร็จในการปรับตัวจะมีความมั่นคงในชีวิต ซึ่งแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นคือสุขภาพดี ยอมรับความเป็นจริง มีความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น ส่วนผู้ที่ประสบความล้มเหลวในการปรับตัว ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ไม่ยอมรับความจริง มีความซึมเศร้า เป็นต้น

การปรับตัวเพื่อคงภาวะความสมดุล จะแสดงออกในพฤติกรรม 4 ประการ คือ

1) พฤติกรรมการปรับตัวตามความต้องการทางสรีระ (Physiological Needs) เป็นพื้นฐานมาจากความมั่นคงด้านร่างกาย เพื่อการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน

2) พฤติกรรมการปรับตัวตามอัตมโนทัศน์ (Self Concept) เป็นการสร้างความมั่นคงทางด้านจิตใจ เช่น การมองเห็นคุณค่าของตนเอง ยอมรับความเป็นจริง การสร้างความคาดหวัง เป็นต้น

3) พฤติกรรมการปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ (Role Function) เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในสังคม เช่น การมีส่วนร่วมในสังคมกิจกรรม การทำงานร่วมกับผู้อื่น ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม

4) พฤติกรรมการปรับตัวตามความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่น (Interdependence Relations) การที่คนเราต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่น การพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีส่วนช่วยให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ จิตใจและสังคม

### 2.3.3 สาเหตุที่ก่อให้เกิดการปรับตัว

วารินทร์ สายโอบเอื้อ (2522, หน้า 159-160 อ้างถึงใน เมษิณี กนกhemพันธ์ 2547, หน้า 14-15) อธิบายถึงสาเหตุของการปรับตัวว่าอาจเกิดขึ้นจากสิ่งต่อไปนี้

1) ไม่สามารถสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ ซึ่งอาจเป็นเพราะอุปสรรคที่มาจากตนเองหรือผู้อื่น มีผลทำให้บุคคลเกิดความไม่สบายใจและความคับข้องใจตามมา นักจิตวิทยาแบ่งความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ไว้หลายอย่างด้วยกัน โดยเฉพาะมาสโลว์ (Maslow) ได้จัดลำดับความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ชั้น ดังนี้

(1.1) ความต้องการด้านร่างกาย

(1.2) ความต้องการความปลอดภัย

(1.3) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ ได้แก่ ความต้องการความรัก ความอบอุ่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนเข้าร่วมเป็นสมาชิกของหมู่คณะ

(1.4) ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือ ได้แก่ ความต้องการชื่อเสียงเกียรติยศ ความร่ำรวย ฐานะทางสังคม การยอมรับนับถือตัวเองและการยอมรับจากสังคม

(1.5) ความต้องการสัจการแห่งตน ได้แก่ ต้องการความเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ เข้าใจความเป็นจริงของชีวิตและสรรพสิ่งทั้งหลาย ต้องการใช้พลังความสามารถของตนให้เต็มที่เพื่ออุทิศตนให้เป็นประโยชน์แก่วิทยาการและมวลมนุษย์ ซึ่งเป็นความต้องการที่อยู่เหนือความต้องการเกี่ยวกับชื่อเสียง เกียรติยศ ความร่ำรวยหรือการกระทำเพื่อตนเอง

2) เกิดความขัดแย้ง หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถจะตัดสินใจเลือกการกระทำทั้งสองอย่างได้ในขณะเดียวกัน แต่ต้องเลือกกระทำเพียงอย่างเดียว ความขัดแย้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

(2.1) ความขัดแย้งในทางบวก เป็นความขัดแย้งที่เกิดจากการที่จะต้องเลือกเพียงอย่างเดียวในสิ่งที่ตัวเองชอบเท่าๆ กัน ตั้งแต่สองถึงสามอย่างขึ้นไป ยิ่งชอบมากยิ่งเลือกยากกว่าจะเลือกได้ก็ต้องใช้เวลา ถึงเลือกแล้วก็ยังเสียดายสิ่งที่ไม่สามารถจะเลือก

(2.2) ความขัดแย้งในทางลบ เกิดจากการที่ตัวเองต้องเลือกในสิ่งที่ไม่ชอบเลย ตั้งแต่สองถึงสามอย่างขึ้นไป จะไม่เลือกก็ได้ เลือกไปแล้วก็ไม่สบายใจ เพราะสิ่งต่างๆ เหล่านั้นบุคคลไม่ชอบ แต่ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง

(2.3) ความขัดแย้งในทางลบและทางบวก เกิดขึ้นในกรณีที่สิ่งต่างๆ หรือบุคคลหรือสัตว์ที่ต้องเลือกนั้น ทั้งถูกใจและไม่ถูกใจในระดับที่เท่าๆ กันทั้งหมด ตั้งแต่สองอย่างขึ้นไปแต่ต้องเลือกเพียงอย่างเดียว

กันยา สุวรรณแสง (2533, หน้า 65-66) ได้กล่าวถึง สาเหตุที่ทำให้เกิดการปรับตัวว่าเกิดจากปัจจัย ดังต่อไปนี้

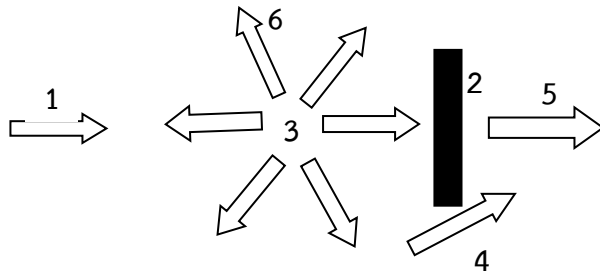
1) แรงขับและความต้องการ (Drive and Need) เนื่องจากมนุษย์มีความต้องการพื้นฐาน เช่น ความต้องการทางกาย (Physical Need) และความต้องการทางจิต (Psychological Need) ความต้องการทั้งสองนี้ทำให้เกิดแรงขับ เช่น เกิดความหิว เป็นแรงขับให้มนุษย์ดิ้นรนแสวงหาเพื่อสนองความอยากของตน ถ้าเกิดอุปสรรคมาขัดขวางไม่สามารถสนองความต้องการได้ ร่างกายก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้คลายจากสภาพการณ์ที่เป็นปัญหา พฤติกรรมนี้เรียกว่า “การปรับตัว”

2) แรงกระตุ้นจากสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็วหรือการที่สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้คนมีปัญหาในการปรับตัวให้ทันต่อสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป มนุษย์ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคมมีปัญหาเข้ามาอยู่ตลอดเวลา ถ้าแก้ไขได้ก็มีความสุข ถ้าแก้ไขไม่ได้ก็เกิดความคับข้องใจ กระวนกระวายใจ จึงหาทางปรับตัวโดยวิธีการต่างๆ

3) เจตคติ ความสนใจ จุดมุ่งหมายของตนเปลี่ยนแปลงไป จึงจำเป็นต้องปรับพฤติกรรม

#### 2.3.4 กระบวนการของการปรับตัว

แชฟเฟอร์และโซเบน (Shaffer and Shoben, 1956 p.8-10 อ้างถึงใน เมชิณี กนกhemพันธ์ 2547, หน้า 17) ได้อธิบายขั้นตอนการปรับตัว ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการปรับตัว

จากภาพที่ 2 ขั้นตอนการปรับตัว ตัวเลขสัญลักษณ์มีความหมาย ดังนี้

- 1 หมายถึง แรงจูงใจหรือแรงกระตุ้นที่จะกระทำการใดสิ่งหนึ่ง
- 2 หมายถึง สถานการณ์บางอย่างหรืออุปสรรคที่เป็นปัญหา
- 3 หมายถึง การทดลองแก้ไขปัญหาหลายๆ วิธี
- 4 หมายถึง วิธีการแก้ปัญหาที่มีผล เอาชนะอุปสรรคได้
- 5 หมายถึง เป้าหมายสู่ความสำเร็จ ความต้องการ
- 6 หมายถึง การที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ต้องเลือกทางอื่น อาจจะเป็นการหนีปัญหา ทำให้การปรับตัวไม่ประสบความสำเร็จ

### 2.3.5 ลักษณะของการปรับตัว

มอริส (Morris, 1990 p.514-515 อ้างถึงใน เมซิณี กนกhemพันธ์ 2547, หน้า 21) กล่าวว่า คนที่มีการปรับตัวที่ดีควรมีลักษณะ ดังนี้

- 1) สามารถรักษาสมดุลระหว่างการคล้อยตามและการเป็นตัวของตัวเอง
- 2) รู้จักควบคุมตนเองและมีความกลมกลืน
- 3) สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตัวเองได้ตามความเหมาะสม ขณะเดียวกันก็รู้จักปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับตนเองได้ด้วย
- 4) รู้จักจุดเด่นและจุดอ่อนของตนเอง
- 5) มีความนับถือและเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้งจะเผชิญกับความขัดแย้งในจิตใจ และปัญหาความยุ่งยากต่างๆ โดยไม่กังวลมากเกินไป

ลักขณา สิริวัฒน์ (2544, หน้า 105) กล่าวถึง ลักษณะของการปรับตัวมี 2 ลักษณะ คือ

1) การปรับตัวที่สมบูรณ์ (Integrative Adjustment) เป็นลักษณะการปรับตัวที่บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้แล้วทำให้ตนเองเกิดความสบายใจ ไม่มีข้อข้องใจหรือสงสัยเหลืออยู่

2) การปรับตัวที่ไม่สมบูรณ์ (Non-integrative Adjustment) เป็นการปรับตัวที่บุคคลไม่สามารถแก้ปัญหานั้นๆ ได้ แต่เขามีวิธีทำให้ความเครียดภายในใจให้ลดลงได้บ้าง ยังมีความไม่สบายใจค้างอยู่ การปรับตัวแบบนี้อาศัยกลไกทางจิตหรือกลไกป้องกันตนเอง

### 2.3.6 กลไกในการปรับตัว

ลักขณา สรีวัฒน์ (2544, หน้า 110 อ้างถึงใน เมษิณี กนกเหมพันธ์ 2547, หน้า 28-29) กล่าวว่า กลไกในการปรับตัว คือ วิธีการที่ใช้ในการปรับตัว เมื่อบุคคลประสบปัญหาหรือความไม่สบายใจ ซึ่งจะมีวิธีการต่างๆ เพื่อลดความไม่สบายใจนั้น ได้แก่

1) ปฏิกริยาทางร่างกาย เพื่อการปรับตัว (Reaction of Adjustment) หากมีตัวเร่งความเครียดเกิดขึ้นก็จะเกิดปฏิกริยาทางร่างกาย เพื่อปรับตัว 3 ขั้นตอน ดังนี้

(1.1) อาการบอกเหตุ (Alarm Reaction Stage) จะเกิดขึ้นเฉพาะแห่งอันเนื่องมาจากตัวเร่งให้เกิดความเครียด ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจะเกิดโดยผ่านระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ เช่น ต่อมพิทูทารีจะหลั่งฮอร์โมนออกมา ทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านตัวเร่งความเครียด และปรับร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล

(1.2) อาการต่อต้าน (Resistance Stage) ในระยะช่วงนี้ การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาจะเกิดขึ้นเพื่อรักษาสภาพต่อต้านของสิ่งมีชีวิตต่อตัวเร่งความเครียด ในบางสถานการณ์ทำให้เกิดระดับความสมดุลทางสรีระวิทยาเกิดขึ้น

(1.3) ขั้นหยุดการทำงาน (Exhaustion Stage) ถ้ามนุษย์อยู่ภายใต้เหตุการณ์ที่มีความเครียดนานๆ ความต้านทานไม่สามารถจะทำให้ร่างกายคงรักษาสภาพคงที่ไว้ได้ และความเครียดยังมีอยู่ต่อไป อาจเกิดการตายได้เพราะอวัยวะหยุดการทำงาน

2) วิธีการเผชิญปัญหาหรือโต้ตอบปัญหาโดยอัตโนมัติ ได้แก่

(2.1) การร้องไห้ นับว่าเป็นการตอบโต้ปัญหาแบบหนึ่ง เมื่อบุคคลต้องเผชิญปัญหา เพราะการร้องไห้จะช่วยปลดปล่อยอารมณ์เครียด ความปวดร้าว ความเจ็บใจ ความน้อยใจ ความเสียใจ หรือความวิตกกังวลให้คลายลงได้และภายหลังการร้องไห้ อารมณ์ของบุคคลนั้นจะค่อยๆ สงบคลายความวิตกกังวลหรือความเครียดเข้าสู่สภาพปกติได้

(2.2) การระบายออกด้วยคำพูด เป็นกลไกที่ช่วยลดอารมณ์ความเครียด ช่วยให้บุคคลระบายความอัดอั้นตันใจ ความทุกข์ร้อนต่างๆ และจะทำให้สามารถเข้าใจสถานการณ์หรือปัญหาแจ่มชัดขึ้น ความคิดต่างๆ ใหม่ๆ อาจเกิดขึ้นได้ในช่วงที่พูด นอกจากนี้ยังเป็นโอกาส ที่เขาจะได้แสดงความคิดเห็นร่วมกับบุคคลอื่น และอาจจะนำแง่คิดต่างๆ มาเป็นแนวทางในการปรับปรุง

(2.3) การหัวเราะ บุคคลบางคนเมื่อเผชิญปัญหาอาจหัวเราะไม่ว่าจะด้วยตั้งใจหรือประชดประชันก็ตาม หรืออาจทำตลกเพื่อผ่อนคลายความเครียด หรือความเศร้า หรือความวิตกกังวลใจ โดยทั่วไปการหัวเราะและการมีอารมณ์ขัน มีแนวโน้มที่จะช่วยลดความเครียดและพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้

(2.4) การเสาะแสวงหาแหล่งให้ความช่วยเหลือ เมื่อบุคคลเผชิญกับสภาวะวุ่นวายใจ ก็มักจะหาแหล่งที่จะให้ข้อมูล หรือแสวงหาความช่วยเหลือและกำลังใจ เมื่อบุคคลที่เขาไปขอความช่วยเหลือจะต้องเป็นบุคคลที่เขาไว้วางใจ และมีความเชื่อมั่นว่าจะรักษาความลับของเขาไว้ได้

(2.5) การพักผ่อนนอนหลับ ภายหลังจากพักผ่อนนอนหลับแล้ว ความรุนแรงของปัญหาจะค่อยๆ คลี่คลายลงไปบ้าง ขณะที่กำลังหลับก็อาจจะฝันดีหรือร้ายก็แล้วแต่ เมื่อตื่นขึ้นมา เขาก็จะคิดต่อประสบการณ์ที่เขาได้จากการได้ฝัน และจากช่วงเวลาที่ได้นอนหลับไปนั้น อาจช่วยให้เขาตระหนักวิเคราะห์สภาพการณ์ต่างๆ อันจะทำให้เข้าใจเหตุการณ์ได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เขาได้ระงับความรู้สึก ความเครียด ความผิดหวัง และความไม่สบายใจต่างๆ ได้

3) การใช้กลวิธีในการปรับตัว หรือกลไกการป้องกันทางจิต (Defense Mechanisim) เป็นวิธีการหรือกลไกที่บุคคลนำมาใช้เพื่อจะคลายความเครียด ความกังวลใจ คับข้องใจ ความขัดแย้งในใจ มีชื่อเรียกต่างๆ ว่า กลวิธีทางจิต กลวิธีในการป้องกันตัว กลไกทางจิต กลไกการป้องกันตัว เป็นต้น

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) นักจิตวิทยาแนวจิตวิเคราะห์ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554 หน้า 28-30) ได้อธิบายว่า มนุษย์ไม่สามารถหลบหลีกความกังวลและความเครียดที่เกิดจาก

- กระบวนการเป็นไปทางกาย
- ความคับข้องใจ (Frustrations)
- ความขัดแย้ง (Conflicts)
- ความกระทบกระเทือนขวัญ (Threats)

ภาวะเหล่านี้บีบบังคับจิตใจ มนุษย์ไม่พึงปรารถนาจึงพยายามหาทางผ่อนคลาย ดังนั้น Ego จึงแสวงหาวิธีลดภาวะไม่พึงปรารถนาเหล่านี้ได้โดยวิธีการที่เรียกว่า “กลวิธีป้องกันตัว”

กลวิธีป้องกันตัว เป็นการปฏิเสธหรือปิดบังอำพรางความเป็นจริง เป็นกลไกทางจิต ได้สำนึกมากกว่าทางจิตสำนึก มีหลายรูปแบบ ดังจะขอยกตัวอย่างมาเสนอบางประการ ดังต่อไปนี้

(1) การเก็บกด (Repression) ได้แก่ การเก็บกดความไม่พอใจต่างๆ ไว้ในระดับจิตใต้สำนึก คนที่โกรธเพื่อนอย่างรุนแรงอาจจำชื่อเพื่อนคนนั้นไม่ได้หรือนึกหน้าไม่ออก บางครั้งบางครั้งอาจเก็บกดอาจแสดงออกในรูปสับสน เช่น เด็กชายที่เก็บกดความก้าวร้าวต่อพ่อ แล้วไปร้ายความก้าวร้าวต่อเพื่อนชายหรือผู้ชายคนอื่นที่ไม่ใช่พ่อ หญิงสาวที่ไม่มีโอกาสแสดงความรักกับชายที่ตนรัก อาจแสดงออกกับชายคนอื่นก็เป็นไปได้ ฟรอยด์อธิบายว่า การเก็บกดเป็นกลไกทางจิตที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วแก้ยากมาก เช่น มีผู้ใหญ่เป็นอันมากยังมีความกลัวแบบเด็กๆ อยู่ เช่น กลัวผี กลัวจิ้งจก ตุ๊กแก กลัวถูกปฏิเสธรัก ฯลฯ เพราะว่าเขาได้เก็บกดความเครียดที่เกิดจากความกลัวนั้นไว้ในจิตใต้สำนึกเป็นเวลานาน

(2) การทำตนให้เหมือน (Identification) คือ การเลือกบุคคลบางคนเป็นแบบ เพื่อทำตาม เช่น เด็กเลียนแบบแม่หรือพ่อ เพื่อให้พ่อหรือแม่รักตน เมื่อโตขึ้นเขาเอาอย่างบุคคลที่เขารู้สึกว่าคุณค่าหรือประสบผลสำเร็จในชีวิตอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเป็นผู้นำนิยมในสายตาของเขา กระบวนการ Identification มักเป็นกระบวนการในภาวะจิตใต้สำนึกและผันแปรไปตามอายุของคน ฟรอยด์ กล่าวว่า คนไม่เลียนแบบทุกสิ่งทุกอย่างจากบุคคลที่เขายึดเป็นแบบ เขาคัดเลือกเลียนแบบเฉพาะลักษณะบุคลิกภาพที่เขาต้องการ ตั้งแต่เป็นเด็กจนกว่าบุคลิกภาพของตัวเองจะลงตัว เขาได้ลอกเลียนแบบ (Identify) ลักษณะบุคลิกภาพต่างๆ จากคนที่เขานิยม สังสมกันมากมายในหลายช่วงตอนของชีวิต

(3) การทดแทน (Displacement) ฟรอยด์ให้ความหมายว่า ได้แก่ หยิบยกเอาสิ่งหนึ่งมาทดแทนสิ่งที่ปรารถนาแล้วไม่สมหวังตั้งแต่เรื่องเล็กน้อยไปจนถึงเรื่องใหญ่ การรู้จักทดแทนนี้ทำให้มนุษย์เรามีวิวัฒนาการทางอารยธรรม เขาอธิบายว่า กลวิธาน Displacement ที่มีค่ามาก คือ การชดเชย (Sublimation) เขายกตัวอย่างว่า จิตรกรเอกชื่อ Leonado da Vinci วาดภาพงดงามวิเศษชื่อ Madonna ที่มีชื่อเสียงโด่งดังได้ก็เพราะทดแทนความปรารถนาสนิทสนมกับแม่ของตน การทดแทนนั้นบางกรณีลดความไม่สมหวังได้ไม่หมดสิ้น อาจมีผลสืบต่อให้คนยังคงกลัดกลุ้มไม่สบายใจ ฟรอยด์กล่าวว่า เป็นเรื่องที่มนุษย์ต้องสู้ทน กลวิธานแบบทดแทนนี้เป็นไปได้ในด้านต่างๆ ของบุคลิกภาพ เช่น ความสนใจ, ค่านิยม, ทัศนคติ, ความชอบไม่ชอบ ฯลฯ

(4) การชดทอโทษผู้อื่น สิ่งอื่น (Projection) กลวิธานนี้เกิดจากแรงกดดัน ของ Neurotic Anxiety และ Moral Anxiety จะเข้าใจได้ทันทีจากตัวอย่าง เช่น นาย ก. เกลียดนาย ข. แต่พูดแก้เกี้ยวว่า นาย ข. เกลียดตนต่างหาก หรือเช่น ผู้ใหญ่เดินชุ่มชามเตะกระโถน กลับโทษว่าเด็ก วางกระโถนไม่ถูกที่ เป็นต้น

(5) การแสดงปฏิกิริยาแกล้งทำ (Reaction Formation) ผู้ที่มีความรู้สึกอย่างหนึ่งแต่ไม่กล้าแสดงออกตรงไปตรงมา เพราะเหตุจำเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น กลัวเสียหน้า, กลัวว่าจะไม่เด่น, กลัวว่าจะไม่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น, กลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม จิตใต้สำนึกจึงให้ใช้กลวิธานนี้ เช่น รู้สึกเกลียดแต่สร้างทำเป็นรัก มีตัวอย่างที่พบบ่อยๆ ในเด็กที่เป็นปัญหาว่าพ่อหรือแม่ที่แสดงความรักลูกอย่างมากมาย ปรนเปรอลูกจนเกินเหตุ นั้น เมื่อวิเคราะห์ดูให้ลึกซึ้งแล้ว พบว่าเป็นการแสดงพฤติกรรมกลบเกลื่อนความเกลียดชังหรือความต้องการทอดทิ้งลูกซ่อนอยู่ในจิตใต้สำนึก การแสดงปฏิกิริยาแกล้งทำนี้เมื่อแสดงบ่อยๆ จะกลายเป็นลักษณะนิสัยประจำตัวของบุคคล มีคำในภาษาไทยอธิบายบุคคลที่มีบุคลิกเสแสร้งนี้หลายสำนวน เช่น ปากหวานกันเปรี้ยว, หน้าเนื้อใจเสือ, นักบุญใจบาป, ปากอย่างใจอย่าง, หน้าขึ้นอกตรม, หวานนอกขมใน ฯลฯ พฤติกรรมเสแสร้งนี้ในชีวิตประจำวันบุคคล อาจใช้เพื่อแก้ปัญหาชีวิตเป็นครั้งคราว แต่หากบุคคลใดใช้กลวิธานนี้มากและรุนแรงแล้ว เป็นการพัฒนาบุคลิกภาพที่อ่อนแอเพราะบุคคลนั้นอยู่ในโลกของการหลอกลวงตนเอง และหลอกผู้อื่น เสมือนอยู่ในโลกมายาตลอดเวลา สภาพเช่นนี้เป็นภัยต่อสุขภาพจิตเป็นอย่างยิ่ง

(6) การชะงักงันของการพัฒนาการ (Fixation) มนุษย์เรานั้นย่อมมีพัฒนาการ จากขั้นหนึ่งไปสู่อีกขั้นหนึ่งตลอดเวลาตามวัย แต่บางคนไม่ต้องการพัฒนาการด้านใดด้านหนึ่งไปตามวัย เพราะกลัวว่าถ้าหากมีพัฒนาการก้าวหน้าไปแล้ว ตนเองจะสูญเสียความมั่นคงทางจิตใจ ตัวอย่างเช่น เด็กที่อยู่ในวัยควรพูดได้แล้วแล้วไม่ยอมพูด เพราะยังต้องการความเอาใจใส่ดูแลจากพ่อแม่ หากพูดภาษาได้แล้วจะต้องช่วยตนเองมากขึ้น จะได้รับการเอาอกเอาใจจากแม่น้อยลง จึงไม่ยอมพัฒนาภาษาพูด กรณีที่เป็นผู้ใหญ่แล้วแต่ยังมีพฤติกรรมเหมือนเด็กไม่รู้จักโตก็เป็นการใช้กลวิธานแบบ Fixation นี้

(7) การถดถอยสู่วัยที่ผ่านมา (Regression) ในบางครั้งบางคราวบุคคลใช้กลวิธานแบบแสดงพฤติกรรมในวัยที่ผ่านมาแล้วอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด, เพื่อเรียกร้องความสนใจ ฯลฯ พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้โดยทั่วไปบุคคลมักใช้เป็นครั้งคราวไม่คราวใดก็คราวหนึ่ง เช่น อายุ 50 ปีแล้ว แต่บางครั้งแต่งตัวเป็นเด็กสาวรุ่น เพื่อให้ตัวเองสบายใจว่ายังไม่สูงวัย ผู้ใหญ่อายุ 30 ปีแล้ว แต่อาจกลับไปอดอ้อนมารดาของตนเหมือนเคยทำเมื่อครั้งยังเด็กๆ เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดอย่างใดอย่างหนึ่ง

กลวิธานทุกประเภท ทั้งคนปกติและผิดปกติใช้เพื่อผ่อนคลายความหวาดกังวล ความตึงเครียด และความไม่มั่นใจโดยประการต่างๆ ความแตกต่างของพฤติกรรมปกติและผิดปกติ อยู่ที่ความรุนแรงของการใช้กลวิธานนั้นว่ามีมากน้อยเพียงไร

## 2.4 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

### 2.4.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) (<https://www.gotoknow.org/posts/470623>) ให้ความหมายไว้ว่า สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

แคพแพลน (<https://www.gotoknow.org/posts/470623>) ได้ให้คำจำกัดความ แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่คุณได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

การสนับสนุนทางสังคม (<https://smarterlifebypsychology.com/2019/09/30/social-support>) คือ การปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายที่นำมาซึ่งการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น การรับรู้ เข้าใจ และตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึก การให้ข้อมูล ให้วัตถุประสงค์ของ รวมถึงการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

## 2.4.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม (<https://smarterlifebypsychology.com/2019/09/30/social-support>) มีด้วยกัน 5 ด้าน ดังนี้

1) ความรักใคร่ผูกพัน (attachment) ส่งผลให้ผู้รับการสนับสนุนรับรู้ถึงความรัก ความผูกพัน ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น และความปลอดภัย

2) ความช่วยเหลือและคำแนะนำ (assistance/guidance) เช่น ข้อมูล คำแนะนำ และกำลังใจ เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดที่บุคคลเผชิญอยู่ และส่งผลให้บุคคลสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3) การยอมรับและการเห็นคุณค่า (reassurance of worth) เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ครอบครัว และสังคม ยามที่บุคคลได้แสดงความสามารถในการช่วยเหลือเรื่องต่างๆ ส่งผลให้บุคคลรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น

4) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) แสดงให้เห็นถึงการเข้ามา มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มคนที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกัน มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประสพการณ์ และความคิดเห็น ส่งผลให้บุคคลมีเป้าหมาย รับรู้ว่าเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับในกลุ่มหรือสังคม

5) การได้ช่วยเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่น (opportunity for nurturance) เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสสอบรมเลี้ยงดูผู้อื่น ให้การช่วยเหลือผู้อื่น ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น

ไวส์ (Weiss, 1974) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 6 รูปแบบ ซึ่งได้รับการจากการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งทั้ง 6 รูปแบบนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการเพื่อหลีกเลี่ยง ความโดดเดี่ยว ดังนี้

1) ความใกล้ชิด (Attachment) ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่

2) การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) จากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้บุคคลไม่รู้สึกแยกจากสังคม

3) การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตน (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

4) การได้รับโอกาสในการดูแลผู้อื่น (Opportunity for nurturance) เป็นการ ที่ได้รับผิดชอบต่อบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น

5) ความเชื่อมั่นในมิตรภาพ (A sense of reliable alliance) หมายถึง การสนับสนุน ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง

6) การได้รับคำชี้แนะ (The obtaining guidance) เป็นการช่วยเหลือเมื่ออยู่ภายใต้ความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ



เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านอารมณ์ (Emotional support)
- 2) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Instrumental support)
- 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support)
- 4) ด้านการประเมิน (Appraisal support)

### 2.4.3 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม (<https://smarterlifebypsychology.com/2019/09/30/social-support>) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มปฐมภูมิ (primary groups) เป็นกลุ่มสังคมขนาดเล็ก สมาชิกในกลุ่ม มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน มีความสัมพันธ์กันเป็นส่วนตัว การติดต่อสื่อสารเป็นแบบไม่เป็นทางการ ลักษณะผ่อนคลาย กลุ่มปฐมภูมิเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่สำคัญมาก บุคลิกภาพของบุคคล จะได้รับอิทธิพลจากกลุ่มปฐมภูมิ ตัวอย่างของกลุ่มปฐมภูมิได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน

2) กลุ่มทุติยภูมิ (secondary group) เป็นกลุ่มสังคมขนาดเล็กหรือใหญ่ก็ได้ เนื่องจากกลุ่มไม่ได้เน้นที่ความผูกพันของสมาชิกกลุ่ม โดยมากเป็นการรวมกันเพื่อทำงานเฉพาะอย่าง ดังนั้นกลุ่มจะถือเอาผลงานและการแสดงบทบาทของสมาชิกเป็นสำคัญ การติดต่อสื่อสารจึงมีลักษณะเป็นทางการ ตัวอย่างของกลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ กลุ่มชมรม กลุ่มเพื่อนร่วมงาน

ลาเคย์และโคเฮน (Lakey&Cohen, 2000) สรุปว่า จากหลายๆ ทฤษฎีที่ศึกษา การสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งผลออกได้เป็นสามมุมมองหลักๆ ได้แก่

1) มุมมองของความเครียดและการจัดการ (Stress and coping perspective) จัดรูปแบบที่มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง ซึ่งสนับสนุนบุคคลเกี่ยวกับเกราะป้องกันหรือกันชนสำหรับผลลัพธ์ทางลบ จากภาวะความเครียดที่มีการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบุคคลในการจัดการกับผลทางลบที่บั่นทอนความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

2) มุมมองของรูปแบบทางสังคม-การรับรู้ (Social-cognitive model) เป็นรูปแบบที่ศึกษาการรับรู้การสนับสนุนที่มีผลต่อความมั่นใจในตนเองและการมีตัวตน ซึ่งส่งผลต่อไปยังผลลัพธ์ที่สำคัญคือ สุขภาพและคุณภาพชีวิต

3) มุมมองด้านความสัมพันธ์ (Relationship perspective) สำหรับในมุมมองนี้มองว่าประโยชน์จากการสนับสนุนทางสังคมที่ได้มีผลอย่างมากกับคุณภาพและกระบวนการของปฏิสัมพันธ์ เช่น มิตรภาพ ความใกล้ชิด ทักษะทางสังคม และการลดความขัดแย้ง

## 2.5 การให้การปรึกษาโรคเรื้อน

กรมควบคุมโรค (2548, หน้า 30-42) ได้กล่าวถึง แนวทางการปรึกษาเรื่องโรคเรื้อน ดังนี้

การปรึกษาเรื่องโรคเรื้อน ผู้ให้การปรึกษานอกจากต้องมีความรู้ความเข้าใจหลักการการปรึกษาเบื้องต้น และทักษะทั่วไปในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้มาขอรับการปรึกษาแล้ว ความรู้หรือทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับผู้ให้การปรึกษา คือ การมีความรู้เรื่องธรรมชาติของโรคเรื้อน การเกิดโรคเรื้อน การแพร่เชื้อ กระบวนการรักษา การเกิดความพิการ ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคเรื้อนที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนเอง หรือครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมีความวิตกกังวลและภาวะทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบจากปฏิกิริยาของบุคคลรอบข้าง ที่นอกจากส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วย แต่ยังสามารถกระทบถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวันอื่นๆ ซึ่งผู้ให้การปรึกษาจะต้องตระหนักรู้อยู่เสมอ

แนวทางให้การปรึกษาในงานโรคเรื้อน อาจแบ่งเป็นแนวทางกว้างๆ เป็น 3 ระยะ ได้แก่

### 1) การปรึกษาก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้มารับบริการตรวจโรคผิวหนัง ผู้สัมผัสโรคร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้ที่มีอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน

ผู้รับการปรึกษาบางรายอาจมีประวัติครอบครัวที่มีผู้เคยป่วยเป็นโรคเรื้อนมาก่อนและเคยได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านโรคเรื้อนมาบ้าง หรือเป็นผู้ที่ไม่เคยทราบเรื่องโรคเรื้อนมาก่อนเลย รวมทั้งผู้ที่เคยรักษาโรคผิวหนังจากสถานบริการอื่นๆ มาก่อนแต่ไม่หายจึงแสวงหาการรักษาใหม่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อนส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคผิวหนัง ซึ่งเคยไปรับการตรวจรักษาความผิดปกติทางผิวหนังจากสถานบริการอื่นๆ มาแล้ว แต่แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขไม่เคยแจ้งตนเองให้ทราบว่าความผิดปกติทางผิวหนังดังกล่าวน่าสงสัยจะเป็นโรคเรื้อน ผู้ป่วยบางรายจึงมีความสงสัย ไม่มั่นใจในผลการตรวจวินิจฉัยว่าตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อนจริง

ภาวะจิตสังคมของผู้รับการปรึกษาในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านความวิตกกังวล สงสัยในอาการของตนเอง ความกลัวที่จะรับทราบผลว่าตนเป็นโรคเรื้อน หรือเมื่อได้รับแจ้งผลว่าเป็นโรคเรื้อนแล้วยังไม่สามารถปรับจิตใจหรือยอมรับความจริง อาจแสดงการไม่ยอมรับผลวินิจฉัย สงสัย และไม่แน่ใจในการวินิจฉัย นอกจากนั้น จากการศึกษาที่บุคคลทั่วไปมักมีเจตคติเชิงลบต่อโรคเรื้อน อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายมีความเครียดหรือความวิตกกังวลใจสูง บางรายมีภาวะช็อคหรือภาวะตื่นตระหนก (panic attack) เกิดขึ้นทันที เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นแรง เหงื่อแตก หายใจไม่อิ่ม แน่นหน้าอก เป็นลม หรือควบคุมตัวเองไม่ได้ เมื่อทราบผลวินิจฉัย

การปรึกษาก่อนการวินิจฉัยโรคจะเน้นเรื่องการประเมินอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อนเพื่อช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้รับการปรึกษาให้รู้สึกผ่อนคลายและมีความพร้อมในการรับทราบผลวินิจฉัย ซึ่งจะมีผลต่อการยอมรับและการให้ความร่วมมือในการรักษา

## 2) การพิจารณาระหว่างกระบวนการรักษา

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ที่มีความประสงค์จะขอรับการแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

การดูแลสุขภาพและจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อนเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อน ผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษาด้วยยาผสมแบบใหม่ (Multidrug Therapy : MDT) ซึ่งประกอบด้วยยา 2-3 ชนิด รับประทานร่วมกัน เป็นระยะเวลาแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค ยาแต่ละชนิดมีวิธีรับประทานแตกต่างกัน บางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยสับสน มีปัญหาในการกินยาไม่ถูกต้อง ในผู้ป่วยสูงอายุ มักไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ผู้ป่วยบางรายอาจมีผลข้างเคียงที่เกิดจากยา หรืออาการที่เกิดจากการแพ้ยา หรือในผู้ป่วยบางรายยังอาจมีภาวะโรคเห่อเกิดขึ้นระหว่างการรักษาได้ด้วย นอกจากนั้น บางรายยังมีปัญหาด้านความพิการจากโรคเรื้อนร่วมด้วย

ภาวะจิตสังคมที่พบได้ในผู้รับการรักษากลุ่มนี้ นอกจากความเครียดจากความเจ็บปวดทรมานจากภาวะโรคเห่อ หรือเส้นประสาทอักเสบ ยังมีความวิตกกังวลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จากอาการข้างเคียงของการกินยา เช่น การมีสีผิวคล้ำขึ้น หรืออาการตัวเหลือง ตาเหลืองจากการแพ้ยา การเกิดความพิการ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวั่นไหวไม่มั่นใจในกระบวนการบำบัดรักษา การสูญเสียภาพลักษณ์และความภาคภูมิใจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อด้านสังคม-เศรษฐกิจ อื่นๆ เช่น การต้องออกจากงาน การขาดรายได้จากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ความไม่เข้าใจของบุคคลในครอบครัว การถูกทอดทิ้ง เพื่อนฝูง หรือนายจ้างรังเกียจ ส่งผลให้เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว หมดอาลัยตายอยาก ท้อถอยในการรักษา

การให้การปรึกษาช่วงนี้ เน้นการสำรวจสืบค้นปัญหาที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาที่มีความวิตกกังวลใจมากที่สุด รวมถึงแรงจูงใจ (motivation factors) และแรงเกื้อหนุน (supporting factors) ของผู้รับการปรึกษา เพื่อหาแนวทางในการคลี่คลายปัญหาและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา อย่างต่อเนื่อง

## 3) การปรึกษาหลังจากจำหน่ายจากการรักษา

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่จำหน่ายจากการรักษา ญาติหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การรักษาโรคเรื้อนกำหนดให้ใช้ระยะเวลาแน่นอนในการรักษา (fixed duration of treatment) คือ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด (6 เดือน หรือ 2 ปี) แล้วให้หยุดยาและจำหน่ายจากทะเบียนรักษาทุกราย โดยไม่ต้องรอจนอาการทางคลินิกไม่กำเริบหรือตรวจไม่พบเชื้อ แต่ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการติดตามตรวจร่างกายเพื่อเฝ้าระวังโรคปัส 1-2 ครั้ง เป็นเวลา 3 ปี ในผู้ป่วยชนิดเชืื่อน้อย และ 5 ปี สำหรับผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก ดังนั้นปัญหาที่มักจะมีผู้มาขอรับบริการปรึกษาส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายจากการรักษาแล้ว แต่ยังมีรอยโรค (lesion) ปรากฏหรือยังคงมีอาการแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ การเกิดโรคเห่อ (reaction) และเส้นประสาทอักเสบ (neuritis)

ซึ่งนอกจากสร้างความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยแล้ว ยังทำให้เกิดความวิตกกังวลสงสัยว่าตนยังไม่หายจากโรครวมถึงความไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยาและกระบวนการรักษาที่ผ่านมา ซึ่งผู้ให้การปรึกษาจำเป็นจะต้องให้ข้อมูลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับโรคห่อที่ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของภูมิคุ้มกันของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ภายหลังการรักษาครบหลักเกณฑ์แล้ว ภาวะเจ็บป่วยจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคห่อหรือเส้นประสาทอักเสบ บางครั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดพักรักษาตัวเนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อรายได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังอาจพบว่าผู้ป่วยที่จำหน่ายหายจากโรคแล้วกลับเป็นโรคใหม่ (relapse) ได้ ซึ่งอาจเกิดภายในระยะเฝ้าระวัง (3-5 ปี) หรือหลังจากนั้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาเริ่มต้นกระบวนการรักษาใหม่

เนื่องจากภาวะจิตสังคมของผู้รับการรักษาส่วนใหญ่ มักเป็นผลจากการสูญเสียภาพลักษณ์ ผู้รับการรักษาจะต้องรับฟังปัญหาด้วยความเห็นใจ (empathic listening) กระตุ้นให้ผู้รับการรักษา มีความรู้สึกในคุณค่าของตน (self esteem) ค้นหาคำกึ่งภาพและแรงจูงใจที่ทำให้ผู้รับการรักษา เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตอย่างปกติ รวมถึงการให้ข้อมูลแหล่งความช่วยเหลือด้านสังคมและจิตใจอื่นๆ

ในขั้นตอนของการยุติบริการ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนครบแล้ว ผู้ให้การปรึกษาต้องเน้นย้ำให้ผู้รับการรักษาตระหนักว่ายังจะต้องมีการติดตามเฝ้าระวังหลังการจำหน่ายจากการรักษาอีก 3-5 ปี นอกจากนี้ยังอาจมีการกลับเป็นโรคใหม่ (relapse) การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดโรคห่อ และการเกิดความพิการเพิ่มขึ้นได้ ภายหลังจากการจำหน่ายจากการรักษาแล้ว ดังนั้น จึงต้องมีกำหนดการนัดหมายที่แน่นอน เพื่อให้มีการติดตามเพื่อตรวจร่างกายประจำปี และให้ผู้รับการรักษา เกิดความสบายใจ คลายความวิตกกังวลและมั่นใจว่าจะได้รับการดูแล และความพร้อม ในการให้การปรึกษาเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

### **ประเด็นสำคัญที่ควรตระหนักในการปรึกษาในงานโรคเรื้อน**

1) บุคคลทั่วไปมักมีเจตคติเชิงลบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งอาจก่อผลกระทบต่อสถานภาพการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลใจ กลัวผู้อื่นจะทราบว่าเป็นโรคเรื้อน ผู้ให้การปรึกษาจึงต้องตระหนักและให้ความมั่นใจในระบบการจัดเก็บรักษาความลับ

2) ปัญหาของผู้รับการรักษาบางราย ไม่สามารถคลี่คลายได้ในการปรึกษาเพียงครั้งเดียว หรือ 2 ครั้ง และบางรายอาจมีความซับซ้อนของปัญหามาก ผู้ให้การปรึกษาอาจให้คำแนะนำ และให้ผู้รับการรักษาเห็นความจำเป็นในการส่งต่อหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือด้วยความสมัครใจ

## **2.6 สถานการณ์โรคเรื้อนและนิคมโรคเรื้อน**

รายงานสถานการณ์โรคเรื้อนในปี พ.ศ.2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั่วประเทศ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2563 จำนวน 222 ราย คิดเป็นอัตราความชุกโรคเรื้อน (Prevalence rate : PR) เท่ากับ 0.03 ราย ต่อประชากร 10,000 คน ในจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

ที่มีความพิการระดับ 2 (มีความสูญเสียที่มองเห็นได้) ตามหลักเกณฑ์การแบ่งระดับความพิการในคู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน จำนวน 9 ราย โดยในปี 2563 พบว่ามีการบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอทั่วประเทศจนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ อัตราความชุกโรคเรื้อนต่ำกว่า 1 ราย ต่อ 10,000 ประชากร ([www.thaileprosy.ddc.moph.moph.go.th/site/index.html](http://www.thaileprosy.ddc.moph.moph.go.th/site/index.html))

จากรายงานสถานการณ์โรคเรื้อนดังกล่าวข้างต้น พบว่า ถึงแม้การดำเนินงานด้านโรคเรื้อนของประเทศไทยบรรลุตามเป้าหมาย แต่ยังมีรายงานผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 (มีความสูญเสียที่มองเห็นได้) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่อย่างต่อเนื่องทุกปี ความพิการจากโรคเรื้อน มีผลกระทบอย่างยิ่งต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคเรื้อน ดังนั้น องค์การอนามัยโลก (WHO, 2021 p.4) จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์มุ่งสู่การปลอดโรคเรื้อน (Towards Zero Leprosy Global Leprosy (Hansen's disease) Strategy 2021-2030 ) 3 ประเด็น ได้แก่ ปลอดความพิการ (Zero disability) ปลอดการตีตรา (Zero stigma) และปลอดการเลือกปฏิบัติ (Zero discrimination) โดยกรมควบคุมโรคได้นำยุทธศาสตร์ดังกล่าว มากำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 7 ปี (พ.ศ.2564 - 2570) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในประเทศไทยต่อไป

### 2.6.1 ปัญหาสังคมและการฟื้นฟูสภาพโรคเรื้อน

ธีระ รามสูต (2535, หน้า 412-416) ได้กล่าวถึง ปัญหาสังคมและการฟื้นฟูสภาพโรคเรื้อน ดังนี้

#### 1) การมองปัญหาทั่วไป

ในการพิจารณาลำดับความสำคัญของปัญหาโรคเรื้อน และการควบคุมโรคเรื้อนนั้น นอกจาก จะพิจารณาถึงข้อมูลและสถิติเกี่ยวกับความชุกชุมของโรคเรื้อน ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุข โดยมองโรคเรื้อนเป็นโรคทางการแพทย์ (Medical Disease) แล้ว จำเป็นต้องมองโรคเรื้อนเป็นโรคทางสังคม (Social Disease) โดยพิจารณาข้อมูลและสถิติเกี่ยวกับปัญหาความพิการ (Deformities) และปัญหาข้อจำกัด (Disabilities) ของผู้ป่วย รวมทั้งผลลัพธ์หรือผลสะท้อนที่จะเกิดเป็นผลตามมาในด้านปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ อันเกิดจากการที่สังคมบางแห่งยังมีความรู้ความเข้าใจและความเชื่อที่ผิด ๆ เกี่ยวกับโรคเรื้อน (Misconception) รวมทั้งยังมีความรังเกียจผิด ๆ (Social Prejudice) และกลัวโรคเรื้อนจนเกินความจำเป็น (Unnecessary Fear) เป็นผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของสังคมต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวในเชิงลบ (Negative Social Reaction) ซึ่งก่อผลกระทบต่อภาวะทางจิตวิทยา (Physical Emotional and Social State) ที่ต้องทุกข์ทรมานอยู่แล้ว การไม่ยอมรับ รังเกียจเหยียดฉันท์ (Discrimination) ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวให้อยู่ร่วมในสังคมเยี่ยงคนปกติหรือมองเสมือนไม่ใช่คน แต่เป็นคล้ายสัตว์ที่น่ารังเกียจ ดังเช่นสมัยก่อนสังคมใช้คำว่า “Leper” หรือ “พวกขี้เรื้อน” ซึ่งองค์การอนามัยโลก รวมทั้งแพทย์โรคเรื้อนได้รณรงค์และขอร้องให้ใช้คำว่า “คนไข้หรือผู้ป่วยโรคเรื้อน” (Leprosy Patients) แทน เพราะคำว่า “ขี้เรื้อน” เปรียบผู้ป่วยเสมือนสัตว์ เป็นเหมือน “หมาขี้เรื้อน” อันเป็นเสมือนการประทับเงามืดหรือตีตราบาปทางสังคม (Social Stigmatization) ให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนและบุตรต้องทนทุกข์ทรมานไปชั่วชีวิต แม้บุตรที่เกิดมาจะไม่ติดโรคและไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อนแต่ตราบาปในฐานะลูกขี้เรื้อนก็ยังประทับแก่เขาอยู่ด้วย จากความรังเกียจไม่ยอมรับของสังคม

จนบางแห่งถึงกับขับไล่ให้ออกไปจากชุมชน (Ostracism) ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวบางส่วนเหล่านี้ต้องหวาดวิตก หวาดกลัว กังวล ต้องคอยปกปิดหลบซ่อนตัวด้วยความทนทุกข์ทรมาน ไร้ความสุข บ้างก็หย่าร้างและออกไปจากครอบครัวแบบบ้านแตกสาแหรกขาด และถ้ายังเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์การสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ พลอยรังเกียจกลัวไปด้วย อย่างปราศจากความเมตตาธรรมและความเห็นอกเห็นใจ ขาดมนุษยธรรม โดยเฉพาะขาดความรู้ความเข้าใจในปัญหา และผลกระทบหรือผลสะท้อนทางความเป็นมนุษย์ชนและทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยแล้ว การดำเนินงานด้านต่างๆ ในงานควบคุมโรคเรื้อนเช่น การสุศึกษา การค้นหาผู้ป่วย การเฝ้าระวังติดตามตรวจผู้สัมผัส การบำบัดและติดตามผลการป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสภาพ ฯลฯ ย่อมหวังประสิทธิผลสูงตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ยาก

ดังนั้น ในการมองปัญหาโรคเรื้อน จึงไม่ควรมองเฉพาะทางด้านการแพทย์การสาธารณสุขแต่ด้านเดียว แต่ควรพิจารณาในหลายมิติถึงปัญหาและผลลัพธ์ทางด้านจิตวิทยา สังคม และเศรษฐกิจด้วยเสมอ

## 2) มิติทางสังคมของโรคเรื้อน

### (2.1) นัยสำคัญของมิติทางสังคม

จากมุมมองปัญหาในข้อ 1 มิติทางด้านสังคมของโรคเรื้อนในอดีตพบว่า ชุมชนมีความรังเกียจผู้ป่วยสูง เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคอย่างมาก นัยสำคัญของปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อนจึงเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิดกับขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคมอย่างมาก เพราะแต่ละสังคมจะมีความเชื่อและโลกทัศน์ รวมทั้งแง่มุมมองต่อสุขภาพอนามัยและโรคภัยไข้เจ็บ ชีวิตและความตายในแนวทางที่แตกต่างกันไป และปัจจัยเหล่านี้ย่อมมีอิทธิพลต่อเจตคติของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนตามผลลัพธ์ที่ตามมาจากความเจ็บไข้ได้ป่วย บางชุมชนมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวในเชิงลบที่รุนแรง ขาดความเมตตาเห็นอกเห็นใจมักเกิดจากความเชื่อผิดๆ ที่ฝังรากลึกและถ่ายทอดสั่งสมกันอย่างผิด ๆ มาช้านานว่าโรคเรื้อนเป็นโรคของคนบาป ผู้ถูกลงโทษจากสวรรค์จึงเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นโรคทางกรรมพันธุ์ ไม่ควรให้อยู่ร่วมในครอบครัวหรือชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่สมัยยารักษาโรคเรื้อนยังไม่มีประสิทธิภาพอย่างทุกวันนี้ ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนมีอาการกำเริบรุนแรงทางผิวหนังที่รุนแรงและหนา มีแผลแตกส่งกลิ่นเหม็น หรือมีความพิการตามมือเท้า ใบหน้าที่น่าเกลียดน่ากลัว ฯลฯ ยิ่งทำให้เกิดความรังเกียจกลัวและไม่ยอมรับรุนแรงยิ่งขึ้น

ถ้ายังในประเทศที่ใช้มาตรการทางกฎหมาย เช่น ออกพระราชบัญญัติโรคเรื้อนบังคับจำกัดสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วยโรคเรื้อน ทำการแยกกักและต้องแจ้งความตามกฎหมาย ฯลฯ ด้วยแล้ว จะยิ่งทำให้ความรังเกียจกลัวของสังคมมีสูงยิ่งขึ้นและมีตลอดไป ในปัจจุบันจากการยกเลิกกฎหมายโรคเรื้อนและลดวิธีการแยกกักผู้ป่วยโรคเรื้อนไว้ในสถานพยาบาลโรคเรื้อน และนิคมโรคเรื้อน นอกจากรายที่จำเป็นพึ่งตนเองไม่ได้จริงๆ และเปลี่ยนมาใช้วิธีมุ่งตรวจรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Domiciliary Approach) ร่วมกับการรณรงค์ให้สุศึกษาเผยแพร่ความรู้โรคเรื้อนที่ถูกต้องเหมาะสมเพียงพออย่างต่อเนื่อง และจากประสิทธิผลการใช้ยาหลายสูตรร่วมกัน (Multidrug Therapy) จนสามารถรักษาผู้ป่วยให้หาย

จากโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้งานควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ในประเทศไทยสามารถดำเนินการ  
ได้ผลดี และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการยอมรับจากชุมชนด้วยดี

เมื่องานควบคุมโรคเรื้อนประสบความสำเร็จในการลดการแพร่กระจายของโรคได้ดีจนถึงระดับ  
ที่สามารถควบคุมได้ (Under Control) โรคเรื้อนจึงไม่จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุข (Elimination as  
a Public Health Problem) นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 เป็นต้นไป ทรัพยากรต่าง ๆ ในงาน ควบคุม  
โรคเรื้อนส่วนใหญ่ จึงสมควรนำมาเร่งรัดในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาทางสังคม และการฟื้นฟูสภาพต่อไป  
ให้จริงจัง และเป็นรูปธรรมมากขึ้น

2.2) ลักษณะเฉพาะตามธรรมชาติของปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อน (Nature of Social  
Problems in Leprosy)

(1) การก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนทางจิตวิทยา (Psychological Disturbance)  
พบมากในผู้ป่วยที่มีการศึกษาและวิถีชีวิตในระดับสูง มีฐานะและสถานภาพ ศักดิ์ศรีในสังคมสูง  
มีครอบครัวต้องดูแล ย่อมกลัวที่จะถูกรังเกียจและไม่ยอมรับหรือปฏิเสธ (Rejection) โดยสังคม ต้องหวั้น  
วิตกกังวลต่อโชคชะตากรรมของตนเองและครอบครัวต่อไปอย่างมาก พวกนี้จะมีปมด้อยรุนแรง  
และตกเป็นเหยื่อของความรังเกียจของสังคม (Victims of Social Prejudice) ดังกล่าวแต่ต้นแล้วต่อไป  
จนเกิด Psychological Trauma ที่ยากจะแก้ไขและฟื้นฟูสภาพ

(2) การก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนทางสังคม (Social Disturbance) ดังกล่าวแล้ว  
นอกจากผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องคอยหลบซ่อนปกปิดจนเมื่อปกปิดไม่ได้จากการที่สังคมไม่ยอมรับ  
รังเกียจเหยียดฉันท์ (Discrimination) และขับไล่ออกไป (Ostracism) จากครอบครัวจากชุมชน จากบ้าน  
จากความรัก ความผูกพันต่างๆ ไม่มีใครคบค้าสมาคม กลายเป็นพวก Out Cast ต้องมีข้อจำกัด (Social  
Disability) และแม้ลูกหลานก็มีปัญหาถูกรังเกียจไปด้วย ทั้งที่ไม่ได้ติดโรค ย่อมก่อปัญหาและผลลัพธ์  
ทางสังคมตามมาอย่างมากมาย หรือแม้ถูกส่งไปรักษาอยู่ตามสถานพยาบาลโรคเรื้อน นิคมโรคเรื้อน  
จนหายแล้วก็ไม่สามารถกลับสู่สังคมได้ (Social Reintegration) หรือบางคนต้องถูกทอดทิ้งอยู่เดียวดาย  
(Destitution) ในที่สุด

(3) การก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ (Economic Disturbance)  
สังคม นายจ้าง ผู้ร่วมงานรู้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนบางส่วนต้องถูกปลดออกจากงาน ถูกหย่าร้างทอดทิ้งขาดรายได้  
เลี้ยงดูตนเองและครอบครัวทั้งๆ ที่ยังมีสมรรถภาพทางร่างกายและสติปัญญาเพียงพอ จนกลายเป็น  
ทรัพยากรที่ไร้ค่าทางเศรษฐกิจ และเป็นภาระแก่สังคมต่อไปภายหลังด้วย

(4) การไม่สนใจรับการรักษาเท่าที่ควรจนพิการและมีข้อจำกัด (Disablement) จาก  
ความรังเกียจกลัวสังคม ต้องปกปิดหลบซ่อนตัวไม่ยอมมาตรวจรักษาหรือรักษาไม่เต็มที่ก็จะมีการกำเริบ  
ทำลายเส้นประสาทจนเสื่อมหน้าที่ (Impairment) ตามด้วยการเกิดความพิการ (Deformity)  
เกิดข้อจำกัดของสมรรถภาพ (Disability) และมีความบกพร่องหย่อนสมรรถภาพ (Handicap) ในที่สุด

กล่าวโดยสรุปปัญหาความรังเกียจและบีบคั้นทางสังคม ก่อให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจาก  
แวดวงของสังคม (Social Displacement) มากน้อยตามแต่ละสังคม ชุมชน และประเทศที่มีปฏิกริยา  
ต่อโรคเรื้อร้นมากน้อย อันเป็นปัญหาที่สำคัญและกระทบต่อการควบคุมโรคเรื้อร้นด้วย

### 2.3) สาเหตุของปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อร้น (Causative Social Factors)

#### (1) ปัจจัยสาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Factors)

การเกิดเป็นโรคเรื้อร้นเกิดจากภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชื้อโรคเรื้อร้นต่ำผิดปกติ และมีโอกาส  
เสี่ยงสูงต่อการสัมผัสรับเชื้อโรคเรื้อร้นเข้าไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดและเกิดโรค  
ปัญหาที่เกี่ยวกับความยากจน มาตรฐานการดำรงชีพที่ต่ำ สภาพบ้านเรือนสกปรกคับแคบแออัดยัดเยียด  
โภชนาการไม่ดี ร่วมกับระดับการศึกษาต่ำ ขาดความรู้ความเข้าใจถูกต้องในเรื่องโรคเรื้อร้นไม่สนใจ  
และรู้จักการป้องกันตนเองจากการติดโรคเรื้อร้นหรือเป็นทาสของความรังเกียจกลัวสังคมจนต้องปกปิด  
หลบซ่อนตนเองไม่ยอมมาตรวจรักษาจนโรคกำเริบและพิการมาก ก่อปัญหาทางสังคมมากยิ่งขึ้นดังกล่าว

(2) ปัจจัยด้านอารมณ์หรือทางจิตวิทยา (Emotional Factors or Psychological  
Factors) จากความกลัววิตกกังวลของผู้ป่วยจากความรังเกียจกลัวของสังคมและตราบาปที่สังคม  
ประทับเป็นเงามืดแก่ชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อร้นและครอบครัว โดยเฉพาะจากความเชื่อผิดๆ ว่าโรคนี้เป็นโรค  
กรรมพันธุ์ถ่ายทอดได้ถึงลูกหลานและรักษาไม่หาย ภาพพจน์ของอาการที่น่าเกลียด ความพิการ  
ที่น่ารังเกียจ การกลัว การไม่ยอมรับ การถูกเหมินเฉยชินชาจากสังคม (Apathy) และรังเกียจเด็ดฉันท  
(Discrimination) การขับไล่จากสังคม (Ostracism) ความกลัว ถูกหย่าร้าง ไล่ออกจากงาน หมดอาชีพ  
สูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ฯลฯ ย่อมก่อให้เกิดปัญหาทุกข์ทรมานด้านอารมณ์ จน  
เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไปได้ เช่น ซึมเศร้า หลบซ่อนหนีสังคมหรือแอนตี้แค้นสังคม ระวัง  
การเรียกร้องขอทาน ก้าวร้าวก่อปัญหา ฯลฯ ก่อปัญหาทางสังคมต่อไปมากขึ้น

#### (3) ปัจจัยทางร่างกาย (Physical Factors)

การที่มีอาการกำเริบจนน่าเกลียดและพิการมากจนเห็นชัด ย่อมก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ  
มากขึ้นตามมา การคัดสรรคนตกแต่งแก้ไขความพิการ จึงมีส่วนช่วยได้บ้าง

#### (4) ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมและสังคม (Cultural and Social Factors)

ดังกล่าวแล้วในสังคมที่มีความเชื่อผิดๆ สัมมาแต่อดีต ย่อมก่อให้เกิดปฏิกริยาเชิงลบ  
ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อร้นและบุตรต่อไป

#### (5) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ (Economic Factors)

ถ้าผู้ป่วยและบุตรของเขาถูกแยกออกจากสังคม ไร้งาน ขาดรายได้ นอกจาก  
เป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์เชิงเศรษฐกิจแล้ว ยังเป็นภาระแก่สังคมต่อไปอีกด้วย การฟื้นฟูสภาพ  
ที่บ้าน (Community Based Rehabilitation หรือ Preventive Rehabilitation) จึงเป็นสิ่งจำเป็น  
เพื่อป้องกันและลดปัญหาจาก Social Displacement และผลลัพธ์ตามมา



## 2.4) ปฏิกริยาและผลลัพธ์ทางสังคมของผู้ป่วย (Reaction and Social Consequence)

ปฏิกริยาของผู้ป่วยเชิงพฤติกรรมทางสังคมที่เบี่ยงเบนไป เช่น

(1) หลบซ่อน ปกปิดตนเองไว้ให้นานที่สุด เพราะกลัวคนอื่นจะทราบ และเกิดผลกระทบไม่ยอมมารับการการตรวจและรักษาจนโรคกำเริบพิการมากแก้ไขและฟื้นฟูสภาพไม่ได้ (Dehabilitated)

(2) มารับยาไม่สม่ำเสมอ เพราะเกรงคนอื่นรู้ ต้องไปรับยาที่คลินิกห่างไกลบ้านมากๆ

(3) มีปมด้อยไม่คบค้าสมาคม แยกตัวจากครอบครัวและชีวิตในสังคม จนต้องอยู่เดี่ยวยตาย (Destituted)

(4) ซึมเศร้า (Depressive) ขาดความสนใจใฝ่ในชีวิต เฉยเมย (Apathy) ท้ออาลัยตายอยาก (Despair) สิ้นหวัง จนอาจฆ่าตัวตายในที่สุด

(5) สุขภาพจิตและขวัญกำลังใจเสื่อมลง วิตกกังวล หมดกำลังใจ ขาดความกล้าเผชิญปัญหา ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดการนับถือตนเอง (Self-Respect)

(6) ในที่สุดจะหมดศักดิ์ศรีความมนุษย์ (Dignity) เริ่มมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนระวาง ไม่ไว้ใจเชื่อถือใครต่อไปอีก ขาดเซพด้วยการเสพ ติดสุรา ยาเสพติด ก้าวร้าว แกล้ง แก้ก้านสังคมด้วยการขอราน ก่อความวุ่นวาย เดินขบวนเรียกร้องทดแทนจากสังคมให้เห็นความสำคัญปัญหาของตน จนไม่สามารถฟื้นฟูสภาพต่อไปอีกได้ (Dehabilitated) และไม่สามารถกลับสู่สังคมใหม่ได้อีก (Social Reconstructuring)

(7) ถูกออกจากงาน ขาดรายได้ ต้องเร่ร่อนขอราน เป็นภาระแก่สังคมต่อไป

(8) สร้างปัญหา อุปสรรค และตัวขัดขวางการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคเรื้อน และการเพิ่มภาระจากปัญหาทางสังคมและเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพต่อไป

## 2.6.2 นิคมโรคเรื้อน : จากสถานสงเคราะห์ของรัฐสู่การฟื้นฟูสภาพโดยชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้กับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนประเทศไทย

โกเมศ อุรรัตน์ (มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563 หน้า 89) ได้กล่าวว่า ความพิการทางร่างกายของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนอันนำไปสู่การถูกตีตรารังเกียจเหยียดฉันทและเลือกปฏิบัติจากชุมชนและสังคมที่มีต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ความเชื่อ ทศนคติในเชิงลบต่อโรคเรื้อน นับเป็นมรดกทางความเชื่อที่ผิดๆ ที่ฝังลึกมาตั้งแต่อดีตกาล และตกทอดมายังประชาชนและสังคมในปัจจุบัน

นิคมโรคเรื้อน ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ เริ่มจัดตั้งขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2478 เพื่อให้การรักษาดูแล สงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน ด้วยวิธีแยกและกักผู้ป่วยโรคเรื้อน (Isolation or Segregation Approach) อันเป็นวิธีการควบคุมโรคแบบเก่าดั้งเดิม เนื่องจากในขณะนั้นยังไม่มียาที่มีประสิทธิภาพ

ในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้หายขาดเหมือนเช่นปัจจุบัน โดยนิคมโรคเรื้อนในปี พ.ศ.2478  
ขณะนั้นมีทั้งหมด 15 แห่ง

หลังจากโครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ตามแนวพระราชดำริที่มุ่งใช้วิธีค้นหาและรักษาผู้ป่วย  
ที่บ้าน (Domiciliary approach) ของประเทศไทยประสบความสำเร็จกำจัดโรคเรื้อนในปี พ.ศ.2537  
กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายยุบหลอมรวมนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไป โดย  
ใช้หลักการของการฟื้นฟูสภาพโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation : CBR) ซึ่งให้  
ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคม การคืนสิทธิและศักดิ์ศรี แห่ง  
ความเป็นมนุษย์ และการหลอมรวมชุมชนให้เป็นหนึ่งเดียว ผลของการพัฒนารูปแบบดังกล่าวส่งผล ให้  
นิคมปราสาทสามารถดำเนินการยุบหลอมรวมเป็นชุมชนหรือหมู่บ้านปกติได้จนสำเร็จ และมีประกาศยกเลิก  
การเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อนปราสาทจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของ  
มนุษย์ ในปี พ.ศ.2555

ความสำเร็จดังกล่าวนี้นับเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของวงการโรคเรื้อนในการทำลายกำแพงตราบาป  
ที่แบ่งกั้นระหว่างผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและประชาชนทั่วไป จนในเวลาต่อมาได้มีการนำรูปแบบ  
การบูรณาการนิคมปราสาทไปใช้ประยุกต์ในการยุบนิคมโรคเรื้อนอื่นๆ จนในที่สุดมีผลให้กระทรวง  
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อน  
ทั่วประเทศได้รวม 10 นิคม คือ 1) นิคมดงดิบ จังหวัดจันทบุรี 2) นิคมบ้านกร่าง จังหวัดพิษณุโลก  
3) นิคมบ้านหัน จังหวัดมหาสารคาม 4) นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน 5) นิคมโนนสมบูรณ์ จังหวัดขอนแก่น  
6) นิคมอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ 7) นิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 8) นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง  
9) นิคมพุดตง จังหวัดนครศรีธรรมราช และ 10) นิคมแพ่งขาค้าง จังหวัดจันทบุรี

หลังจากนั้นต่อมา นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ก็ถูกยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ ตั้งนั้น  
ในปัจจุบันจึงยังคงเหลือ “สถานสงเคราะห์สถาบันราชประชาสมาสัย” ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ ของรัฐ  
เพียงแห่งเดียวที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบดูแลของกรมควบคุมโรค ตามประกาศกระทรวง การ  
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2564, หน้า 2)

นอกจากนี้ โกเมศ อนุรักษ์ (มุขนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563 หน้า 90)  
ยังได้กล่าวถึง ผลจากการประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ ไว้ดังนี้ ผลจากการประกาศยกเลิกการ  
เป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศ 10 แห่งนี้ ทำให้นิคมโรคเรื้อนเปลี่ยนสถานะกลายเป็น  
ชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไปตามกฎหมาย โดยมีหน่วยงานจากภาครัฐเข้าไปพัฒนาและหนุนเสริมพลัง  
ตามบทบาทหน้าที่ เช่น 1) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าไปดูแลด้านสาธารณสุขโภชนาการและสิทธิต่างๆ  
ที่ประชาชนทั่วไปพึงได้รับตามกฎหมาย 2) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเข้าไปดูแล  
ด้านสิทธิประโยชน์ของคนพิการ รวมทั้งการส่งเสริมการประกอบอาชีพ 3) ธนารักษ์ พื้นที่จังหวัดเข้าไป  
ดูแลด้านการจัดที่ดินเพื่อทำกินและอยู่อาศัย 4) สาธารณสุขจังหวัด เข้าไปดูแลด้านระบบหลักประกันสุขภาพ  
และการรักษาพยาบาลตามสิทธิ

จากผลดำเนินงานร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดังกล่าวในภาพรวม ทำให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนสามารถได้รับการคุ้มครองและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป และมีความเท่าเทียมในสิทธิและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ รวมทั้งไม่ถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกตีตรา และรังเกียจเด็ดฉันทจากการเป็นโรคเรื้อนเหมือนเช่นในอดีต ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจากนิคมโรคเรื้อนเดิมกแห่งจึงมีความยินดีและมีการทำประชาคมเพื่อขอตั้งชื่อเป็นชุมชนหรือชื่อหมู่บ้านใหม่แทนชื่อนิคมโรคเรื้อนเดิม เพื่อลดรอยความเจ็บปวดจากการถูกตีตรารังเกียจเด็ดฉันท และถูกแยกออกจากสังคมเพื่อมารับสงเคราะห์ในนิคมโรคเรื้อนในอดีต และเพื่อที่พวกเขาไม่ต้องการให้บุตรหลานที่เกิดมาในนิคมต้องมารับมรดกความเจ็บปวดเหมือนที่ตนเองเคยมีประสบการณ์อันปวดร้าว จากการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากการเป็นโรคเรื้อน จึงขอสรุปผลการยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐและถ่ายโอนเป็นหมู่บ้านทั่วไป

ลำดับที่	ชื่อนิคมโรคเรื้อน	จังหวัด	ปีที่จัดตั้ง	ปีที่ยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐเป็นหมู่บ้านทั่วไป	ชื่อหมู่บ้านในปัจจุบัน
1	นิคมแม่ลาว	เชียงราย	2478	2564	“บ้านนิคมแม่ลาว”
2	นิคมแม่ทะ	ลำปาง	2484	2558	“บ้านแม่ทะหมู่ 9”
3	นิคมอำนาจเจริญ	อุบลราชธานี (อำนาจเจริญ)	2484	2559	“บ้านคำเขื่อนข้าว”
4	นิคมพุดหง	นครศรีธรรมราช	2484	2560	“บ้านราชประชานุสรณ์”
5	นิคมฝายแก้ว	น่าน	2485	2558	“บ้านราชประชาสามัคคี”
6	นิคมบ้านกร่าง	พิษณุโลก	2493	2557	“บ้านใหม่ราชประชา”
7	นิคมเสลภูมิ	ร้อยเอ็ด	2496	2559	“บ้านมั่นคงราชประชา”
8	นิคมบ้านหัน	มหาสารคาม	2496	2558	“บ้านไทรทอง”
9	นิคมปราสาท	สุรินทร์	2496	2555	“ชุมชนราชประชาร่วมใจ”
10	นิคมดงทับ	จันทบุรี	2498	2556	“ชุมชนร่วมใจพัฒนา”
11	นิคมโนนสมบูรณ์	ขอนแก่น	2535	2559	“บ้านโนนสมบูรณ์หมู่ 10”
12	นิคมแพรงขाय้ง	จันทบุรี	2502	2559	“ชุมชนราชประชาร่วมใจ”

ลำดับที่	ชื่อนิคมโรคเรื้อน	จังหวัด	ปีที่จัดตั้ง	ปีที่ยกเลิกการ เป็นสถาน สงเคราะห์ ของรัฐเป็น หมู่บ้านทั่วไป	ชื่อหมู่บ้านในปัจจุบัน
13	สถานสงเคราะห์/ ชุมชนสถาบัน ราชประชาสมาสัย	พระประแดง สมุทรปราการ	2545	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ	-

ที่มา : ปรับจาก ตารางสรุปการจัดตั้งและยุบสลายนิคมโรคเรื้อน สัญลักษณ์ของการตีตราและรังเกียจ  
 เดียดฉั่นที่โรคเรื้อน (Social Stigmatization and Prejudice) ในอดีตกาล ของโกเมศ อุนรัตน์ (มูลนิธิ  
 ราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2563 หน้า 92)

## 2.7 นโยบายการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อน

กรมควบคุมโรคได้กำหนดการถ่ายโอนบูรณาการนิคมโรคเรื้อนให้เป็นหมู่บ้านปกติ โดยเป็น  
 นโยบายจุดเน้นที่ต้องถ่ายโอนให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผน  
 และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองท้องถิ่น พ.ศ.2542 หมวด 4 ให้มีภารกิจที่จะต้อง  
 ถ่ายโอนและปรับเปลี่ยนบทบาทตามลักษณะการกระจายของเงินงบประมาณ จากเดิมดูแลลักษณะแบบ  
 Vertical Program บริหารจัดการทุกอย่างโดยกรมควบคุมโรคสู่การบริหารจัดการแบบ Integrated  
 หรือการบูรณาการบริหารจัดการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ แต่ในปี พ.ศ.2551 การถ่ายโอนนิคม  
 โรคเรื้อนยังไม่ถูกกำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจ ฉบับที่ 2 เนื่องจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนนั้น  
 ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละนิคมโรคเรื้อนที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ ซึ่งจะไม่ใช่เป็นการถ่ายโอนภารกิจ  
 ให้กับองค์การปกครองท้องถิ่นเพียงหน่วยงานเดียว แต่จะเป็นการบูรณาการจากองค์กรต่างๆ ในพื้นที่  
 เพื่อการพัฒนาให้เป็นชุมชนทั่วไป โดยมอบให้สถาบันราชประชาสมาสัยวางแผนการถ่ายโอนภารกิจ  
 นิคมโรคเรื้อนให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ซึ่งขณะนั้นมีนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศทั้งหมด  
 13 นิคม และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการถ่ายโอนฯ โดยบรรจุเป็นแผนของกรมควบคุมโรค ให้  
 มีการถ่ายโอนฯ ในนิคมโรคเรื้อนที่มีความพร้อม (โกเมศ อุนรัตน์ และคณะ, 2556 หน้า 2)

ในปี พ.ศ.2546 - 2547 มีการประชุมจัดทำแผนพัฒนานิคมฯ เป็น Road Map เพื่อเตรียม  
 ความพร้อมเพื่อการถ่ายโอนนิคมฯ โดยได้มีการกำหนดบทบาทที่จะถ่ายโอน ขอบเขตของการถ่ายโอน  
 ว่ามีใครเป็นเจ้าของหลักในแต่ละบทบาท และกำหนดกรอบระยะเวลาในการถ่ายโอนนิคมฯ ให้

มีการศึกษาในนิคมฯนำร่องคือ นิคมปราสาท จังหวัดสุรินทร์ นิคมบ้านหัน จังหวัดมหาสารคาม นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย และนิคมโนนสมบูรณ์ จังหวัดขอนแก่น

ในปี พ.ศ.2542 - 2554 มีการประชุมเพื่อจัดทำคู่มือการถ่ายโอนและแผนการถ่ายโอนฯ ประกอบรายละเอียดเพื่อเสนอกองแผนงาน กรมควบคุมโรค

การดำเนินงานดังกล่าว ส่งผลให้ปัจจุบันนิคมโรคเรื้อนที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ ของกรมควบคุมโรคถูกถ่ายโอนเป็นชุมชนทั่วไป จำนวน 12 ชุมชน เหลือเพียง 1 นิคม ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐเพียงแห่งเดียวที่อยู่ภายใต้กรมควบคุมโรค ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คือ “สถานสงเคราะห์สถาบันราชประชาสมาสัย”

## 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โกเมศ อุรัตน์และคณะ (2556) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนปราสาท จังหวัดสุรินทร์ สู่ชุมชนทั่วไป เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบของการมีส่วนร่วมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และองค์กรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อบูรณาการนิคมโรคเรื้อนปราสาทจังหวัดสุรินทร์ สู่ชุมชนทั่วไป ด้วยการใช้เทคนิค การสังเกต การสนทนากลุ่ม การเล่าเรื่อง การถอดบทเรียนในการจัดการความรู้และการประชุมระดมสมอง ผลการศึกษาพบว่า 1) การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและองค์กร ที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยสำคัญ ความสำเร็จของการบูรณาการอยู่ที่การจัดวางแผนแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) 2) ในส่วนขององค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สมควรใจและยินดีสนับสนุนนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบูรณาการนิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนทั่วไปครั้งนี้ประสบความสำเร็จด้วย เพราะเป็นบทบาทหน้าที่ในการดูแลประชาชนอยู่แล้ว 3) ผลการศึกษาในครั้งนี้ ขั้นตอนการทำประชาคมเพื่อทำประชาพิจารณ์ลงมติยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้วยการบูรณาการนิคมโรคเรื้อน เพื่อพัฒนาให้เป็นชุมชนทั่วไปของสมาชิกในนิคมปราสาทถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เป็นจุดเริ่มต้นและเป็นหัวใจของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและมีผลต่อการพัฒนานิคมโรคเรื้อนปราสาทจนบรรลุเป้าหมาย และ 4) ผลกระทบที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่านิคมโรคเรื้อนแห่งอื่นๆ ทั่วประเทศ และนักวิชาการต่างประเทศได้ให้ความสนใจต่อรูปแบบการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนปราสาทให้เป็นชุมชนทั่วไป และทำให้ชุมชนราชประชาร่วมใจเป็นต้นแบบและเป็นแหล่งศึกษาดูงานของผู้สนใจเพื่อนำรูปแบบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

อนันต์ตรี สมิทธิ์ราเศรษฐ์ (2560) ศึกษาการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการดูแลระยะยาวในบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตที่เรียกว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia disorder) นับได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงและเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญมาโดยตลอด พบมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในหลายๆ ประเทศ รวมถึงประเทศไทยด้วย

ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมการตัดสินใจ และความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม มีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและญาติผู้ดูแล เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยทางจิตย่อมก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อระบบหรือโครงสร้างของครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัวรวมไปถึงส่งผลต่อการรับรู้ภาวะแห่งตนที่สูงขึ้นและเกิดพฤติกรรมการดูแลเชิงลบตามมา และในระยะต่อไปนั้น ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลอาจเริ่มทอดทิ้งผู้ป่วยให้เป็นภาระของโรงพยาบาลหรือสังคมในที่สุด ซึ่งกระบวนการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลนั้นมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละครอบครัวหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หากญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการทำหน้าที่ภายในครอบครัวที่เหมาะสม มีการให้ความหมาย หรือมีมุมมองเชิงบวกต่อการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัวและมีความเข้มแข็ง ภายในครอบครัวสูง ย่อมส่งผลต่อการเผชิญปัญหา และปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ณัฐสุดา แสงบุญ และคณะ (2562) ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงวัยตอนปลายที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีสายตาเลือนราง กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1) การปรับตัวด้านร่างกาย สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เอง แต่ยังคงมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐานและที่ซับซ้อน 2) ด้านอัตมโนทัศน์ ใช้ในการปรับวิธีคิดในการตอบสนองต่อความบกพร่องทางการมองเห็น โดยการยอมรับความจริงและทำใจยอมรับกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ และคิดว่าเป็นผลของเวรกรรมที่เคยทำมา 3) ด้านบทบาทหน้าที่ สามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวได้ แต่ยังคงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในบางกิจกรรม และมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ 4) ด้านพึงพาระหว่างกัน มีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว โดยได้รับความรัก ความห่วงใย ความเคารพนับถือ กำลังใจ รวมถึงได้รับการดูแล

ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์ และคณะ (2561) ศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ : ผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า การตีตรา มีผลให้ผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์ รักษาล่าช้า ขาดการรักษา ปกปิดโรค มีปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาชีวิตคู่ และปัญหาในการประกอบอาชีพ อันขัดขวางความสำเร็จในงานป้องกันควบคุมโรคในภาพรวม ผู้วิจัยเสนอให้การลดการตีตราเป็นยุทธศาสตร์หลักในแผนยุทธศาสตร์ป้องกันควบคุมโรคเรื้อน วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ ที่นำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและติดตามผลอย่างจริงจัง เสนอให้มีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับ (1) สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการตีตราในโรคเรื้อน วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ (2) สาเหตุและปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการตีตรา ที่มีผลทั้งทางบวกและทางลบ ต่อผู้เป็นโรค/ผู้ติดเชื้อ ตลอดจนงานป้องกันควบคุมโรคดังกล่าว (3) โครงการหรือกิจกรรมลดการตีตรา ที่ได้มีการดำเนินการในอดีต เสนอให้โครงการลดการตีตราในอนาคต เป็นโครงการที่ออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทและกลุ่มเป้าหมาย และเสนอให้มีการบูรณาการโครงการลดการตีตราในวัณโรคและเอชไอวี/เอดส์

นิยม ไกรปุยและโกเมศ อุรรัตน์ (2562) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน ภายหลังกการปรับเปลี่ยนนิคมสู่ชุมชนปกติโดยชุมชนมีส่วนร่วม : กรณีศึกษาโรคเรื้อนปราสาท อำเภปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า บริบทสภาพปัญหาในอดีตนิคมโรคเรื้อนปราสาท ถูกบุกรุกที่ดินทำกิน และปัญหาหลังการถ่ายโอนนิคมพบความรังเกียจของประชาชนในชุมชน ต่อ ผู้ป่วยโรคเรื้อนชุมชน ไม่มีความใกล้ชิดกันมีความรังเกียจ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ มี ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมร้อยละ 41.7 ที่จะต้องมีการฟื้นฟูสภาพ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนหลังปรับเปลี่ยนจากนิคมสู่ชุมชนปกติ ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาประชาสมาสัยขับเคลื่อนการส่งเสริมกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ ผู้พิการจากโรคเรื้อนกับผู้พิการในชุมชน ทั่วไป 2) การบูรณาการทำงานของทีมจิตอาสา ทีมประกอบด้วย แกนนำชุมชน บุตรผู้พิการ จากโรค เรื้อนและผู้พิการในชุมชนทั่วไปกับตัวแทนผู้พิการจากโรคเรื้อน ร่วมดำเนินการ ดังนี้ 2.1 วิเคราะห์ปัญหา และการฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม 2.2 ร่วมทำแผนการฟื้นฟูสภาพ 2.3 ร่วมระดมทุน และตั้ง กองทุนฟื้นฟูสภาพในการพัฒนาอาชีพ 2.4 การส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรม มีความใกล้ชิดกัน ลดความ รังเกียจ 2.5 การส่งเสริมสุขภาพผู้พิการจากโรคเรื้อนและผู้พิการในชุมชน

ชญานุช พะลังและปิ่นททัย หนูนวน (2563) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัว ของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ : วิจัยกรณีศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่และกำลังใจ 2) ด้านการยอมรับ ผู้ป่วยได้รับการยอมรับยกย่อง เป็นที่เคารพนับถือ และเห็นคุณค่าในตัวตน 3) ด้านเครือข่ายทางสังคม ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้เข้าร่วม กิจกรรมบำบาตร่วมกับผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับความรู้จากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและวิธีการดูแลตนเองขณะที่เข้ารับการรักษา และ 5) ด้านสิ่งของและบริการ ได้รับความช่วยเหลือในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาลต่างๆ สำหรับรูปแบบการปรับตัวของผู้ป่วยแบ่งเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การปรับตัวด้านร่างกาย โดย เปลี่ยนเปลี่ยนวิธีการรับประทานให้เหมาะสมกับกระบวนการรักษาโรคมะเร็ง 2) การปรับตัวด้านจิตใจ โดย การยอมรับกับความเจ็บป่วยของตนเองและมีมุมมองต่อโลกในเชิงบวก 3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ โดยการจัดสรรเวลาการทำงานให้เหมาะสมกับร่างกาย และ 4) การปรับตัวด้านพึ่งพาอาศัย โดยการมี ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนผู้ป่วยมะเร็งและญาติพี่น้อง และทีมสหวิชาชีพ ดังนั้น การ สนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ ในขณะที่ เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นิพนธ์ แสนโคตรและไพรัช วัชรกุลธรไทย (2564) ศึกษาผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจ ส่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษานิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ ปี 2561 ผลการศึกษาพบว่า การถ่ายโอนภารกิจโรคเรื้อนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของนิคมอำนาจเจริญตามพระราชบัญญัติ การกระจายอำนาจปี 2542 ที่ผ่านการลงนามบันทึกข้อตกลงการถ่ายโอนในวันที่ 8 กันยายน 2557

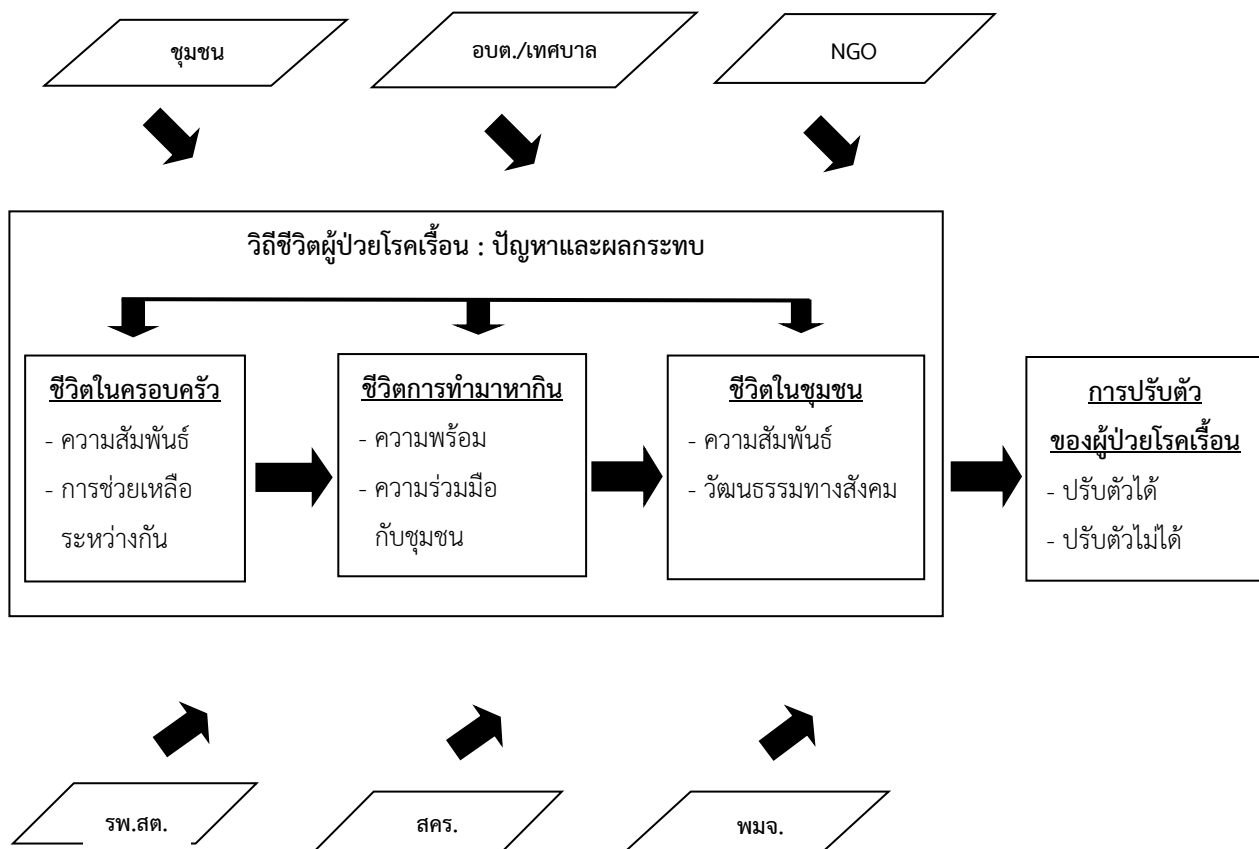
จนถึงปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้ครบถ้วนทุกประเด็น อย่างไรก็ตาม ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามกรอบบันทึกข้อตกลงได้ขับเคลื่อนกิจกรรมโดยสนับสนุนสวัสดิการและบริการให้กับชุมชนภายใต้การจัดการอย่างเป็นระบบให้เกิดความเท่าเทียม เป็นธรรม โปร่งใส และตรวจสอบได้ โดยเน้นการสร้างแกนนำชุมชนให้เป็นแบบอย่างที่ดี เปลี่ยนมุมมองจากการเป็นผู้รับการสงเคราะห์เป็นผู้ให้อยู่อย่างพอเพียงพึ่งตนเองได้ รวมทั้งการอนุรักษ์ประวัติศาสตร์เพื่อเพิ่มคุณค่าในเชิงบวกให้กับชุมชน โดยภาพรวมแล้วกลไกที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อความสำเร็จในการบรรลุข้อตกลง ได้แก่ การคืนที่ดิน การดูแลของกรมควบคุมโรคให้แก่กรมธนารักษ์ การจัดทำสัญญาเช่าที่ดินกรมธนารักษ์ให้ถูกต้อง ตามกฎหมายและการจัดการระบบไฟฟ้าให้ได้มาตรฐาน

ธนิต สายวัฒน์ และคณะ (2565) ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการตีตราและพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซาก พื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคในมุมมองของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการวางแผนการดูแลและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดการตีตราตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรอบรู้ให้ผู้ป่วยวัณโรคพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคมีสภาพจิตใจที่คลายความวิตกกังวลและลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน



## 2.9 กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ได้กรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษา “วิถีชีวิตการเผชิญปัญหา ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564” โดยมีวิธีดำเนินการศึกษา ดังนี้

#### 3.1 รูปแบบการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study)

#### 3.2 พื้นที่และระยะเวลาการศึกษา

ศึกษาในพื้นที่นิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ จำนวน 3 นิคม ได้แก่ 1) นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง 2) นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน และ 3) นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย โดยดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2563 – กันยายน พ.ศ.2565

#### 3.3 กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) และแบบลูกบอลหิมะ (Snowball sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่

1.1 ผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อน ทั้ง 3 นิคม โดยสมัครใจเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในแต่ละนิคมๆ และเป็นผู้ที่เต็มใจในการให้ข้อมูล ตัวแทนนิคมละ 10 -15 คน

1.2 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ หน่วยงานละ 1 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล (เทศบาล/อบต.) เจ้าหน้าที่หน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่หน่วยงานธารักษ์พื้นที่ เจ้าหน้าที่หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และเจ้าหน้าที่สถาบันราชประชาสมาสัย

1.3 เจ้าหน้าที่สถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดำเนินงานโรคเรื้อนในนิคมทางภาคเหนือทั้ง 3 นิคม จำนวน 1 คน

2. เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลหลักจะต้องเป็นผู้ที่อยู่ในนิคมทั้งในช่วงก่อนและหลังการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป เป็นผู้ที่สามารถบรรยายประสบการณ์ หรือ

ให้ข้อมูลได้อย่างดี ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องมีวิถีชีวิตที่มีความคล้ายคลึงกันในภูมิหลัง มีประสบการณ์เรื่องเดียวกัน เพื่อได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง

### 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ผู้ศึกษา จะทำหน้าที่ในการศึกษาและทำหน้าที่ผู้ดำเนินการ (Moderator) ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการถอดบทเรียน (Lesson learn)

2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา แบ่งเป็น

2.1 เอกสารที่เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตการเผชิญปัญหา ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน

2.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับบริบทของนิคมและผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้ง 3 นิคม

3. เครื่องบันทึกเสียง โดยระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ศึกษาจะทำการบันทึกเสียง พร้อมทั้งจดบันทึกคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ให้ข้อมูลระหว่างการสนทนาหรือสัมภาษณ์ไปด้วย เพื่อเก็บรายละเอียดประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

4. แบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม (Focus group) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และแบบสัมภาษณ์การถอดบทเรียน (Lesson learn) โดยทั้ง 3 แบบ จะเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured or guided interview) ผู้ศึกษาจะกำหนดคำถามซึ่งเป็นคำสำคัญ (Keyword) เป็นคำถามปลายเปิด มีความยืดหยุ่นและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนถ้อยคำถามให้สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (กิตติพัฒน์ นนทปัทมเดชุลย์, หน้า 122-123)

### 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการถอดบทเรียน (Lesson learn) ผู้ศึกษาใช้แนวประเด็นคำถามที่สร้างไว้ซึ่งครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการศึกษา ดังนี้

1.1 การสนทนากลุ่ม (Focus group) จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วย โรคเรื้อนในแต่ละนิคมๆ ละ 10-15 คน ใช้แนวประเด็นคำถามเกี่ยวกับวิถีชีวิตในปัจจุบันด้านต่างๆ เปรียบเทียบวิถีชีวิตก่อนและหลังการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป ปัญหาที่ต้องเผชิญและผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป วิธีการปรับตัวเมื่อเกิดปัญหา การสนับสนุนทางสังคมในการได้รับความดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ความพึงพอใจกับการได้รับความดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งความต้องการในการได้รับการดูแลจากหน่วยงานเพิ่มเติม

ก่อนการเริ่มกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้ศึกษามีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ทำความเข้าใจข้อตกลงกติกาในการสนทนา โดยหากผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการพูดขอไต่ถามข้อขัดแย้งใดข้อหนึ่งขึ้น และหากต้องการยุติการให้ข้อมูลก็สามารถแจ้งผู้ศึกษาและขอออกจากกลุ่มสนทนาได้ ทั้งนี้ ผู้ศึกษาจะขออนุญาตในการบันทึกเสียงและภาพถ่ายระหว่างการสนทนา

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการและดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจ หน่วยงานละ 1 คน ใช้แนวประเด็นคำถามการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน การให้บริการกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มประชาชนทั่วไป ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานงาน รวมทั้งการให้การดูแลช่วยเหลือเพิ่มเติม โดยเป็นชุดคำถามซึ่งเป็นคำสำคัญ (Keyword) คือ การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการดูแลช่วยเหลือ ที่เป็นแนวคำถามเดียวกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคเรื้อนในแต่ละนิคม เพื่อเป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล 2 ด้าน ทั้งจากผู้ให้บริการ คือ ผู้ให้ข้อมูลหลักจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และจากผู้รับบริการ คือ ผู้ให้ข้อมูลหลักจากตัวแทนผู้ป่วยโรคเรื้อนในแต่ละนิคม

1.3 การถอดบทเรียน (Lesson learn) จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นเจ้าหน้าที่สถาบันราชประชาสมาสัย ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานโรคเรื้อนในนิคม จำนวน 1 คน ใช้แนวคำถามมุมมองและแง่มุมของการการรักษาโรคเรื้อนที่พบเจอในอดีต การตีตรา (Stigma) ผู้ป่วยโรคเรื้อน มุมมองปัญหาภายหลังการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อน และการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลการสนทนากลุ่ม (Focus group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการถอดบทเรียน (Lesson Learn) จะใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที เก็บข้อมูล 1 ครั้ง จนกว่าผู้ศึกษาจะได้ข้อมูลที่ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา และจะหยุดเมื่อข้อมูลมีความครบถ้วนหรือถึงจุดอิ่มตัว (Saturation of Data) โดยพบว่าข้อมูลที่ได้เริ่มซ้ำกับข้อมูลเดิมและเริ่มมีข้อมูลที่นอกประเด็นมากขึ้น ผู้ศึกษาจะทำการนัดหมายวันเวลาและสถานที่ผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นตัวแทนผู้ป่วยโรคเรื้อนผ่านทางหนังสือราชการ โดยประสานผ่านเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลของแต่ละนิคมเป็นผู้นัดหมายให้สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่างๆ ผู้ศึกษาจะทำหนังสือผ่านหัวหน้าหน่วยงานเพื่อมอบหมายเจ้าหน้าที่โดยทำการสัมภาษณ์ ณ หน่วยงานนั้นๆ ตามวันและเวลาที่แจ้งในหนังสือและผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นเจ้าหน้าที่สถาบันราชประชาสมาสัย ทำการนัดหมายแบบไม่เป็นทางการผ่านทางโทรศัพท์และนัดหมายสถานที่ที่ไม่เป็นทางการ มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการให้ข้อมูล

3. ผู้ศึกษาใช้การสังเกตระหว่างการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ รวมทั้งใช้เครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึก เพื่อเก็บรายละเอียดทั้งลักษณะอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลหลัก

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียง มาถอดเทป รวมทั้งการจดบันทึกและภาพถ่าย นำมาเรียบเรียงและจัดหมวดหมู่ให้เป็นระบบตามประเด็นในการศึกษา
2. อ่านทบทวนข้อมูลทั้งหมดซ้ำประมาณ 1-2 รอบ เพื่อตรวจสอบข้อมูลและเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา โดยคัดเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นศึกษาที่วางไว้ตามกรอบแนวคิดในการศึกษาเท่านั้น
3. วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็น กรอบแนวคิดการศึกษา รวมทั้งแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา
4. นำเสนอข้อมูลในรูปแบบเรื่องเล่า (Narrative analysis) เพื่อให้การศึกษาน่าสนใจมากยิ่งขึ้น

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษา “วิถีชีวิตการเผชิญปัญหา ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564” ผู้ศึกษาเสนอผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

- 4.1 บริบทของนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ
- 4.2 วิถีชีวิตการเผชิญปัญหา และผลกระทบของผู้ป่วยโรคเรื้อน
  - 4.2.1 ชีวิตในครอบครัว
  - 4.2.2 ชีวิตการทำมาหากิน
  - 4.2.3 ชีวิตในชุมชน
- 4.3 การปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน
- 4.4 การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
- 4.5 ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้

#### 4.1 บริบทของนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ

ผลการศึกษา พบว่า นิคมโรคเรื้อนฯ ทั้ง 3 นิคม ได้แก่ นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน และนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย อยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ โดยทั้ง 3 นิคม มีลักษณะคล้ายคลึงกันเกือบทุกด้าน ในด้านพื้นที่มีลักษณะเป็นที่ราบลุ่ม มีแหล่งน้ำธรรมชาติใช้ในการอุปโภค

ลักษณะประชากร พบว่า มีวัยสูงอายุมากกว่าทุกวัย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาคริสต์ มีโบสถ์คริสต์ อยู่ภายในนิคมโรคเรื้อนฯ ลักษณะครอบครัวจะอยู่กันเป็นครอบครัวขยาย มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง โดยแต่ละครอบครัวมีสิทธิในที่ดินทำกินคนละประมาณ 5 ไร่ เป็นที่ดินราชพัสดุซึ่งหน่วยงานในนิคมจัดสรรให้ตามระเบียบภายในนิคมโรคเรื้อน รอบนิคมฯ ก็จะมีชุมชนประกอบด้วยประชาชนทั่วไปอาศัยบริเวณรอบๆ นิคมโรคเรื้อน

การได้รับความดูแลจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีหน่วยงานที่เข้าไปดูแลรับผิดชอบ ในด้านต่างๆ ภายหลังจากที่ถ่ายโอนฯ ดังนี้

ด้านสุขภาพ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าไปดูแล มี care giver และ อสม. ซึ่งเป็นประชาชนในหมู่บ้านนิคมฯ เป็นเครือข่ายในการดูแลด้านสุขภาพ โดยอยู่ในกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ด้านสวัสดิการ มีสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเข้าไปให้การดูแลในเรื่องเบี้ยคนพิการและเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ด้านสาธารณสุขปโภคและสิ่งแวดล้อม มีหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อบต. หรือเทศบาล ได้เข้าไปพัฒนาในด้านสาธารณสุขปโภคและสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ ถนน ไฟฟ้า น้ำประปา แต่ทุกนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนฯ ยังพบปัญหาด้านน้ำประปาในหน้าแล้ง เนื่องจากหมู่บ้านตั้งอยู่ห่างไกลจากแหล่งน้ำธรรมชาติ และสำนักงานธนารักษ์พื้นที่ เข้าไปดูแลในเรื่องที่ดินทำกิน ยังพบว่าทุกนิคมฯ ยังมีปัญหาเรื่องเอกสารและกรรมสิทธิ์ที่ดิน นอกจากนี้ยังมีผู้ประสานงานโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ดูแลในเรื่องเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนของกรมควบคุมโรค รวมทั้งให้การส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจร่วมกับทีมสหวิชาชีพหรือทีมเครือข่ายหน่วยงานในพื้นที่อีกด้วย

การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิสัมพันธ์ในนิคมฯ เอง มีกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมพัฒนาชุมชน กิจกรรมประจำปี เช่น การจัดงานวันราชประชาสมาสัย เป็นต้น อีกทั้งได้มีเข้าร่วมในกิจกรรมกับชุมชนรอบๆ นิคมฯ ด้วย เช่น การเข้าร่วมทัศนศึกษานอกสถานที่ เป็นต้น

#### 4.2 วิธีชีวิตการเผชิญปัญหาและผลกระทบของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ผู้ศึกษาขอเสนอวิธีการเผชิญปัญหาและผลกระทบของผู้ป่วยโรคเรื้อน ผ่านเรื่องเล่า 3 เรื่อง ดังนี้

## เรื่องเล่าเรื่องที่ 1

### “หมู่บ้านงูเห่า”

ตอนเช้าตรู่ของปลายฤดูหนาว แสงแดดอ่อนๆ ทอแสงสาดกระทบสายตาของทีมผู้โดยสารบนรถตู้ จุดหมายปลายทางเดียวกัน คือ วงสนทนากลุ่มของตัวแทนผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัว...

ระหว่างทางจากริมถนนใหญ่ ลึกเข้าไปในหมู่บ้านประมาณ 1 กิโลเมตร บนถนนปูนเล็กๆ ที่ทอดยาว สองข้างทางเต็มไปด้วยต้นไม้ยืนต้นขึ้นเรียงราย ปลายกิ่งยาวโค้งประสานสอดรับกันราวกับอุโมงค์ต้นไม้ ที่นำพาผู้มาเยือนไปสู่อีกมิติหนึ่ง...



ถึงที่หมายก่อนเวลา ณ ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน พบว่า ประตูละลาที่ยังลือคฤณแจอยู่ หนึ่งในเจ้าหน้าที่ของทีมที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ประสานงาน เดินไปยังบ้านที่อยู่ใกล้ๆ ศาลา ระหว่างนั้นเริ่มมีเสียงมอเตอร์ไซด์และเสียงทักทายของผู้นัดหมายตัวแทนของผู้ป่วยโรคเรื้อนและสมาชิกในครอบครัวทยอยกันเข้ามาภายในบริเวณศาลาประชาคม

ภายหลังจากการช่วยจัดแจงสถานที่ ชัยบโตะ เก้าอี้ จัดเป็นรูปแบบวงกลม ให้สมาชิกนั่งกันได้แบบสบายๆ การสนทนากลุ่มก็เริ่มขึ้น...โดยการกล่าวแนะนำตัวของนักศึกษาและสมาชิกในกลุ่มเพื่อทำความคุ้นเคย สมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นผู้ชาย มีทั้งวัยสูงอายุและวัยกลางคนเป็นผู้นำครอบครัว และบางคนเป็นผู้นำชุมชน บุคลิกบ่งบอกลักษณะความเป็นผู้นำด้วยน้ำเสียงคำพูดที่มีความมั่นใจ ชัดถ้อยชัดคำ บางคนก็พูดภาษาถิ่น ที่เรียกว่า “อู้คำเมือง” การแต่งตัวสะอาดสะอ้าน บางคนสวมรองเท้าแตะเปิดส้น บางคนสวมรองเท้าหนังหรือรองเท้ากีฬาหุ้มส้น มีบางคนสวมถุงเท้าและรองเท้าที่เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในส่วนของความพิการที่สังเกตเห็นได้เด่นชัด คือ นิ้วมือ



หญิงงอ แต่บางคนก็ไม่มีคามพิการ ส่วนคนอื่นๆ จะเป็นสมาชิกในครอบครัว รุ่นลูกหลานคนรุ่นใหม่อายุ เพ็งเลยวัยรุ่นตอนปลาย

แสงแดดเริ่มแรงขึ้น แต่ก็ยังรู้สึกสดชื่น ด้วยความร่มรื่นของหมู่มวลดันไม้้น้อยใหญ่ที่ขึ้นปกคลุม รอบๆ หมู่บ้านแห่งนี้....

ผู้ศึกษาได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการสนทนา ระยะเวลาและกฎกติกาในการสนทนาที่ว่า หากผู้ใดประสงค์จะให้ความเห็นขอให้ยกมือขึ้น พร้อมกับย้ำว่าการให้ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ นำไปใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ...



เริ่มต้นด้วยการชวนคิด-ชวนคุยโดยใช้คำถามแบบภาษาง่ายๆ แต่สะท้อนมุมมองของชีวิต ในอดีตถึงปัจจุบัน ออกมาได้อย่างจับใจยิ่งนัก...ด้วยคำถามแรกที่ว่า “วิถีชีวิตในทุกๆ ด้าน ในปัจจุบัน คล้ายคลึงหรือแตกต่างกับหมู่บ้านรอบนอก หรือไม่ อย่างไร” โดยให้พูดคุยตัวอย่างเปรียบเทียบก่อน และหลังการถ่ายโอนนิคม...คำถามสะกิดใจชวนให้สมาชิกกลุ่มพร้อมใจกันยกมือ เพื่อสะท้อนความในใจ...

ในขณะที่คนอื่นๆ เพียงยกมือ แต่ลุงนาย (นามสมมติ) ชายสูงวัย มีความพิการนี้ว่ามีองอบุคลิกลักษณะมาดผู้นำ แววตามุ่งมั่น ยกมือพร้อมพูดด้วยเสียงดังฟังชัดว่า “ผมขอพูดครับ” ..... “ได้เลยครับคุณลุง” ผู้ศึกษาผายมือต้อนรับ เชื่อเชิญให้พูด...

ลุงนาย (นามสมมติ) เล่าว่า...

**“เมื่อก่อนทำมาหากินลำบาก น้ำประปา ไฟฟ้า ก็ไม่ดี ไปหาชุดห่อไม้  
ก็โดนตี โดนเอาหินขว้างไล่”**

ลุงนาย (นามสมมติ) นิ่งเงียบเล็กน้อย แหวตาทม่น และถอนหายใจยาว ก่อนที่จะเล่าต่ออีกครั้ง  
ด้วยน้ำเสียงที่โบลง

**“แม่แต่ป้ายชื่อหมู่บ้านเขาก็ทำลาย”**

วงสนทนาเงียบงัน ลุงชาย (นามสมมติ) ชายสูงวัย ผู้ไม่มีความพิการ ก็ยกมือขึ้นพร้อมเล่าด้วยภาษาถิ่น

**“ไปแอ้วสาวก็มีไผคบ เป็นบ่าวก็ไปไหนบได้ เป็นรังเกียจ**

**ข้างนอกเป็นก็คิดว่า เป็นโรคติดต่อ” ....**

ในขณะนั้น น้ำทวี (นามสมมติ) ชายวัยกลางคน ผมหงอกเทา สมาชิกในครอบครัว ยกมือขึ้น  
ขอสะท้อนความในใจ...

**“สมัยก่อนหน้าหมู่บ้านจะมีป้ายกองโรคเรื้อนอยู่**

**คนนอกเขาจะรู้ว่ามาจากหมู่บ้านโรคเรื้อน**

**เวลาไปโรงเรียน นั่งรถโดยสาร เพื่อนขยับห่างจากเรา บางคันก็ไม่รับ**

**พ่อแม่ต้องไปส่ง จนพอเริ่มโต พ่อแม่ต้องให้รถมอเตอร์ไซด์ขับไปโรงเรียน**

**ไม่มีเพื่อนคบด้วย” ....**

น้ำทวี (นามสมมติ) นิ่งเงียบ หลบสายตาลงต่ำ ไม่อยากให้ใครเห็นแววตาแห่งความเจ็บปวด  
และสะท้อนความในใจด้วยน้ำเสียงที่สั้นเครือ ต่อไปว่า...

**“...จนถูกเรียกว่า หมู่บ้านงูเห่า”**

เมื่อผู้ศึกษาถามน้ำทวี (นามสมมติ) ว่าเหตุใด เพื่อนๆ จึงเรียกหมู่บ้านของตนเช่นนั้น

น้ำทวี (นามสมมติ) ยกมือ กางนิ้ว ทำท่านิ้วหงิกงอ พร้อมกับอธิบายความ...

**“ก็มือหงิกงอ เหมือนงู เมื่อก่อนที่นี่เป็นป่ารกชั้น งูเห่าเยอะ”**

สมาชิกกลุ่มต่างสะท้อนความในใจในอดีตออกมาอย่างแจ่มชัด รวากับว่าสิ่งที่ตนเผชิญมานั้น  
เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน...

น้ามานะ (นามสมมติ) ชายวัยกลางคน สมาชิกในครอบครัว ยกมือ ขอสะท้อนมุมมองชีวิตบ้าง....

**“เมื่อก่อนอยู่แมคเคน ไปสมัครเข้าทำงาน ไม่มีใครรับเลย**

**หากบอกว่ามาจากหมู่บ้านนิคม”**

ป้าทอง (นามสมมติ) หญิงวัยกลางคน สมาชิกในครอบครัว ยกมือ...

**“คนแก่เล่าว่า คนข้างนอกเข้ามาไม่ยอมกินน้ำ**

**มีญาติฝ่ายแม่เข้ามา ท่อข้าวมากินด้วย เอาข้าวสารมานึ่งเอง”**

ป่านา (นามสมมติ) หญิงสูงวัย มีความพิการนิ้วมืองอ ยกมือ....

“จะเอาของออกไปขายข้างนอกก็ไม่กล้า กลัวคนรังเกียจ

ต้องซื้อกินกันเองภายในนิคม

เวลาไปซื้อของข้างนอก จะจับของไม่ได้ เขาไม่ให้จับ จะเอาอะไรต้องซื้อเอา”

ปากบ (นามสมมติ) หญิงสูงวัย มีความพิการนิ้วมืองอ ยกมือ เล่าเรื่องการขายของ...

“เอาปลาไปขาย ทั้งๆ ที่ปลาแบบเดียวกับหมู่บ้านข้างๆ

แต่คนเลือกซื้อปลาของหมู่บ้านข้างๆ ไม่ซื้อของเรา”

“สมัยก่อน คนหมู่บ้านเราไปซื้อของในตลาดนะ

เขาจะแบ่งเงินเป็น 2 ก้อน หากเงินที่ได้มาจากนิคม เขาจะไปต้มล้างก่อนใช้”

น้องนุ่น (นามสมมติ) แม่ค้าออนไลน์ หญิงสาววัยรุ่นตอนปลาย สมาชิกในครอบครัว ยกมือ สะท้อนเรื่องการค้าขาย...

“หนูมีขายของออนไลน์ค่ะ เจอลูกค้าบางคนก็จะถามเราก่อน

ว่าเราอยู่หมู่บ้านไหน หากอยู่หมู่บ้านนิคมเขาก็จะเจียบไป

หนูรู้แล้วว่าเขาคงไม่ซื้อนั่นแหละ แต่หนูก็เข้าใจนะคะ

คนนอกเขายังกลัวโรคอยู่ หนูก็ไม่ว่าไรเขา”

ผู้ศึกษาถามถึง เมื่ออดีตการไปใช้บริการในหน่วยงานภาครัฐ เขาให้บริการกับเราหรือไม่ อย่างไรบ้าง หน่วยงานมีความรังเกียจหรือไม่

ลุงรงค์ (นามสมมติ) ชายสูงวัย มีความพิการนิ้วมืองอ ยกมือ พร้อมสะท้อนความ...

“เวลาไปรักษาใน โรงพยาบาลตัวจังหวัด เขาให้ไปนอนเตียงแทรก”

น้ำไม้ (นามสมมติ) ชายวัยกลางคน สมาชิกในครอบครัว ยกมือ เล่าเสริม...

“เวลาไปทำบัตรประชาชน ไปนั่งรอ เจ้าหน้าที่เข้ามาถามอยู่หมู่บ้านไหน

เราบอกมาจากหมู่บ้านนิคม

เขาก็บอกว่าให้กลับไปก่อน เดี่ยวเขาจะเข้าไปทำให้ในนิคม”

น้ำไม้ (นามสมมติ) เล่าต่ออีกว่า...

“สัก 10 ปีก่อน เคยพาคนไปทำบัตรประชาชน

ไปกันหลายคน ไปนั่งกินข้าวที่ร้าน พอออกจากร้าน

เขาเอาจานไปทิ้ง เห็นต่อหน้าเลย เรามองหน้ากัน รู้สึกหดหู่มาก”

ลูกเอก (นามสมมติ) ชายสูงวัย ไม่มีความพิการ มีบทบาทเป็นผู้นำชุมชน ยกมือ ขอสะท้อนการไปใช้บริการในหน่วยงานภาครัฐ

“เข้าไปเอาถั่วให้ชาวบ้านมาทำ หน่วยงานถามเอาไปทำที่ไหน  
ผมบอกว่าไปทำในหมู่บ้านนิคม เขาให้มาวันหลัง เชื่อไหมว่าพอไปอีกวันเขาปิดทำการ”

แง่มุมในอดีตที่เจ็บปวดฝังลึกในใจ...ผู้ศึกษาจึงถามต่อไปว่า “สิ่งที่เผชิญในอดีตต่างๆ นานา  
ปัจจุบันหลังจากถ่ายโอนนิคมแล้ว ยังคงเผชิญสิ่งเหล่านั้นอยู่หรือไม่ อย่างไร”

ลุงนวย (นามสมมติ) ชายสูงวัย ผู้มีอายุมากที่สุดในบรรดาสมาชิกกลุ่ม และมีความพิการนิ้วมือ  
หงิกงอมาก ยกมือ...

“ผมว่าตอนนี้คนข้างนอกก็ยังรังเกียจคนหมู่บ้านนิคม ยิ่งกลัวโรคอยู่  
เพราะมือผมก็พิการ ออกข้างนอก คนเขาก็เห็น”

น้ำหน้อย (นามสมมติ) หญิงสูงวัย ไม่มีความพิการ ยกมือ....

“คิดว่าปัจจุบันก็ดีขึ้นนะ คนข้างนอกเขาไม่รังเกียจเหมือนสมัยก่อนแล้ว  
เราต้องมองตนเอง หากเราแต่งตัวดี สะอาด คนเขาก็ไม่รังเกียจเรา”

น้องนุ่น (นามสมมติ) แม่ค้าออนไลน์ ยกมือ เสริมเรื่องมุมมองการแต่งกาย

“ใช่ค่ะ หนูว่าสำคัญเรื่องการแต่งกาย หากเราแต่งตัวดี สะอาด  
เวลาเราออกไปข้างนอก คนข้างนอกรู้ เขาก็คุยกับเรา”

ผู้ศึกษาจึงสอบถามต่อไปประเด็น....การสนับสนุนทางสังคม การดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงาน  
ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

ลุงโชค (นามสมมติ) ชายสูงวัย มีความพิการนิ้วมือหงิกงอ ยกมือ ขอสะท้อน...

“ไปหาหมอ หมอดูแลดี ไปทำบัตรคนพิการเขาก็ให้นั่งรถร่วมกับคนอื่น ไม่นั่งแยก”  
“บางครั้ง หมออนามัยเข้ามาดู และส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลอำเภอ  
หมอเขาก็รับตัวรักษา”

ลุงนาย (นามสมมติ) ชายสูงวัย ผู้นำชุมชน ยกมือขึ้น....

“ทาง อบต.ก็มาทำเบี้ยคนแก่ เบี้ยพิการให้ทุกคนได้รับหมดแล้ว  
ตอนนี้ก็ติดปัญหาอย่างเดียว เรื่องเอกสารสิทธิที่ทำกิน ที่พักอาศัย  
บางแปลงยังไม่ได้เอกสารสิทธิ แต่มีระบบเสียค่าเช่าแล้ว”

นับว่าเป็นประเด็นชวนคิด-ชวนคุยที่กระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้พากันพร้อมใจยกมืออีกครั้ง เพื่อสะท้อนความในใจ

ลุงพจน์ (นามสมมติ) ชายวัยกลางคน สมาชิกในครอบครัว ผู้นั่งฟังอย่างเงียบกริบตลอด การสนทนา เป็นผู้ถูกเลือก...

**“ผมอยากฝากนารักษ์ เวลาพ่อแม่ที่เป็นผู้ป่วยตาย  
จะไปโอนสิทธิ ทำไมต้องรอเวลาโอน ต้องรอนาน 3-4 ปี เลยหรือ”**

ลุงนาย (นามสมมติ) ชายสูงวัย ผู้นำชุมชน ยกมือขึ้น ขอสะท้อนความในใจ อีกครั้ง...

**“ส่วนในเรื่องค่าเช่า การเก็บต้องผ่อนชำระ ก็ไม่มีบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร**

**ขอให้ไม่มีการเก็บค่าเช่าย้อนหลัง ได้หรือไม่**

**ให้เรียกเก็บตั้งแต่วันออกเอกสารสิทธิ ได้หรือไม่**

**หน่วยงานราชการไม่ควรเอาพื้นที่ไปใช้ประโยชน์ ควรให้ชาวบ้านในหมู่บ้าน”**

น้ำเสียงที่เต็มไปด้วยความคับข้องใจและอัดอั้นใจของ ลุงนาย (นามสมมติ) ผู้มีบทบาทเป็นผู้นำชุมชน ยังคงสะท้อนความในใจต่อว่า...

**“การทำถนน ขอเทศบาล เทศบาลบอกว่าหมู่บ้านเป็นพื้นที่ราชพัสดุ**

**จะทำอะไรต้องขอรนารักษ์ก่อน ก็ติดขัดไปหมด”**

**“น้ำก็มีปัญหา ช่วงหน้าแล้งทุกปี จะไม่พอใช้”**

วงสนทนาสะท้อนภาพมุมมองชีวิตด้วยแววตาและคำพูดที่ยิ่งย่ำชัดถึงการเผชิญปัญหาและผลกระทบในทุกด้านที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคเรื้อน ผู้ศึกษาจึงชวนคิด-ชวนคุย ต่อไปในประเด็นสุดท้ายว่า “จากปัญหาต่างๆ ที่เจอมาในทุกด้าน สมาชิกกลุ่มมีวิธีการปรับตัวกับปัญหานั้นๆ อย่างไรบ้างที่ทำให้มีชีวิตรอยู่ได้อย่างปกติ”

ลุงสา (นามสมมติ) ชายสูงวัย มีความพิการนิ้วมืองอ ยกมือ ขอสะท้อน...

**“เวลาเราออกไปรักษาโรงพยาบาลศูนย์ หากหมอถาม เป็นอะไร**

**ก็ตอบว่าเป็น แล็บิพรซี (Leprosy)**

**หากไม่ใช่หมอถาม จะตอบว่าเป็นเส้นประสาทอ่อนแอ”**

น้องนุ่น (นามสมมติ) แม่ค้าออนไลน์ แววตาเปี่ยมไปด้วยความเชื่อมั่น ยกมือ ขอตอบบ้าง..

**“หนูคิดว่าหมู่บ้านนิคมเหมือนหมู่บ้านข้างนอกมานานแล้ว**

**หากหนูได้ยินใครพูดหรือถามเกี่ยวกับโรคเรื้อน**

**ก็จะตอบกลับไปว่า ไม่มีใครเป็นแล้ว เข้ามาดูสิ”**

ผู้ศึกษา สรุปประเด็นที่ยังคงเป็นปัญหาและรับไปประสานต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล/อำเภอ ธารักษ์พื้นที่จังหวัด และทำการยุติการสนทนากลุ่ม

แสงแดดจ้า ดวงตะวันเด่นตระง่านอยู่เหนือยอดไม้...บทสนทนาจบลง การกล่าวเวลาเริ่มขึ้น สมาชิกและทีมผู้ศึกษาช่วยกันจัดเก็บสถานที่...ไม่นานนักรถของทีมผู้ศึกษาแล่นออกไปผ่านอุโมงค์ต้นไม้ จนถึงถนนใหญ่ราวกับว่าได้กลับมาอยู่ในมิติปัจจุบัน ทิ้งไว้เพียงภาพอดีตที่เจ็บปวดสะท้อนใจของผู้ป่วย โรคเรื้อนและครอบครัวของหมู่บ้านแห่งนี้

จากมุมมองชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อน การเผชิญปัญหาและผลกระทบ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม ที่ให้การดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานของภาครัฐต่างๆ นำมาสู่การปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในทุกด้าน ของชีวิต

ภายหลังจากที่หมู่บ้านได้คืนกลับสภาพเป็นหมู่บ้านปกติทั่วไปเฉกเช่นหมู่บ้านรอบนอก สมาชิก ในหมู่บ้านแห่งนี้ก็มีแต่รอยยิ้มของความภาคภูมิใจในความเท่าเทียม และความรู้สึกมีคุณค่าในศักดิ์ศรี แห่งความเป็นมนุษย์ พร้อมกับตราบาบในใจที่ค่อยๆ มลายไปกับกาลเวลา.....

## เรื่องเล่า เรื่องที่ 2

### จาก...“เมืองคอก” สู่ “นิคมแม่ลาว”

ป้าคำแพง (นามสมมติ) อายุ 69 ปี ผู้ป่วยโรคเรื้อนผู้อาศัยอยู่ในนิคมแม่ลาวตั้งแต่จำความได้ เธอเป็นบุตรของผู้ป่วยโรคเรื้อน มีพี่น้อง 8 คน และเป็นลูกคนที่ 2 ในบรรดาพี่น้องมีเธอและน้องคนเล็กที่เป็นโรคเรื้อน เธอเล่าถึงความเป็นมาที่มาได้มาตั้งรกรากอยู่ ณ หมู่บ้านนิคมแห่งนี้ว่า



“สมัยก่อนพ่อแม่อยู่เมืองลาว เดินทางเข้ามาเพราะเป็นคนป่วย พ่อเล่าให้ฟังว่า เขาเอาไฟจุดบ้าน ไล่คนที่เป็นโรคเรื้อน มีคนบอกพ่อว่าที่เชียงใหม่มีที่รักษา พ่อก็ไปเชียงใหม่ ส่วนแม่ก็มาจากเมืองน่าน โดนไล่ไปอยู่เกาะกลางน้ำ แม่มีมือเสียหมดแล้ว มือง่อย แขนง่อย แม่เดินทางก็ขอทานเขากิน แม่มาที่ขงญาติ เป็นน้องของแม่ เขาก็เป็นโรคเรื้อนเหมือนกัน โดนไล่ออกจากหมู่บ้าน ถ้าใครเป็นโรคนี้จะโดนไล่ เขาไม่ให้อยู่ในหมู่บ้าน”

ผู้ศึกษาได้ถามถึงหมู่บ้านเมืองลาวที่พ่อกับแม่ของ ป้าคำแพง (นามสมมติ) จากมา ซึ่งเธอก็เล่าว่า

“ก็อยู่ข้างประเทศไทย เขาเรียกเมืองคอก”

ป่าคำแพง (นามสมมติ) เล่าว่า พ่อกับแม่ของเธอมาพบกันที่เชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2470 ไปรักษาตัวที่แม่คเคน ครั้นพ่อกับแม่รู้จักและตกลงปลงใจที่จะสร้างครอบครัว จึงชวนกันมาอยู่นิคมแม่ลาว

“ตอนนั้นพ่อก็ชวนแม่ เขารู้จักกันแล้ว ถ้าอยู่ในแม่คเคน  
ถ้าใครจะมีครอบครัว เขาก็แนะนำให้ออกมา เขาไม่ให้อยู่”

ป่าคำแพง (นามสมมติ) ได้บรรยายสภาพการเดินทางอย่างยากลำบากจากเชียงใหม่จนมาสู่ “ห้วยหลวง” หรือ “นิคมแม่ลาว” แห่งนี้

“เมื่อก่อนนิคมแม่ลาวเขาเรียกว่า ห้วยหลวง  
พ่อก็พาแม่เดินทางมาตั้งแต่เชียงใหม่  
เท้าก็เป้นแผล พักแรมมา ขอดานเขากิน ผ้าก็ไม่มี มีผ้าเปลี่ยน 2 ชุด  
พบน้ำที่ไหนก็ชกที่นั่น เสือหมีเยอะเยอะ เวลานอนต้องปิดไฟ  
ตื่นเข้ามาแม่บอกว่า รอยเท้ามันเท่าฝ่ามือ”  
“พ่อกับแม่ก็เดินทางมาเรื่อยๆ จนถึงนิคม หมู่บ้านห้วยหลวง  
ขึ้นดอยมา เมื่อก่อนมันชันขนาด”

ป่าคำแพง (นามสมมติ) เล่าว่า พ่อกับแม่มาอยู่นิคมแม่ลาว ตอนนั้นราวปี พ.ศ.2475 ที่นี้มีวัดมีชุมชนแล้ว คนที่อยู่ช่วยกันสร้างอาราม ส่วนพ่อแม่เธอเป็นคริสต์ แต่ก็ไปช่วยเขาสร้างวัดบ้าง เธอได้เล่าถึงความยากลำบากในการสร้างอาณานิคมบริเวณที่อยู่อาศัยของพ่อแม่

“ตอนมาพ่อแม่ไม่มีบ้าน ก็มาถางมาฟันแค่น้อยเดียว  
แค่แปลงกระต๊อบ ตอนกลางคืนมีหมี เสือมาอาละวาด  
ต้องเอาไม้ทับตีๆ ไม่งั้นจะโดนเสือกิน”  
“พ่อแม่ก็ไปถางไร่ถางนา เราก็กถามว่า พ่อทำยังไง พ่อก็บอกว่า  
เอาผ้าพันมือ พันเท้า ผ้าขาวม้าวโปกหั่ว พ่อทำนาไม่ได้ เพราะเท้าลงน้ำไม่ได้”

หลังจากนั้น พ่อกับแม่เธอก็เริ่มมีลูก พ่อของเธอจึงต้องทำมาหาเลี้ยง ทำไร่ เพื่อเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว สมัยนั้นเริ่มมีเจ้าหน้าที่ของทางราชการมาให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคม เริ่มมีผู้ปกครองนิคมตั้งแต่สมัยนั้นเป็นต้นมา

“มีขุนหลวงคนหนึ่ง ทางมาให้เขามาดูแล ชี้นำมา  
เอาพริกเอาเกลือมาแจกให้แต่ละบ้าน จำชื่อไม่ได้  
มีชื่ออยู่ในทะเบียนหัวหน้าผู้ป่วย แกมาอยู่ปี พ.ศ.2478-2488”  
“จากนั้นก็ยังมีผู้ปกครองอีกคนหนึ่งมา เวลาจ่ายยาให้ผู้ป่วย  
เขาเอายา DDS โยนให้ผู้ป่วยกิน ใครมีมือก็เก็บเอา ใครไม่มีมือ



**ก็ค่อยๆ เอาข้างมือซ้ายๆ เอา กว่าจะได้แต่ละเม็ด  
คนที่มือดีก็ช่วยเก็บให้ เขาทำถึงขนาดนั้น”**

ระหว่างที่เธอเล่า แวดตาของเธอหม่น น้ำเสียงกล่ำกลืน รวากับว่าภาพจำนั้นยังคงอยู่ในใจเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนคนทำงานโรคเรื้อนได้อย่างดี ในแง่มุมของความไม่เข้าใจและความรังเกียจโรค

เธอเล่าถึงช่วงที่เธอป่วยเป็นโรคเรื้อน เมื่ออายุ 7 ขวบ และได้เข้ารับการรักษาที่แม่คเคน รักษาอยู่ที่นั่น 5 ปี ด้วยความโชคดีเธอไม่มีความพิการมากเหมือนเช่นผู้ป่วยคนอื่นๆ ถึงเธอจะเป็นผู้ป่วยที่มีเชื้อมากก็ตาม เธอได้เล่าถึงกระบวนการในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายของแม่คเคน ไว้ที่น่าสนใจ

**“ตื่นเช้าขึ้นมา มีพี่เลี้ยงรดผ้าให้ อาบน้ำเขาก็อาบน้ำ  
แต่เราก็ต้องไปโรงเรียน เรียนวันละ 3 ชั่วโมง ตื่นเข้ามาทำกิจของตัวเอง**

**เสร็จก็เดินแถวไปที่ทำการของที่โรงหมอ ที่มีนวดเท้า**

**ไปถึงต้องเอา CHART และต้องไปนวดแขน หมายถึง จุ่มเทียน**

**“เขามีกระถางใหญ่ๆ เสร็จแล้วเขาก็ให้เราเอาแขนเข้าไปจุ่ม**

**จุ่มเสร็จแล้วก็เอาผ้าเข้าพันไว้ 20 นาที ต้องจุ่มหลายๆ ครั้งให้มันหนาๆ ให้มันร้อนๆ**

**“เสร็จแล้วฝรั่งก็เอาผ้ามาห่ม มาทาบให้ พันไว้ แล้วเขาก็ไปตักใส่ถัง**

**ให้เอาเท้าไปจุ่ม จุ่มแล้วก็ถอดออกมา ถ้ามันหนาแล้วก็เอาถุงพลาสติกเข้าไปใส่**

**เสร็จแล้วเอาถุงผ้าเข้าพัน”**

**“ตอนที่ป่าเข้ามาครั้งแรก ก็เข้าไปที่กองอำนาจการ**

**ฝรั่งชื่อหม่อมอลิชาเบธ เข้าแก้ผ้าป่าหมดเลย เขาตรวจให้ ผอ.ดู**

**เขาบอกว่าเด็กคนนี้เป็นเยอะนะ ถ้าไม่รีบรักษาจะแย่**

**เขาเอายากะเบามาฉีด พ่อก็ฉีดยา แต่ของพ่อเป็นต้น ป่าไม่เป็นต้น”**

ผู้ศึกษาถามว่า “เป็นต้น” หมายถึงอย่างไร ป้าคำแพง (นามสมมติ) อธิบายว่า เป็นหนูๆ ขึ้นมาในผิวหนัง

ป้าคำแพง (นามสมมติ) กลับมารักษาตัวต่อที่นิคมแม่ลาว โดยการกินยาต่อเนื่อง เพราะยังมีเชื้ออยู่ และหลังจากนั้นก็ขึ้นทะเบียนรับการสงเคราะห์ ได้รับเงินค่าอาหารตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา

ผู้ศึกษาถามถึงสภาพนิคมกับชุมชนภายนอก ในช่วงที่ป้าคำแพง (นามสมมติ) กลับมาจากการรักษาตัวที่แม่คเคนแล้ว สะท้อนแง่มุมประเด็นความรังเกียจ การตีตรา (Stigma) โดยไม่มีการติดต่อกับชุมชนภายนอก เพราะถูกรังเกียจ และไม่มีคนนอกหมู่บ้านเข้ามา เธอเล่าว่า สมัยรุ่นพ่อแม่ไม่มีใครกล้า

ออกไปนอกนิคม แต่มารุ่นเธอมีออกไป แต่คนข้างนอกก็หลีกเลี่ยง จะซื้อของก็ไม่มีใครขายให้ ซึ่งเธอได้เผชิญกับสภาพปัญหาการรังเกียจมาตั้งแต่จำความได้จนเป็นวัยรุ่น ก็ยังเจอพบเจออยู่

จนมาถึงอายุ 12 ปี ป้าคำแพง (นามสมมติ) มีครอบครัว และมีลูกตอนอายุ 17 ปี เธอเล่าว่าสมัยที่มีลูกคนแรก ในนิคมเริ่มมีรถ 2 แถว เพื่อบริการผู้ป่วยในนิคม เช่น ไปโรงพยาบาล เธอสะท้อนแง่มุมของความรังเกียจโรคของคนนอกชุมชนว่า รุ่นลูกของเธอ ถึงแม้ไม่ได้เป็นโรค ก็ถูกรังเกียจ ยังถูกล้อเลียน ซึ่งเธอได้เล่าให้ฟังในเรื่องที่ลูกถูกรังเกียจจากคนข้างนอก หรือแม้แต่ลูกของเธอไปรับถั่วมาทำขาย เขาก็ไม่รับซื้อ พอรู้ว่ามาจากหมู่บ้านนิคม

*“เวลาไปดูงาน หรือซื้อของ เขารังเกียจเราแม่  
เขารู้ว่าเราอยู่หมู่บ้านนิคม นิคมชี้ทูต เขาว่า”*

เธอเล่าว่า พอมารุ่นหลาน ก็ดีขึ้น หลานไม่ถูกล้อเลียน สามารถเข้าไปอยู่ในสังคมข้างนอก ไปเรียนหนังสือกับเด็กชุมชนทั่วไป เธอให้เหตุผลว่า อาจเนื่องจากผู้ป่วยรุ่นเก่าๆ ตายไป เหลืออยู่ไม่กี่คน เวลาคนข้างนอกเข้ามา ก็ไม่เห็นแล้ว ส่วนใหญ่ก็เป็นคนสูงอายุ จะอยู่เฉพาะในบ้าน ไม่ออกไปไหน

ผู้ศึกษาดำเนินถึง **หน่วยงานของทางราชการอื่นๆ นอกเหนือจากกรมควบคุมโรค เข้ามาช่วยเหลือบ้างหรือไม่**

ป้าคำแพง (นามสมมติ) เล่าว่า

*“ก็มีเรื่องที่ดิน ไปขอช่วยเขาก็ช่วย  
ส่วนพัฒนาสังคมฯ ก็เคยเข้ามาประชุมด้วย  
แต่หากผู้ป่วยที่รับเบียดเบียน เราก็ต้องไปหาเขา”*

มาถึงประเด็นสุดท้ายก่อนการจบบทสนทนา ผู้ศึกษาได้ถามถึง สิ่งที่ยังค้างคาใจอยู่ หลังจากถ่ายโอนนิคมไปแล้ว โดยสรุป ป้าคำแพง (นามสมมติ) มีเรื่องค้างคาใจ 2 เรื่อง เรื่องที่ดิน และเรื่องค่าอาหาร โดยเรื่องที่ดิน ตอนนี้เธอเล่าว่ากำลังดำเนินเรื่องที่ยังรักษาสีที่ติดอยู่ โดยเธอยังคงยืนยันว่า เธอและครอบครัวจะไม่เช่าที่ดินตามระเบียบของส่วนราชการ ส่วนเรื่องค่าอาหาร เธอกังวลว่าต่อไปในอนาคตจะไม่ได้รับสงเคราะห์ค่าอาหารจนตายนั้น ผู้ศึกษาจึงได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อสร้างความเข้าใจในประเด็นดังกล่าว

### เรื่องเล่า ที่ 3

#### “ประสบการณ์ทำงานโรคเรื้อนทางภาคเหนือ”

ณ ร้านกาแฟแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่... ผู้ศึกษาได้นั่งรอบุคคลสำคัญท่านหนึ่ง ตามที่  
ได้นัดหมายกันไว้ เพื่อพูดคุยถอดบทเรียนประสบการณ์ทำงานโรคเรื้อนในพื้นที่ทางภาคเหนือ



เสียงเอ่ยเรียก! ทักทายผู้ศึกษา พร้อมรอยยิ้มที่เป็นมิตร....คุณศักดิ์ชาย (นามสมมติ) นักวิชาการสาธารณสุข หนุ่มใหญ่ผู้มากไปด้วยประสบการณ์กว่า 30 ปี กับการทำงานโรคเรื้อน...โอภาปราศรัยกันพอหอมปากหอมคอ ผู้ศึกษาจึงนำเข้าสู่บทสนทนาว่าด้วยการถอดบทเรียน ผ่านเรื่องเล่าในแง่มุมประสบการณ์ทำงานโรคเรื้อนทางภาคเหนือที่คุณศักดิ์ชาย (นามสมมติ) ได้พบเจอ โดยเล่าประเด็นมุมมองของรักษาโรคเรื้อนสมัยก่อน...

“ในมุมมองของการรักษาโรคเรื้อนสมัยก่อน ปี พ.ศ.2537 นั้น คนที่เป็นโรคเรื้อนต้องแยกการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการรักษาที่ศูนย์โรคเรื้อนเองหรือว่าโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลประจำจังหวัด คนที่เป็นโรคเรื้อนจะต้องแยกออกไป ตรงในสถานการณ์สมัยนั้นอาจจะเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนเยอะมาก แต่ในทางกลับกันก็มีผู้ป่วยบางรายคิดว่าตนเองถูกเลือกปฏิบัติ ในเมื่อกินยาฆ่าเชื้อได้สแรกสามารถฆ่าเชื้อได้ก็กลับแก้จุดแก้เปอร์เซ็น ทำไมต้องแยกผู้ป่วยโรคเรื้อนออกจากบุคคลอื่น มีผู้ป่วยบางรายที่คล้ายๆ กับบ่นว่าถูกเลือกปฏิบัติ ถูกแยกความเป็นศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของเขาถูกลดน้อยลง อันนี้เฉพาะบางราย จากมุมมองของนักวิชาการที่มีเสียงสะท้อนแบบนี้เหมือนกัน”

“จึงเป็นที่มาหลังจาก ปี พ.ศ.2537 เราพยายามที่จะไม่มีคลินิกโรคเรื้อน เพราะฉะนั้นคนที่เป็นโรคเรื้อนสามารถรักษาได้ตามปกติกับหมอผิวหนังบ้าง หรือโรงพยาบาลชุมชนบ้างหรือกับ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าง โดยไม่เน้นการแยก เพราะการแยกสมัยก่อนอาจจะเหมาะสม แต่ปัจจุบันนี้มันไม่เหมาะสมแล้ว เพราะความเท่าเทียมของมนุษย์เท่ากัน ไม่ว่าจะคุณจะเป็นโรคอะไร ควรได้รับการดูแล ได้รับการรอคิวที่เสมอภาคกัน ไม่ใช่ว่าคนเป็นโรคเรื้อนจะต้องมารักษาหลังจากผู้ป่วยทั่วไป รักษากลับบ้านแล้วจะเป็นคิวของผู้ป่วยโรคเรื้อน อันนี้เป็นเรื่องประปราย ในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องคำนึงถึง เพื่อความเท่าเทียมกันของมนุษย์ อันนี้เป็นตัวอย่างที่เราประสบมาแต่อดีต”

คุณศักดิ์ชาย (นามสมมติ) ได้เล่าต่อในแง่มุมของการรักษาโรคเรื้อนที่พบเจอในอดีต...

“อีกตัวอย่างที่เราเจอบ่อยมากคือ จะมีกลุ่มผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรักษาแผล จริงๆ แล้วในเมื่ออยู่ในนิคม เราจะไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยออกนอกพื้นที่ แต่ก็มีบางรายที่หนีออกพื้นที่โดยไม่ขออนุญาต ผู้ปกครองนิคมโดยไปเป็นขอทาน เมื่อไปเป็นขอทานสิ่งที่เขาจะได้เพิ่มขึ้นมาจากการเป็นขอทาน คือ การมีแผล มีมือกุด มีมือด้วนบวกกับแผล หรือมีลักษณะของแผลที่น่ากลัว ยังมีคนให้ความสงสารและกัหยิบยื่นเงินให้กับขอทานที่มีแผลที่เกิดจากโรคเรื้อน อันนี้เป็นปัญหาที่เราพยายามรักษาแผล บอกให้เขารักษาแผล บอกให้เขา self care บอกให้เขาดูแลตัวเอง เขาก็ไม่ยอมรับรักษา เพราะถ้าหายก็ไม่มีใครให้เงิน อันนี้เป็นปัญหา เมื่อ พม. จับขอทาน จริงๆ การขอทานเป็นการผิดกฎหมาย การออกนอกนิคมโรคเรื้อนโดยไม่ขออนุญาตก็เป็นเรื่องผิดกฎหมาย พอ พม. เอาเจ้าหน้าที่ตำรวจไปจับ ส่วนใหญ่ตามวัดกุหาทอง ตามเทศบาลงานประจำปี พวกนี้ก็จะไปเป็นขอทาน”

“ประเด็นที่น่าสนใจคือ เมื่อ พม. ตำรวจ ไปจับแล้ว เราไปฝากขังที่สถานีตำรวจ ตำรวจก็กลัวอีกนะครับว่าไม่อยากให้ไปขังรวมกับผู้ต้องหาอื่นๆ เพราะฉะนั้นก็กลายเป็นสาเหตุที่ปล่อยปลละละเลยก็คือปล่อยออกมา แล้วพอปล่อยออกมาก็กลับเข้าไปอยู่นิคม พอ 2-3 วัน เมื่อเงินหมดก็กลับไปขอทานใหม่ เพราะคิดว่าไม่มีใครจับได้ อาจจับได้แต่ไม่มีที่ขัง เพราะตำรวจก็ไม่อยากเอาไปขังรวมประเด็นที่หนึ่งคือ กลัวจะติดกับผู้ต้องหาอื่น ประเด็นที่สองคือ ตัวเจ้าหน้าที่ตำรวจอาจจะกลัวอันที่จริงพวกผู้ป่วยที่มีแผล เขาไม่มีเชื้อแล้ว เพราะเส้นประสาทถูกทำลาย เพราะฉะนั้นจึงเกิดแผลแผลจึงนำไปสู่การขอทาน ยิ่งแผลเยอะยิ่งได้เงินเยอะ นี่จึงเป็นอีกประเด็นที่ classic มาก”

นอกจากนี้ คุณศักดิ์ชาย (นามสมมติ) ได้เล่าถึงการทำงานโรคเรื้อนในประเด็นการตีตรา (Stigma) ของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้อย่างน่าสนใจ

“อีกหนึ่งเหตุการณ์ที่เจอมากับผู้ป่วยโรคเรื้อน ก็คือในสมัยก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อยู่ในนิคมโรคเรื้อน โดยเฉพาะทางภาคเหนือ ถ้ามีบุตรหรือหลานซึ่งเป็นคนปกติก็ไม่สามารถที่จะเข้าโรงเรียนได้เนื่องจากถูกล้อเลียน และในกรณีที่เขาจบการศึกษาแล้วลงไปทำงานในเมือง เขาไม่สามารถที่จะเอา

สำเนาทะเบียนบ้านที่ปรากฏว่าเขาอยู่ในนิคมโรคเรื้อนไปสมัครงานในเมืองได้ นายจ้างไม่ยอมรับเข้าทำงาน เนื่องจากมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในนิคม จะถูกปฏิเสธการทำงานทันที”

“อันนี้เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่เจอเกือบทุกนิคมในภาคเหนือ อีสาน หรือภาคใต้ นะครับ เพราะฉะนั้นในสังคมในอดีตยังมีความรังเกียจอยู่ ซึ่งปัจจุบันอาจจะลดน้อยลงแต่ยังมีอยู่ อันนี้เป็นที่มาของการที่ปลดป้ายคำว่า นิคมโรคเรื้อน ออกกลายเป็นชุมชนปกติ การปลดป้ายคำว่า นิคมโรคเรื้อน จะถูกลืม เพราะฉะนั้นเด็กเยาวชนหรือคนทำงานสามารถไปปฏิบัติงานหรือว่าไปสมัครงานที่ไหนก็ได้ เพราะไม่มีคำว่า นิคมโรคเรื้อน แล้ว สมัยก่อนถูกปฏิเสธการทำงาน เนื่องจากอาศัยอยู่ในนิคมโรคเรื้อน หรือว่ามีภูมิลำเนาอยู่ในนิคมโรคเรื้อน”

“อีก case หนึ่งที่ผมเจอที่บุรีรัมย์ ผู้ป่วยคนนี้ชื่อยายแสง เป็นคนทอผ้าไหมที่พุทธโธสงค์ที่สวยงาม พอชาวบ้านรู้ว่ามันเป็นโรคเรื้อน จากเคยขายผ้าไหมได้ ก็ไม่มีใครมาซื้อ แต่ประเด็นที่เศร้า และเราไม่เคยลืมเลย คือยายแสงเอาข้าวเหนียวไปใส่บาตรพระ ตอนเช้ามีพระมาบิณฑบาต แต่ด้วยคำรำลือว่ายายแสงเป็นโรคเรื้อน พระที่รับบิณฑบาตข้าวเหนียวเขี่ยข้าวเหนียวที่ยายแสง ใส่บาตรตอนเช้าออกจากบาตรพระ ซึ่งเป็นเรื่องที่ทุกข์ทรมานใจมากเวลาที่ยายแสงมารับยา จะมาเล่าให้ผมฟัง ยายแสงบอกว่าการที่ตนนั้นเป็นโรคเรื้อน เป็นเบาหวาน ก็ยังไม่ทุกข์ทรมานใจเท่ากับพระเขี่ยข้าวเหนียวออกจากบาตร เป็นเรื่องที่ยายแสงต้องทนทุกข์ทรมานพอสมควร อันนี้เป็นฝั่งของประชาชนในชุมชน พระสงฆ์หรือใครก็ตามก็ยังคงมีความเข้าใจผิด ถ้ารับข้าวเหนียวแล้วเอาข้าวเหนียวไปฉนหรือเอาข้าวเหนียวไปกินจะติดโรคเรื้อนก็เป็นปมที่น่าสนใจ คิดว่าปัจจุบันนี้ก็ยังคงมีความเข้าใจที่ผิดๆ อยู่”

คุณศักดิ์ชาย (นามสมมติ) ได้เล่าถึงมุมมองปัญหาภายหลังจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อน อันเป็นสาเหตุที่มาจากอดีตจนมีผลมาถึงปัจจุบัน

“อีกประเด็นหนึ่งที่เราเจอจากประสบการณ์การทำงานโรคเรื้อนที่ผ่านมาก็คือ เราเอาคนที่เป็นโรคเรื้อนไปอยู่ตามนิคม ซึ่งสมัยก่อนนิคมจะไกลจากชุมชนมาก ไกลจากตัวจังหวัดมาก เมื่อไปอยู่ตามนิคมตามต่างจังหวัด ตามภูมิภาคของประเทศไทย ทางกระทรวงสาธารณสุขก็มีนโยบายให้เขาทำกิน 2 ไร่บ้าง 3 ไร่บ้าง 5 ไร่บ้าง ตามกำลัง เพราะฉะนั้นที่ดินตรงนี้การที่เราให้เขาทำกิน แต่มันไม่มีหลักฐานว่าเราให้เขาทำกินแล้วเราจะให้เลย เนื่องจากว่าที่ตรงนี้ปัจจุบันเป็นที่ราชพัสดุ เมื่อเป็นที่ราชพัสดุ เป็นที่หลวง วัตถุประสงค์ที่ราชพัสดุก็คือ มีไว้สำหรับส่วนราชการไว้ใช้ประโยชน์ เพราะฉะนั้นนิคมโรคเรื้อนที่เป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ ผู้ป่วยโรคเรื้อนหรือครอบครัวได้ใช้ประโยชน์ มันก็เป็นสิทธิเฉพาะตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน สิ่งก็ตามมาก็คือ เมื่อเขาใช้ประโยชน์มานาน 50 ปี 70 ปี 80 ปี เขาคิดว่าเป็นเจ้าของหรือกรรมที่บิดามารดาของเขาเสียชีวิต บุตรที่ครอบครองมากก็จะคิดว่าที่ดินตรงนี้เป็นที่ดินของเขา ซึ่งสืบทอดมาเป็นมรดก แต่แท้ที่จริงแล้ว เขาเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ที่ดินตรงนี้เป็นที่ราชพัสดุ ก็จะเกิดปัญหาการโต้แย้งสิทธิ ตรงนี้ก็ป็นปัญหาอีกแบบหนึ่งเหมือนกันที่เราต้องแก้”

“แต่ปัจจุบันเรานี้ก็มีข้อตกลงระหว่างกรมควบคุมโรคกับกรมตำรวจที่จะจัดให้เช่า เฉพาะคนสมัครใจที่จะจัดให้เช่าว่าการเช่าก็มีข้อตกลงพิเศษ ก็คือเป็นราคาที่ผ่อนปรน ถ้าเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนก็คือครึ่งหนึ่งของราคาต่ำสุด ถ้าเป็นทายาทผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้ราคาต่ำสุด ซึ่งถือว่าเป็นอัตราเงินที่รัฐเก็บถูกมากๆ เราไม่ได้ต้องการเงินจากผู้ป่วยโรคเรื้อนหรือทายาทผู้ป่วยโรคเรื้อน แต่เราต้องการเอาคนที่อยู่ในที่ราชพัสดุเข้าระบบจะได้ไม่ต้องเกิดการโต้แย้งสิทธิกันในอนาคต รวมทั้งการบุกรุกที่ของราชการด้วย เพราะภาพรวมเป็นที่ราชพัสดุ อันนี้เราก็เจอปัญหาว่าพอครอบครัวมานาน เขาก็คิดว่าเป็นของเขาที่เป็นเรื่องต้องสื่อสาร เจ้าหน้าที่ต้องอดทน ต่อการร้องเรียนบ้างต่อการกระทบกระทั่งว่าส่วนราชการต้องเอาที่เขาคืนหรือทำไมต้องเสียค่าเช่าให้กับส่วนราชการ ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่ปัจจุบันเฉพาะบางนิคม ผมเห็นว่าเฉพาะบางนิคม ที่มีปัญหาอยู่ครับ”

คุณคุณศักดิ์ชาย (นามสมมติ) ได้ทิ้งท้ายก่อนที่จะรำลึ...ในประเด็นการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อน ที่ยังคงเป็นปัญหาต่อการทำงานโรคเรื้อนที่ยังต้องถูกแก้ไขต่อไป

“ประเด็นสุดท้ายที่อยากจะฝากไว้ก็คือ สมัยที่ผมทำงานที่ศูนย์โรคเรื้อน สักประมาณ 30 ปีที่แล้ว ส่วนใหญ่ที่เราพบเกือบทุกเดือนคือ สามีภรรยา ไม่ว่าจะสามีเป็นโรคเรื้อนหรือภรรยาเป็นโรคเรื้อน ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมักจะมารับคือ จะไม่บอกว่าคู่ชีวิตว่าเขาเป็นโรคเรื้อน เนื่องจากอาจจะกลัวว่าเมื่อคู่ชีวิตภรรยาหรือสามีรู้แล้วอาจจะรังเกียจ มีอยู่หนึ่งรายที่ตนเองประสบปัญหา คือ เป็นข้าราชการผู้ใหญ่แห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นโรคเรื้อน แต่ไม่ยอมบอกภรรยา จนกระทั่งตนเองมีอาการหนักมาก เรียกว่า โรคเห่อ Reaction ก็หมดสติ และได้เข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล ขณะที่ยังไม่ได้สติ ภรรยาก็ไปเยี่ยม คุณหมอมือที่ดูแลก็บอกว่าเป็นโรคเรื้อน ภรรยาช็อคเลย อันนี้ก็อีกปัญหาหนึ่งที่เราพบบ่อยมาก คือ การไม่ยอมเปิดเผยต่อคู่ชีวิตว่าตนเองเป็นโรคเรื้อน เพราะอาจจะถูกรังเกียจแต่จริงๆ แล้ว ต้องเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษา แต่ในส่วนหนึ่งเรายังจะพบว่าความรังเกียจหรือความเชื่อผิดๆ ว่าโรคเรื้อนเป็นกรรมพันธุ์ โรคเรื้อนจะติดได้ง่าย เป็นมรดกตกทอดทางความเชื่อที่ผิด แม้แต่คนที่ป็นข้าราชการหรืออยู่ในตำแหน่งที่สูงก็ยังมีเชื่อแบบนี้อยู่ ท้ายที่สุดที่ทราบมาก็คือ สามีภรรยาจำเป็นต้องแยกทางกัน อาจจะไม่ได้หย่าร้างกันแต่แยกทางกันหรือว่าแยกกันอยู่ ส่วนลูกก็ไปอยู่กับภรรยา นี่คือสาเหตุของความไม่เข้าใจ ความไม่รู้ของคนในสังคมที่มีต่อโรคเรื้อน นี่คือนโยบายที่เราต้องแก้ต่อ”



ภาพที่ 3 การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านแม่ทะหมู่ 9” จังหวัดลำปาง (นิคมแม่ทะ)



ภาพที่ 4 การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านแม่ทะหมู่ 9” จังหวัดลำปาง (นิคมแม่ทะ)





ภาพที่ 5 การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านแม่ทะหมู่ 9” จังหวัดลำปาง (นิคมแม่ทะ)



ภาพที่ 6 การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ทะ จังหวัดลำปาง





ภาพที่ 7 การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดลำปาง



ภาพที่ 8 การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานเทศบาลตำบลแม่ทะ จังหวัดลำปาง



ภาพที่ 9 การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านราชประชาสวัสดิ์” จังหวัดน่าน (นิคมฝายแก้ว)



ภาพที่ 10 การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านราชประชาสวัสดิ์” จังหวัดน่าน (นิคมฝายแก้ว)





ภาพที่ 11 การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานธนารักษ์ จังหวัดน่าน



ภาพที่ 12 การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านนิคมแม่ลาว” จังหวัดเชียงราย (นิคมแม่ลาว)



ภาพที่ 13 การสนทนากลุ่มสมาชิก “บ้านนิคมแม่ลาว” จังหวัดเชียงราย (นิคมแม่ลาว)



ภาพที่ 14 การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย





ภาพที่ 15 การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลธารทอง จังหวัดเชียงราย



ภาพที่ 16 การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลธารทอง จังหวัดเชียงราย



ภาพที่ 17 การสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง  
จังหวัดเชียงราย

จากผลการศึกษา เรื่องเล่า 3 เรื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนความคิดเห็นถึงวิถีชีวิตการเผชิญปัญหาและผลกระทบจากประสบการณ์การเป็นโรคเรื้อน ในด้านต่างๆ จากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยผ่านการเล่าเรื่องจากกลุ่มตัวอย่างและเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องภายในนิคมโรคเรื้อน ดังนี้

#### 4.2.1 ชีวิตในครอบครัว

พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่อาศัยกันอยู่ร่วมกันเป็นลักษณะครอบครัวขยาย ประกอบด้วย รุ่นปู่ย่าตายาย รุ่นพ่อแม่และรุ่นลูกหลาน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สมาชิกในครอบครัวจะเป็นแรงงานหลักสำคัญ สมาชิกในครอบครัวต่างช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกัน รุ่นลูกหลานก็พึ่งพาอาศัยที่ดินทำกินของรุ่นพ่อแม่ปู่ย่าตายาย ในการดำเนินชีวิต

กลุ่มตัวอย่างเล่าว่าคนรุ่นปู่ย่าตายายหรือรุ่นพ่อแม่จะใช้ชีวิตอยู่ภายในนิคมฯ ไม่ได้ออกไปข้างนอกชุมชนนิคมฯ เนื่องจากกลัวคนรังเกียจ เพราะเคยพบเจอประสบการณ์ที่ไม่ดีในการถูกรังเกียจเตียดฉันทจากคนภายนอก จากคำกล่าวที่ว่า

ลุงนาย (นามสมมติ) ชายสูงวัย มีความพิการนิ้วมืองอ กล่าวว่า

“เมื่อก่อนทำมาหากินลำบาก น้ำประปา ไฟฟ้า ก็ไม่ดี ไปหาชุดหม้อไม้  
ก็โดนตี โดนเอาหินขว้างไล่”

ลุงนาย (นามสมมติ) ชายสูงวัย ผู้ไม่มีความพิการ กล่าวว่า

“ไปแ้วสาวก็มีไผ่คบ เป็นบ่าวก็ไปไหนก็ได้ เป็นรังเกียจ  
ข้างนอกเป็นก็คิดว่า เป็นโรคติดต่อ”

ป้าคำแพง (นามสมมติ) อายุ 69 ปี กล่าวว่า

“ตอนมาพ่อแม่ไม่มีบ้าน ก็มาถางมาฟันแค่น้อยเดียว  
แค่แปลงกระต๊อบ ตอนกลางคืนมีหมี เสือมาอาละวาด  
ต้องเอาไม้ทับตีๆ ไม่งั้นจะโดนเสือกิน”

“พ่อแม่ก็ไปถางไร่ถางนา เราก็ถามว่า พ่อทำยังไง พ่อก็บอกว่า

เอาผ้าพันมือ พันเท้า ผ้าขาวม้าวโปกห์ พ่อทำไม่ได้ เพราะเท้าลงน้ำไม่ได้”

#### 4.2.2 ชีวิตการทำมาหากิน

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย คนในชุมชนจะมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน เห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือเจือจุนกันภายในชุมชน แต่กลุ่มตัวอย่างก็ต้องเผชิญกับการถูกรังเกียจ (Stigma) ในเรื่องการทำมาหากินจากคนภายนอกชุมชน จากคำกล่าวที่ว่า

ป้านา (นามสมมติ) หญิงสูงวัย มีความพิการนิ้วมืองอ ....

“จะเอาของออกไปขายข้างนอกก็ไม่กล้า กลัวคนรังเกียจ

ต้องซื้อกินกันเองภายในนิคม

เวลาไปซื้อของข้างนอก จะจับของไม่ได้ เขาไม่ให้จับ จะเอาอะไรต้องซื้อเอา”

ป้ากบ (นามสมมติ) หญิงสูงวัย มีความพิการนิ้วมืองอ เล่าเรื่องการขายของ...

“เอาปลาไปขาย ทั้งๆ ที่ปลาแบบเดียวกับหมู่บ้านข้างๆ

แต่คนเลือกซื้อปลาของหมู่บ้านข้างๆ ไม่ซื้อของเรา”

“สมัยก่อน คนหมู่บ้านเราไปซื้อของในตลาดนะ

เขาจะแบ่งเงินเป็น 2 ก้อน หากเงินที่ได้มาจากนิคม เขาจะไปต้มล้างก่อนใช้”

น้องนุ่น (นามสมมติ) แม่ค้าออนไลน์ หญิงสาววัยรุ่นตอนปลาย สมาชิกในครอบครัว สะท้อน  
เรื่องการค้าขาย...

**“หนูมีขายของออนไลน์ค่ะ เจอลูกค้าบางคนก็จะถามเราก่อน  
ว่าเราอยู่หมู่บ้านไหน หากอยู่หมู่บ้านนิคมเขาก็จะเจียบไป  
หนูรู้แล้วว่าเขาคงไม่ซื้อนั่นแหละ แต่หนูก็เข้าใจนะคะ  
คนนอกเขายังกลัวโรคอยู่ หนูก็ไม่ว่าไรเขา”**

#### 4.2.3 ชีวิตในชุมชน

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนนิคมฯ ในชุมชนมีการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัย  
ดูแลกัน เนื่องจากคนในชุมชนต่างเผชิญกับปัญหาและผลกระทบในอดีตที่คล้ายคลึงกันในรูปแบบ  
ของความรังเกียจ การตีตรา (Stigma) จึงมีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกัน

นอกจากนี้ พบว่า ภายหลังจากนิคมโรคเรื้อนทางภาคเหนือได้ถูกถ่ายโอนไปแล้วนั้น  
ประชาชนรอบๆ นิคมโรคเรื้อนฯ มีการไปมาหาสู่ ติดต่อกัน ซึ่งก่อนการถ่ายโอนประชาชนรอบๆ  
นิคมโรคเรื้อนไม่กล้าเข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคม มีการแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติ

จากคำบอกเล่าของ ป้าคำแพง (นามสมมติ) อายุ 69 ปี ที่เล่าว่า สมัยที่เธอมีลูกคนแรก  
ในนิคมเริ่มมีรถ 2 แถว เพื่อบริการผู้ป่วยในนิคม เช่น ไปโรงพยาบาล เนื่องจากสมัยก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อน  
จะถูกรังเกียจไม่ให้นั่งรถร่วมกับประชาชนทั่วไป หรือแม้แต่จากคำบอกเล่าของ น้ำทวี (นามสมมติ)  
ชายวัยกลางคน ผมสีดอกเลา ที่เล่าถึงการถูกรังเกียจจากเพื่อนในการนั่งรถโดยสาร ไว้ว่า

**“สมัยก่อนหน้าหมู่บ้านจะมีป้ายกองโรคเรื้อนอยู่  
คนนอกเขาจะรู้ว่ามาจากหมู่บ้านโรคเรื้อน  
เวลาไปโรงเรียน นั่งรถโดยสาร เพื่อนขยับห่างจากเรา บางคันก็ไม่รับ  
พ่อแม่ต้องไปส่ง จนพอเริ่มโต พ่อแม่ต้องให้รถมอเตอร์ไซด์ขับไปโรงเรียน  
ไม่มีเพื่อนคบด้วย  
จนถูกเรียกว่า ...หมู่บ้านงูเห่า”**

หรือจากคำบอกเล่าของ คุณศักดิ์ชาย (นามสมมติ) นักวิชาการสาธารณสุข ที่เล่าถึง  
การทำงานโรคเรื้อนในประเด็นการตีตรา (Stigma) ผู้ป่วยโรคเรื้อนกับชุมชนที่อาศัย ไว้ว่า



“อีก case หนึ่งที่ผมเจอที่บุรีรัมย์ ผู้ป่วยคนนี้ชื่อยายแสง เป็นคนทอผ้าไหมที่พุทธโธสงค์ ที่สวยงาม พอชาวบ้านรู้ว่า เป็นโรคเรื้อน จากเคยขายผ้าไหมได้ ก็ไม่มีใครมาซื้อ แต่ประเด็นที่เศร้า และเราไม่เคยลืมเลย คือยายแสงเอาข้าวเหนียวไปใส่บาตรพระ ตอนเช้ามีพระมาบิณฑบาต แต่ ด้วยคำรำลือว่ายายแสงเป็นโรคเรื้อน พระที่รับบิณฑบาตข้าวเหนียวเขี่ยข้าวเหนียวที่ยายแสง ใส่ บาตรตอนเช้าออกจากบาตรพระ ซึ่งเป็นเรื่องที่ทุกซ์ทรมานใจมากเวลาที่ยายแสงมารับบาตร จะ มาเล่าให้ผมฟัง ยายแสงบอกว่าการที่ตนนั้นเป็นโรคเรื้อน เป็นเบาหวาน ก็ยังไม่ทุกซ์ทรมานใจเท่ากับ พระเขี่ยข้าวเหนียวออกจากบาตร เป็นเรื่องที่ยายแสงต้องทนทุกซ์ทรมานพอสมควร อันนี้เป็น ฝั่งของประชาชนในชุมชน พระสงฆ์หรือใครก็ตามก็ยังคงมีความเข้าใจผิด ถ้ารับข้าวเหนียวแล้วเอาข้าว เหนียวไปฉนหรือเอาข้าวเหนียวไปกินจะติดโรคเรื้อนก็เป็นปมที่น่าสนใจ คิดว่าปัจจุบันนี้ก็ยังคงมีความ เข้าใจที่ผิดๆ อยู่”

#### 4.3 การปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวกับปัญหาที่เป็นผลกระทบและทำให้เกิด ความ ไม่สบายใจ ในรูปแบบที่แตกต่างกัน โดยใช้กลวิธีในการปรับตัวหรือกลไกการป้องกันทางจิต (Defense Mechanisim) ดังนี้

##### ด้านร่างกาย

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ใช้การปรับตัวในเรื่องโรค ความพิการ โดยใช้รูปแบบการแสดงปฏิกิริยา แกล้งทำ (Reaction Formation) ผู้ที่มีความรู้สึกอย่างหนึ่ง แต่ไม่กล้าแสดงออกตรงไปตรงมา เพราะเหตุ จำเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น กลัวเสียหน้า, กลัวว่าจะไม่เด่น, กลัวว่าจะไม่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น, กลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554 หน้า 29) กลุ่มตัวอย่างสร้างบอกอาการ ของโรคเรื้อนที่ตนเองเป็นกับผู้อื่นที่ไม่ใช่หมอ อาจกลัวว่าผู้อื่นที่ไม่เข้าใจจะรังเกียจ จากคำกล่าวที่ว่า

ลุงสา (นามสมมติ) ชายสูงวัย มีความพิการนี้มืออง กล่าววว่า...

“เวลาเราออกไปรักษาโรงพยาบาลศูนย์ หากหมอถาม เป็นอะไร

ก็ตอบว่าเป็น แล็บโพธิ์ (Leprosy)

หากไม่ใช่หมอถาม จะตอบว่าเป็นเส้นประสาทอ่อนแอ”

นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การทดแทน (Displacement) ตามที่ฟรอยด์ให้ความหมายว่า ได้แก่ หยิบยกเอาสิ่งหนึ่งมาทดแทนสิ่งที่ปรารถนาแล้วไม่สมหวัง กลวิธาน แบบทดแทนนี้เป็นไปได้ในด้านต่างๆ ของบุคลิกภาพ เช่น ความสนใจ, ค่านิยม ทศนคติ, ความชอบไม่ชอบ ฯลฯ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554 หน้า 29) โดยกลุ่มตัวอย่างมีมุมมองด้านร่างกายว่าการแต่งกายดี และสะอาด ทำให้คนไม่รังเกียจความเป็นโรคได้ และสอดคล้องกับลักษณะของการปรับตัว ตามที่ มอริส

(Morris, 1990 p.514-515 อ้างถึงใน เมชิณี กนกhemพันธ์ 2547, หน้า 21) กล่าวว่า คนที่มีการปรับตัวที่ดีควรมีลักษณะ ดังนี้ 1) สามารถรักษาสมดุลระหว่างการคล้อยตามและการเป็นตัวของตัวเอง 2) รู้จักควบคุมตนเองและมีความกลมกลืน 3) สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตัวเองได้ตามความเหมาะสม ขณะเดียวกันก็รู้จักปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับตนเองได้ด้วย 4) รู้จักจุดเด่นและจุดอ่อนของตนเอง และ 5) มีความนับถือและเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้งจะเผชิญกับความขัดแย้งในจิตใจ และปัญหาความยุ่งยากต่างๆ โดยไม่กังวลมากเกินไป จากคำกล่าวที่ว่า

น้ำหนักน้อย (นามสมมติ) หญิงสูงวัย ไม่มีความพิการ ที่กล่าวว่า

**“คิดว่าปัจจุบันก็ดีขึ้นนะ คนข้างนอกเขาไม่รังเกียจเหมือนสมัยก่อนแล้ว  
เราต้องมองตนเอง หากเราแต่งตัวดี สะอาด คนเขาก็ไม่รังเกียจเรา”**

น้องนุ่น (นามสมมติ) แม่ค้าออนไลน์ สมาชิกในครอบครัว ที่กล่าวว่า

**“ใช้ค่ะ หนูว่าสำคัญเรื่องการแต่งกาย หากเราแต่งตัวดี สะอาด  
เวลาเราออกไปข้างนอก คนข้างนอกก็ เขาก็คุยกับเรา”**

### ด้านจิตใจ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การเก็บกด (Repression) ตามทฤษฎีของ فروยด์ การเก็บกดเป็นกลไกทางจิตที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วแก้ยากมาก เพราะว่าเขาได้เก็บกดความเครียด (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554 หน้า 28) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ มีความพิการ ซึ่งได้เผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ยังคงมีรอยโรคของความพิการปรากฏอยู่อย่างเห็นได้ชัด ทำให้เกิดความเครียดเกิดตราบาป (Stigma) ที่เก็บกดไว้ในจิตใต้สำนึกเป็นเวลานาน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่เผชิญปัญหาและผลกระทบ และสอดคล้องกับ ลักษณะของการปรับตัวที่ไม่สมบูรณ์ ตามที่ ลักขณา สิริวัฒน์ (2544, หน้า 105) กล่าวว่า การปรับตัวที่ไม่สมบูรณ์ (Non-integrative Adjustment) เป็นการปรับตัวที่บุคคล ไม่สามารถแก้ปัญหาใดๆ ได้ แต่เขามีวิธีทำให้ความเครียดภายในใจให้ลดลงได้บ้าง ยังมีความไม่สบายใจค้างอยู่ การปรับตัวแบบนี้อาศัยกลไกทางจิตหรือกลไกป้องกันตนเอง จากคำกล่าวที่ว่า

ลุงนวย (นามสมมติ) ชายสูงวัย ผู้มีอายุมากที่สุดในบรรดาสมาชิกกลุ่ม และมีความพิการ นิ้วมือหงิกงอมาก กล่าวว่า

**“ผมว่าตอนนี้คนข้างนอกก็ยังรังเกียจคนหมู่บ้านนิคม ยิ่งกลัวโรคอยู่  
เพราะมือผมก็พิการ ออกข้างนอก คนเขาก็เห็น”**

นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การทำตนให้เหมือน (Identification) (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554 หน้า 28-29) โดยกลุ่มตัวอย่างมีมุมมองด้านจิตใจเกี่ยวกับโรคเรื้อน โดยคิดว่าหมู่บ้านนิคม ซึ่งมีแต่ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวอาศัยอยู่นั้นมีสภาพความเป็นอยู่ และวิถีชีวิตเหมือนกับหมู่บ้านปกติทั่วไป และใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การทดแทน (Displacement) โดยคิดว่า หากบุคคลภายนอกหมู่บ้านยังไม่เชื่อว่าคนในหมู่บ้านยังมีคนเป็นโรคเรื้อนอยู่ ก็ใช้วิธีการทดแทนความเชื่อนั้น โดยเชื่อเชิญให้คนที่ไม่เชื่อเข้ามาในหมู่บ้าน จากคำกล่าวที่ว่า

น้องนุ่น (นามสมมติ) แม่ค้าออนไลน์ สมาชิกในครอบครัว กล่าวว่า

**“หนูคิดว่าหมู่บ้านนิคมเหมือนหมู่บ้านข้างนอกมานานแล้ว**

**หากหนูได้ยินใครพูดหรือถามเกี่ยวกับโรคเรื้อน**

**ก็จะตอบกลับไปว่า ไม่มีใครเป็นแล้ว เข้ามาดูสิ”**

#### ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การเก็บกด (Repression) โดยปรากฏออกเป็นพฤติกรรมที่นิ่งเงียบ ไม่ได้โต้ตอบ เก็บงำความรู้สึกไว้ข้างในใจ จากเรื่องเล่า “หมู่บ้านงูเห่า” จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับสังคมภายนอกหมู่บ้าน เช่น ตลาด ร้านค้า ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐต่างๆ รวมทั้งญาติพี่น้อง จากคำกล่าวที่ว่า

น้ำไม้ (นามสมมติ) ชายวัยกลางคน สมาชิกในครอบครัว กล่าวว่า

**“สัก 10 ปีก่อน เคยพาคนไปทำบัตรประชาชน**

**ไปกันหลายคน ไปนั่งกินข้าวที่ร้าน พอออกจากร้าน**

**เขาเอาจานไปทิ้ง เห็นต่อหน้าเลย เรามองหน้ากัน รู้สึกหดหู่มาก”**

น้ำทวี (นามสมมติ) ชายวัยกลางคน สมาชิกในครอบครัว กล่าวว่า

**“สมัยก่อนหน้าหมู่บ้านจะมีป้ายกองโรคเรื้อนอยู่**

**คนนอกเขาจะรู้ว่ามาจากหมู่บ้านโรคเรื้อน**

**เวลาไปโรงเรียน นั่งรถโดยสาร เพื่อนขยับห่างจากเรา บางคันก็ไม่รับ**

**พ่อแม่ต้องไปส่ง จนพอเริ่มโต พ่อแม่ต้องให้รถมอเตอร์ไซด์ขับไปโรงเรียน**

**ไม่มีเพื่อนคบด้วย”**

**“...จนถูกเรียกว่า หมู่บ้านงูเห่า”**

น้ำมานะ (นามสมมติ) ชายวัยกลางคน สมาชิกในครอบครัว กล่าวว่า  
“เมื่อก่อนอยู่แมคเคน ไปสมัครเข้าทำงาน ไม่มีใครรับเลย  
หากบอกว่ามาจากหมู่บ้านนิคม”

ป่าทอง (นามสมมติ) หญิงวัยกลางคน สมาชิกในครอบครัว กล่าวว่า  
“คนแก่เล่าว่า คนข้างนอกเข้ามาไม่ยอมกินน้ำ  
มีญาติฝ่ายแม่เข้ามา ห่อข้าวมากินด้วย เอาข้าวสารมานึ่งเอง”

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง ใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การทดแทน (Displacement) จากกรณีของกลุ่มตัวอย่าง เช่น น้ำทวี (นามสมมติ) ชายวัยกลางคน สมาชิกในครอบครัว จะถูกเพื่อนรังเกียจในการโดยสารรถไปโรงเรียน บางคราวรถโดยสารไม่รับ ทางครอบครัวจึงให้รถมอเตอร์ไซค์เพื่อใช้ไปโรงเรียนแทนการนั่งรถโดยสาร

#### 4.4 การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเข้ามาให้การสนับสนุนทางสังคม ดูแลให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่าง ตามบทบาทภารกิจต่างๆ ในรูปแบบที่เป็นตัวเงิน สิ่งของ รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ ดังนี้

##### ด้านสุขภาพร่างกาย

คุณหม่อม (นามสมมติ) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ที่กล่าวว่า  
“ไม่แบ่งแยกในการให้บริการ ในหมู่บ้านจะมี อสม.ดูแล  
เราจะได้รับรายงานจาก อสม.ตลอด  
เวลามีนงบประมาณในการจัดกิจกรรม  
ทาง รพ.สต.จะคัดเลือกคนในหมู่บ้านนิคมเข้ามาร่วม เพื่อรับการสนับสนุนในลำดับแรกๆ”

##### ด้านสวัสดิการ สาธารณูปโภคต่างๆ

คุณน้อย (นามสมมติ) เจ้าหน้าที่เทศบาล ที่กล่าวว่า  
“ตอนที่มีการถ่ายโอน ตัวเองไม่ได้เข้าไปร่วมกิจกรรม MOU  
แต่หลังจากนั้น ได้เข้าไปดูแลเรื่องเบี้ยคนพิการ เบี้ยผู้สูงอายุ  
และกายอุปกรณ์ของคนพิการ”

คุณสุชาติ (นามสมมติ) เจ้าหน้าที่เทศบาล ที่กล่าวว่า  
“ลงไปหมู่บ้านนิคมติดตามเรื่องเบี้ยคนพิการ เบี้ยผู้สูงอายุ

และเอาผ้าห่มไปแจกช่วงหน้าหนาว”

“มีถนน ระบบสาธารณูปโภค ประปา ไฟฟ้า ดึงไปสวนโคนด้านหลังของหมู่บ้าน”

คุณอ้อม (นามสมมติ) เจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด  
ที่กล่าวว่า

“ทางเราจะได้ลงไปหมู่บ้าน จะเป็นการให้ความช่วยเหลือผ่านเทศบาล  
หากคนในหมู่บ้านนิคมต้องการหรือมีปัญหาอะไรที่เกี่ยวข้องกับทาง พมจ.

เช่น จดทะเบียนคนพิการ ก็จะเป็นลักษณะแจ้งผ่านมายังเทศบาล”

“ทางเรามีสำนักงานมูลนิธิของสมเด็จพระเจ้า ช่วยคนป่วยโรคเรื้อน

โดยทาง พมจ.เป็นเลขาฯ มูลนิธิ

มีให้ข่าวสารและจ่ายเบี้ยให้ จำนวน 500 บาท/เดือน/คน”

ด้านที่ดินทำกิน ที่พักอาศัย

คุณมานโซ (นามสมมติ) เจ้าหน้าที่ธนากรจังหวัด ที่กล่าวว่า

“ประชาชนในหมู่บ้านนิคมให้ความร่วมมือดี

หากเจ้าหน้าที่จะมีการเข้าไปอบรมหรือแจกสัญญาเช่า

ทั้งการร่วมกิจกรรม ชาวบ้านจะให้การสนับสนุนอย่างดีเยี่ยม”

คุณวรรณิ (นามสมมติ) เจ้าหน้าที่ธนากรจังหวัด ที่กล่าวว่า

“ผู้เช่านิคมค่อนข้างจะคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ คือเหมือนเป็นญาติกัน

คือเจอหน้ากันบ่อย คุ้นเคยที่จะซักถาม กล้าที่จะตอบ”

“เวลาคนในนิคมเข้ามาใช้บริการที่สำนักงานก็เหมือนประชาชนทั่วไปปกติ ไม่ได้แยก

ก็ทำตามขั้นตอนเช่นประชาชนทั่วไป

นอกจากนี้ จากผลการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง พบว่า  
กลุ่มตัวอย่างทุกนิคมยังมีปัญหาเรื่องเอกสารและกรรมสิทธิ์ที่ดิน และปัญหาสาธารณูปโภค เรื่องน้ำ  
ในช่วงหน้าแล้ง ดังนี้

ลุงโชค (นามสมมติ) ชายสูงวัย มีความพิการนิ้วมือหงิกงอ ที่กล่าวว่า

“ไปหาหมอ หมอดูแลดี ไปทำบัตรคนพิการเขาก็ให้นั่งรถคิวร่วมกับคนอื่น ไม่นั่งแยก”

“บางครั้ง หมออนามัยเข้ามาดู และส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลอำเภอ

หมอก็มารับตัวรักษา”

ลุงนาย (นามสมมติ) ชายสูงวัย มีความพิการนิ้วมืองอ ที่กล่าวว่า

“ทาง อบต.ก็มาทำเบี้ยคนแก่ เบี้ยพิการให้ทุกคนได้รับหมดแล้ว

ตอนนี้ก็ติดปัญหาอย่างเดียว เรื่องเอกสารสิทธิ์ที่ทำกิน ที่พักอาศัย

บางแปลงยังไม่ได้เอกสารสิทธิ แต่มีระบบเสียค่าเช่าแล้ว”  
“ส่วนในเรื่องค่าเช่า การเก็บต้องผ่อนชำระ ก็ไม่มีบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร  
ขอให้ไม่มีการเก็บค่าเช่าย้อนหลัง ได้หรือไม่  
ให้เรียกเก็บตั้งแต่วันออกเอกสารสิทธิ ได้หรือไม่  
หน่วยงานราชการไม่ควรเอาพื้นที่ไปใช้ประโยชน์ ควรให้ชาวบ้านในหมู่บ้าน”  
“การทำถนน ขอเทศบาล เทศบาลบอกว่าหมู่บ้านเป็นพื้นที่ราชพัสดุ  
จะทำอะไรต้องขออนุญาตก่อน ก็ติดขัดไปหมด”  
“น้ำก็มีปัญหา ช่วงหน้าแล้งทุกปี จะไม่พอใช้”

ลุงพจน์ (นามสมมติ) ชายวัยกลางคน สมาชิกในครอบครัว ที่กล่าวว่า  
“ผมอยากฝากนารักษ์ เวลาพ่อแม่ที่เป็นผู้ป่วยตาย  
จะไปโอนสิทธิ ทำไมต้องรอเวลาโอน ต้องรอนาน 3-4 ปี เลยหรือ”

#### 4.5 ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้ จะแตกต่างกันที่อายุวัย หากเป็นกลุ่ม  
ตัวอย่างที่อยู่ในรุ่นลูก มีอายุไม่มากจะมีการปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างในรุ่นปู่ตายายหรือรุ่นพ่อแม่  
ที่เป็นวัยสูงอายุ สามารถดำเนินชีวิตในปัจจุบันได้อย่างปกติ จากคำกล่าวที่ว่า

น้ำหน้อย (นามสมมติ) หญิงสูงวัย ไม่มีความพิการ กล่าวว่า  
“คิดว่าปัจจุบันก็ดีขึ้นนะ คนข้างนอกเขาไม่รังเกียจเหมือนสมัยก่อนแล้ว  
เราต้องมองตนเอง หากเราแต่งตัวดี สะอาด คนเขาก็ไม่รังเกียจเรา”

น้องนุ่น (นามสมมติ) แม่ค้าออนไลน์ หญิงสาววัยรุ่นตอนปลาย สมาชิกในครอบครัว กล่าวว่า  
“ใช่ค่ะ หนูว่าสำคัญเรื่องการแต่งกาย หากเราแต่งตัวดี สะอาด  
เวลาเราออกไปข้างนอก คนข้างนอกรู้ เขาก็คุยกับเรา”  
“หนูมีชายของออนไลน์ค่ะ เจอลูกค้าบางคนก็จะถามเราก่อน  
ว่าเราอยู่หมู่บ้านไหน หากอยู่หมู่บ้านนิคมเขาก็จะเจียบไป  
หนูรู้แล้วว่าเขาคงไม่ชื่อนั้นแหละ แต่หนูก็เข้าใจนะคะ  
คนนอกเขายังกลัวโรคอยู่ หนูก็ไม่ว่าไรเขา”

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุนั้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในวัยนี้  
ได้เผชิญกับปัญหาและผลกระทบโรคเรื้อรังในอดีต โดยเฉพาะประเด็นการถูกรังเกียจ การตีตรา (Stigma)

ด้วยสภาพความพิการของร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน ประกอบกับในอดีตความรู้ความเข้าใจต่อโรคเรื้อนของคนยังมีไม่มากนัก เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวไม่ได้ ต้องหลีกเลี่ยงไม่ยอมเผชิญหน้ากับคนหรือชุมชนภายนอก เก็บตัวอยู่ในบ้าน และยังคงเก็บกดฝังใจในอดีตมาจนถึงปัจจุบันจนกลายเป็นการประทับตราให้กับตนเอง (Self stigma) อาจทำให้ไม่มีความสุขในชีวิตได้ จากคำกล่าวที่ว่า

ลุงนวย (นามสมมติ) ชายสูงวัย ผู้มีอายุมากที่สุดในบรรดาสมาชิกกลุ่ม และมีความพิการนี้มือหงิกงอมาก กล่าวว่

*“ผมว่าตอนนี้คนข้างนอกก็ยังรังเกียจคนหมู่บ้านนิคม ยังกลัวโรคอยู่  
เพราะมือผมก็พิการ ออกข้างนอก คนเขาก็เห็น”*

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษา “วิถีชีวิตการเผชิญปัญหา ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564” ผลการศึกษาสรุปได้ ดังนี้

#### 5.1 สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล

##### 5.1.1 การเผชิญปัญหาและผลกระทบของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนความคิดเห็นในการเผชิญปัญหาและผลกระทบจากประสบการณ์การเป็นโรคเรื้อน ในด้านต่างๆ โดยผ่านการเล่าเรื่องราวในชีวิตถึงสิ่งที่ตนเผชิญปัญหา และมีผลกระทบอย่างไรบ้าง นำเสนอผ่านเรื่องเล่า 3 เรื่อง คือ “หมู่บ้านงูเห่า” จาก...“เมืองคอก” สู่ “นิคมแม่ลาว” และ “ประสบการณ์ทำงานโรคเรื้อนทางภาคเหนือ”

จากเรื่องเล่า ทั้ง 3 เรื่อง พบว่า มีการเผชิญปัญหาและผลกระทบจากประสบการณ์ การเป็นโรคเรื้อนที่สำคัญ คือ การตีตรา (Stigma) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดผลกระทบ ต่อกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นได้ว่าแม้เวลาจะล่วงเลยผ่านไปเช่นไร จากอดีตจนถึงปัจจุบันแม้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทุกๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกับประชาชนทั่วไปนั้น แต่สิ่งที่ยังคงอยู่ในจิตใจเสมอจากอดีตจนถึงปัจจุบัน คือ ภาพจำที่ถูกรังเกียจเดียดฉันท์จนเกิดเป็นรอยประทับตราบาปในใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อนันต์ ตรี สมิทธิธรรมาเศรษฐ์ (2560) ที่พบว่า ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการถูกตีตรา จากสังคม (Stigma) ซึ่งการตีตราจากสังคมไม่ได้จำกัดอยู่แต่เพียงผู้ป่วยจิตเวช ยังรวมไปถึงญาติของผู้ป่วยจากรุ่นถึงรุ่น เช่น “ตระกูลนี้มีคนเป็นโรคจิต” จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลกล่าวถึงผู้คนรอบๆ ตัวว่า มีทัศนคติเชิงลบทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกผิดที่เกิดการเจ็บป่วยทางจิตภายในครอบครัวและคุณภาพชีวิตแย่ลง ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ และไม่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนอีกด้วย

กลุ่มตัวอย่างก็ยังคงเผชิญปัญหาภายหลังจากถ่ายโอนนิคมแล้วในเรื่องของสาธารณูปโภค เช่น น้ำแห้งแล้ง หรือเรื่องเอกสารและกรรมสิทธิ์ที่ดิน ที่เป็นผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิยม ไกรปุยและโกเมศ อุรัตน์ (2562) ที่พบว่า บริบทสภาพปัญหาในอดีตนิคมโรคเรื้อนปราสาทถูกบุกรุกที่ดินทำกิน และปัญหาหลังการถ่ายโอนนิคมพบความรังเกียจของประชาชนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน ชุมชนไม่มีความใกล้ชิดกัน มีความรังเกียจและสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิพนธ์ แสนโคตรและไพรัช วัชรกุลธรไทย (2564) ที่พบว่า การถ่ายโอนภารกิจโรคเรื้อน



ผู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของนิคมอำนาจเจริญตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจปี 2542 ที่ผ่านการลงนามบันทึกข้อตกลงการถ่ายโอนในวันที่ 8 กันยายน 2557 จนถึงปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้ครบถ้วนทุกประเด็น

นอกจากนี้ ผลการศึกษา จากประสบการณ์ทำงานของเจ้าหน้าที่ได้พบกับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ต้องเผชิญปัญหาและผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อน ผ่านเรื่องเล่า “ประสบการณ์ทำงานโรคเรื้อนทางภาคเหนือ” จากคำกล่าวที่ว่า

คุณศักดิ์ชาย นักวิชาการสาธารณสุข

*“มีอยู่หนึ่งรายที่ตนเองประสบปัญหา คือ เป็นข้าราชการผู้ใหญ่แห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นโรคเรื้อน แต่ไม่ยอมบอกภรรยา จนกระทั่งตนเองมีอาการหนักมาก เรียกว่า โรคเห่อ Reaction ก็หมดสติ และได้เข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล ขณะที่ยังไม่ได้สติ ภรรยาที่ไปเยี่ยม คุณหมอมือที่ดูแลก็บอกว่าเป็นโรคเรื้อน*

*ภรรยาช็อคเลย อันนี้ก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่เราพบบ่อยมาก*

*คือ การไม่ยอมเปิดเผยต่อคู่ชีวิตว่าตนเองเป็นโรคเรื้อน*

*เพราะอาจจะอู้งานบ้าง แต่จริงๆ แล้ว*

*ต้องเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษา*

*ท้ายที่สุดที่ทราบมา ก็คือ สามีภรรยาจำเป็นต้องแยกทางกัน*

*อาจจะไม่ได้หย่าร้างกันแต่แยกทางกันหรือว่าแยกกันอยู่ ส่วนลูกก็ไปอยู่กับภรรยา”*

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานใจ ครอบครัว สามีภรรยาต้องแยกทางกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ (2561) ที่พบว่า การตีตรามีผลให้ผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์ รักษาเล่าช้า ขาดการรักษา ปกปิดโรค มีปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาชีวิตคู่ และปัญหาในการประกอบอาชีพ อันขัดขวางความสำเร็จในงานป้องกันควบคุมโรคในภาพรวม

นอกจากนี้ยังพบว่า การให้การปรึกษาโรคเรื้อน ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการดำเนินงานโรคเรื้อน และเป็นกลวิธีในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนคลายความวิตกกังวลต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และครอบครัว พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหาและผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อนต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับการให้การปรึกษาโรคเรื้อน (กรมควบคุมโรค, หน้า 31) ในระยะที่ 1 การปรึกษาก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน ที่พบว่า ภาวะจิตสังคมของผู้รับการรักษาในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านความวิตกกังวล สงสัยในอาการของตนเอง ความกลัวที่จะรับทราบผลว่าตนเป็นโรคเรื้อน หรือเมื่อได้รับแจ้งผลว่าเป็นโรคเรื้อนแล้ว ยังไม่สามารถปรับจิตใจหรือยอมรับความจริง อาจแสดง การไม่ยอมรับผลวินิจฉัย สงสัยและไม่แน่ใจในการวินิจฉัย นอกจากนั้น จากการที่บุคคลทั่วไป มักมีเจตคติเชิงลบต่อโรคเรื้อน อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายมีความเครียดหรือความวิตกกังวลใจสูง บาง

รายมีภาวะช็อคหรือภาวะตื่นตระหนก (panic attack) เกิดขึ้นทันที เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นแรง เหงื่อแตก หายใจไม่อิ่ม แน่นหน้าอก เป็นลมหรือควบคุมตัวเองไม่ได้ เมื่อทราบผลวินิจฉัย

### 5.1.2 การปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวกับปัญหาที่เป็นผลกระทบและทำให้เกิดความไม่สบายใจ ในรูปแบบที่แตกต่างกัน โดยใช้กลวิธีในการปรับตัวหรือกลไกการป้องกันทางจิต (Defense Mechanisim) ดังนี้

#### ด้านร่างกาย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ใช้การปรับตัวในเรื่องโรค ความพิการ โดยใช้รูปแบบการแสดงปฏิกิริยาแกล้งทำ (Reaction Formation) ผู้ที่มีความรู้สึกอย่างหนึ่ง แต่ไม่กล้าแสดงออกตรงไปตรงมา เพราะเหตุจำเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น กลัวเสียหน้า, กลัวว่าจะไม่เด่น, กลัวว่าจะไม่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น, กลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554 หน้า 29) กลุ่มตัวอย่างแสร์รับบอกอาการของโรคเรื้อนที่ตนเองเป็นกับผู้อื่นที่ไม่ใช่หมอ อาจกลัวว่าผู้อื่นที่ไม่เข้าใจจะรังเกียจ

นอกจากนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การทดแทน (Displacement) ตามที่ฟรอยด์ให้ความหมายว่า ได้แก่ หยิบยกเอาสิ่งหนึ่งมาทดแทนสิ่งที่ปรารถนาแล้วไม่สมหวัง กลวิธีแบบทดแทนนี้เป็นไปได้ในด้านต่างๆ ของบุคลิกภาพ เช่น ความสนใจ, ค่านิยม ทักษะคติ, ความชอบไม่ชอบ ฯลฯ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554 หน้า 29) โดยกลุ่มตัวอย่างมีมุมมองด้านร่างกายว่า **การแต่งกายดีและสะอาด ทำให้คนไม่รังเกียจความเป็นโรคได้** และสอดคล้องกับลักษณะของการปรับตัว ตามที่ มอริส (Morris, 1990 p.514-515 อ้างถึงใน เมชิณี กนกหมพันธ์ 2547, หน้า 21) กล่าวว่า คนที่มีการปรับตัวที่ดีควรมีลักษณะ ดังนี้ 1) สามารถรักษาสมดุลระหว่างการคล้อยตามและการเป็นตัวของตัวเอง 2) รู้จักควบคุมตนเองและมีความกลมกลืน 3) สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตัวเองได้ตามความเหมาะสม ขณะเดียวกันก็รู้จักปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับตนเองได้ด้วย 4) รู้จักจุดเด่นและจุดอ่อนของตนเอง และ 5) มีความนับถือและเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้งจะเผชิญกับความขัดแย้งในจิตใจ และปัญหาความยุ่งยากต่างๆ โดยไม่กังวลมากเกินไป จากคำกล่าวที่ว่า

น้องนุ่น (นามสมมติ) แม่ค้าออนไลน์

**“ใช้ค่ะ หนูว่าสำคัญเรื่องการแต่งกาย หากเราแต่งตัวดี สะอาด เวลาเราออกไปข้างนอก คนข้างนอกรู้ เขาก็คุยกับเรา”**

#### ด้านจิตใจ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การเก็บกด (Repression) ตามทฤษฎีของฟรอยด์ การเก็บกดเป็นกลไกทางจิตที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วแก้ยากมาก เพราะเขาได้เก็บกดความเครียด (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554 หน้า 28) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ มีความพิการ ซึ่งได้เผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ยังคงมีรอยโรคของความพิการปรากฏอยู่อย่างเห็นได้ชัด ทำให้เกิดความเครียดเกิดตราบาป (Stigma) ที่เก็บกดไว้ในจิตใต้สำนึก เป็นเวลานาน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่เผชิญปัญหาและผลกระทบ และสอดคล้องกับลักษณะของการปรับตัวที่ไม่สมบูรณ์ ตามที่ ลักษณะ สิริวัฒน์ (2544, หน้า 105) กล่าวว่า การปรับตัว ที่ไม่สมบูรณ์ (Non-integrative Adjustment) เป็นการปรับตัวที่บุคคลไม่สามารถแก้ปัญหาที่เผชิญได้ แต่เขามีวิธีทำให้ความเครียดภายในใจให้ลดลงได้บ้าง ยังมีความไม่สบายใจค้างอยู่ การปรับตัวแบบนี้อาศัยกลไกทางจิตหรือกลไกป้องกันตนเอง

นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การทำตนให้เหมือน (Identification) (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554 หน้า 28-29) โดยกลุ่มตัวอย่างมีมุมมองด้านจิตใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โดยคิดว่าหมู่บ้านนิคม ซึ่งมีแต่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวอาศัยอยู่นั้นมีสภาพความเป็นอยู่ และวิถีชีวิตเหมือนกับหมู่บ้านปกติทั่วไป และใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การทดแทน (Displacement) โดยคิดว่า หากบุคคลภายนอกหมู่บ้านยังไม่เชื่อว่าคนในหมู่บ้านยังมีคนเป็นโรคเรื้อรังอยู่ ก็ใช้วิธีการทดแทนความเชื่อนั้น โดยเชื่อเชิญให้คนที่ไม่เชื่อเข้ามาในหมู่บ้าน

### ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การเก็บกด (Repression) โดยปรากฏออกเป็นพฤติกรรมที่นิ่งเงียบ ไม่ได้โต้ตอบ เก็บงำความรู้สึกไว้ข้างในใจ กลุ่มตัวอย่างมีการติดต่อกับสัมพันธ์กับสังคมภายนอกหมู่บ้าน เช่น ตลาด ร้านค้า ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐต่างๆ รวมทั้งญาติพี่น้อง

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง ใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การทดแทน (Displacement) จากกรณีของกลุ่มตัวอย่าง เช่น น้าทวี (นามสมมติ) ชายวัยกลางคน สมาชิกในครอบครัว จะถูกเพื่อนรังเกียจในการโดยสารรถไปโรงเรียน บางคราวรถโดยสารไม่รับ ทางครอบครัวจึงให้รถมอเตอร์ไซค์เพื่อใช้ไปโรงเรียนแทนการนั่งรถโดยสาร

จากผลการศึกษา การปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จะใช้กลไกการป้องกันทางจิต (Defense Mechanism) มาใช้ปรับตัว เพื่อเผชิญกับปัญหาและผลกระทบจากโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นทั้ง 4 ด้าน นอกจากกลไกการป้องกันทางจิตแล้ว การที่กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองในเชิงบวก ยอมรับความจริง รวมทั้งกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญปัญหาและผลกระทบจากโรคเรื้อรังได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อนันต์ตรี สมิทธิ์ นราเศรษฐ์ (2560) ที่พบว่า กระบวนการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล

นั้นมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละครอบครัวหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หากญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการทำหน้าที่ภายในครอบครัวที่เหมาะสม มีการให้ความหมายหรือมีมุมมองเชิงบวกต่อการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัวและมีความเข้มแข็งภายในครอบครัวสูง ย่อมส่งผลต่อการเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชัยญานุช พะลังและปิ่นหทัย หนูนวล (2563) ที่พบว่ารูปแบบการปรับตัวของผู้ป่วยแบ่งเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การปรับตัวด้านร่างกาย โดยปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานให้เหมาะสมกับกระบวนการรักษาโรคมะเร็ง 2) การปรับตัวด้านจิตใจ โดยการยอมรับกับความเจ็บป่วยของตนเองและมีมุมมองต่อโลกในเชิงบวก 3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ โดยการจัดสรรเวลาการทำงานให้เหมาะสมกับร่างกาย และ 4) การปรับตัวด้านพึ่งพาอาศัย โดยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนผู้ป่วยมะเร็งและญาติพี่น้อง และทีมสหวิชาชีพ

### 5.1.3 การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อรังให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเข้ามาให้การสนับสนุนทางสังคม ดูแลให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างตามบทบาทภารกิจต่างๆ ในรูปแบบที่เป็นตัวเงิน สิ่งของ รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ด้านสวัสดิการ โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สาธารณูปโภคต่างๆ โดยเทศบาล/อำเภอ และด้านที่ดินทำกิน ที่พักอาศัย โดยสำนักงานธนารักษ์พื้นที่จังหวัด ซึ่งครอบคลุมการช่วยเหลือทั้งด้านกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับ เฮาส์ (House, 1981) ที่ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional support) 2) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Instrumental support) 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) และ 4) ด้านการประเมิน (Appraisal support)

นอกจากนี้ ผลการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โกเมศ อุนรัตน์ และคณะ (2556 หน้า 36) ที่พบว่า ในส่วนขององค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สมัครใจและยินดีสนับสนุนนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบูรณาการนิคมโรคเรื้อรังสู่ชุมชนทั่วไปครั้งนี้ประสบความสำเร็จด้วยเพราะเป็นบทบาทหน้าที่ในการดูแลประชาชนอยู่แล้ว เช่น เรื่องที่ดินและการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ให้เกิดความเท่าเทียม รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพของระบบปกติในพื้นที่ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิพนธ์ แสนโคตรและไพรัช วัชรกุลธรไทย (2564) ที่พบว่า อย่างไรก็ตามทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามกรอบบันทึกข้อตกลงได้ขับเคลื่อนกิจกรรมโดยสนับสนุนสวัสดิการและบริการให้กับชุมชนภายใต้การจัดการอย่างเป็นระบบให้เกิดความเท่าเทียมเป็นธรรม โปร่งใส และตรวจสอบได้ โดยเน้นการสร้างแกนนำชุมชนให้เป็นแบบอย่างที่ดี เปลี่ยนมุมมองจากการเป็นผู้รับการสงเคราะห์เป็นผู้ให้ อยู่อย่างพอเพียงพึ่งตนเองได้ รวมทั้งการอนุรักษ์ประวัติศาสตร์เพื่อเพิ่มคุณค่าในเชิงบวกให้กับชุมชน โดยภาพรวมแล้วกลไกที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อความสำเร็จ ใน

การบรรลุข้อตกลง ได้แก่ การคืนที่ดินในการดูแลของกรมควบคุมโรคให้แก่กรมธนารักษ์ การ  
จัดทำสัญญาเช่าที่ดินกรมธนารักษ์ให้ถูกต้องตามกฎหมายและการจัดการระบบไฟฟ้าให้ได้มาตรฐาน

#### 5.1.4 ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้ จะแตกต่างกันที่อายุวัย หากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในรุ่นลูก มีอายุไม่มากจะมีการปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างในรุ่นปู่ย่าตายาย หรือรุ่นพ่อแม่ที่เป็นวัยสูงอายุ สามารถดำเนินชีวิตในปัจจุบันได้อย่างปกติ

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุนั้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ในวัยนี้ได้เผชิญกับปัญหาและผลกระทบโรคเรื้อนในอดีต โดยเฉพาะประเด็นการถูกรังเกียจ การตีตรา (Stigma) ด้วยสภาพความพิการของร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน ประกอบกับในอดีตความรู้ ความเข้าใจต่อโรคเรื้อนของคนยังมีไม่มากนัก เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวไม่ได้ ต้องหลีกเลี่ยงไม่อยาก เผชิญหน้ากับคนหรือชุมชนภายนอก เก็บตัวอยู่ในบ้าน และยังคงเก็บกดฝังใจในอดีตมาจนถึงปัจจุบัน จนกลายเป็นการประทุษร้ายให้กับตนเอง (Self stigma) อาจทำให้ไม่มีความสุขในชีวิตได้

จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้ จะแตกต่างกันที่อายุวัย ใน กลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุนั้น อาจต้องมีการปรับวิถีคิดโดยการยอมรับ ความจริง ถ้าเผชิญหน้ากับสิ่งที่เป็นอยู่ จะทำให้ชีวิตมีความสุขได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ญัฐสุดา แสง บุญ และคณะ (2562) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัว ด้านอัตมโนทัศน์ ใช้ในการปรับวิถีคิดในการ ตอบสนองต่อความบกพร่องทางการมองเห็น โดยการยอมรับความจริงและทำใจยอมรับกับสิ่งที่เป็นอยู่ และคิดว่าเป็นผลของเวรกรรมที่เคยทำมา และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธรณิศ สายวิวัฒน์ และคณะ (2565) ที่พบว่า ควรมีการวางแผนการดูแลและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดการตีตราตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรอบรู้ให้ผู้ป่วยวัณโรคพฤติกรรม ในการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคมีสภาพจิตใจที่คลายความวิตกกังวลและลดปัญหา สุขภาพจิตในผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

#### 5.1.5 วิพากษ์เชิงนโยบายการถ่ายโอนภารกิจนิคมโรคเรื้อนกรมควบคุมโรค

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป ผู้ป่วย  
โรคเรื้อนได้รับการดูแลจากหน่วยงานอื่นๆ ที่อยู่ในพื้นที่เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป เช่น  
ด้านสุขภาพ มี อสม.และระบบสาธารณสุขในพื้นที่เข้ามาดูแล ด้านสวัสดิการ เช่น เบี้ยผู้พิการ เบี้ยยัง  
ชีพผู้สูงอายุ และระบบสาธารณสุขปโรค มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาดูแลร่วมกับกระทรวง การ  
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ด้านที่ดินทำกินและที่อยู่อาศัย มีกรมธนารักษ์เข้ามาสนับสนุนให้  
เข้าสู่ระบบการเช่า ซึ่งเดิมนั้นที่ดินทั้งหมดอยู่ในการดูแลและใช้ประโยชน์ของกรมควบคุมโรค เนื่อง  
ด้วยเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ

นอกจากนี้ พบว่า นิคมโรคเรื้อนที่ได้รับการถ่ายโอนแล้วทั้งหมดของภาคเหนือมีการไปมาหาสู่ติดต่อค้าขายของประชาชนรอบๆ นิคมโรคเรื้อน ซึ่งก่อนการถ่ายโอนเป็นหมู่บ้านทั่วไปประชาชนรอบๆ นิคมโรคเรื้อนไม่กล้าเข้ามา มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อน มีการแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติอย่างชัดเจน จนมีบางแห่งเรียกนิคมโรคเรื้อนว่า “หมู่บ้านงูเห่า” หรือบางแห่งเรียกว่า “หมู่บ้านคนขี้ทูต” ล้วนแล้วแต่เป็นการประหัตประหารทำให้กับคนไข้โรคเรื้อนที่อาศัยอยู่ในนิคมโรคเรื้อน ซึ่งเป็นมรดกทางความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับโรคเรื้อนที่ตกทอดมาสู่ประชาชนขณะนั้น จนเป็นที่มาของนโยบายถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนในปี พ.ศ.2542 และเป็นนโยบายจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ.2555-2556 ให้ถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป จากเดิมดูแลลักษณะแบบ Vertical Program บริหารจัดการทุกอย่างโดยกรมควบคุมโรค สู่การบริหารจัดการแบบ Integrated หรือการบูรณาการการบริหารจัดการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จนทำให้นิคมโรคเรื้อนทางภาคเหนือทั้งหมดเป็นหมู่บ้านทั่วไปเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ลงประเมินความพร้อมของนิคมในภาคเหนือจนประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อนในราชกิจจานุเบกษา อันเป็นผลทำให้นิคมโรคเรื้อนเปลี่ยนสภาพเป็นหมู่บ้านทั่วไปตามกฎหมายตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 เป็นต้นมา (มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563 หน้า 90)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมีภาพจำการถูกรังเกียจ การถูกประหัตประหารและการถูกเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในอดีต จนทำให้บางรายไม่อยากจะออกไป มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกด้วยความผองใจในอดีตจนกลายเป็นการประหัตประหารให้กับตนเอง (Self stigma) ซึ่งยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างในปัจจุบันที่เป็นหมู่บ้านทั่วไปแล้วมีฐานะยากจนไม่สามารถเข้าสู่ระบบการเช่าที่ดินราชพัสดุได้ เนื่องจากมีการเรียกเก็บเงินค่าเช่าย้อนหลังจากรมธนารักษ์ เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถเข้าสู่ระบบเช่าที่ดินทำกินได้ ซึ่งปัญหาที่พบดังกล่าวควรได้รับการแก้ไขจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถอยู่ในสังคม ชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไปอย่างยั่งยืน

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

### 5.2.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลานาน เนื่องจากเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่ต้องอาศัยเทคนิคต่างๆ คือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นสภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง และเนื่องจากไม่เคยมีการศึกษาเรื่องนี้ในประเทศไทยมาก่อน ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องการเผชิญปัญหาและผลกระทบของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมภาคอื่นๆ ของประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลในการแก้ไขเชิงนโยบายของกรมควบคุมโรคด้านโรคเรื้อนต่อไป

2. การศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างที่อยู่รอบๆ นิคม และภายนอกนิคม เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการศึกษาในประเด็นการตีตรา (Stigma) ของประชาชนรอบๆ นิคมและภายนอกนิคมที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนฯ

### 5.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ถึงแม้ว่าประเทศไทยสามารถควบคุมโรคเรื้อนได้สำเร็จ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 แต่จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนยังมีปัญหาด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ จึงมีข้อเสนอแนะ เชิงนโยบาย ดังนี้

1. ควรมีการแก้ไขปัญหาภาพจำการถูกประทุษร้ายในอดีตของการเป็นโรคเรื้อน จนทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนบางรายยังไม่มั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอก ซึ่งมีรูปแบบ การดำเนินงาน คือ การให้คำปรึกษากับผู้ป่วยโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สูงอายุและการลงเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม และเสริมพลัง โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2. ควรมีการแก้ไขปัญหาการเรียกเก็บค่าเช่าที่ราชพัสดุย้อนหลังจากผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินงาน คือ การจัดเวทีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการหารือหรือหาทางออก ร่วมกันและจัดทำเป็นนโยบายที่มีผลบังคับที่เป็นแนวทางเดียวกันในทุกนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศ โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมธนารักษ์ และกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์

3. กรมควบคุมโรคควรเป็นแกนหลักให้มีการติดตามประเมินผลในทุกมิติ เพื่อนำสภาพปัญหา มาแก้ไขภายหลังการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินงาน คือ การจัดทีม นิเทศ ติดตามและเสริมพลังจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการลงพื้นที่ภายหลังการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อน ให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมธนารักษ์ หน่วยงาน สาธารณสุขในพื้นที่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกรมส่งเสริม การปกครอง ท้องถิ่น

4. กรมควบคุมโรคควรเร่งรัดการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในนิคมโรคเรื้อน ที่เหลืออยู่ ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินงาน คือ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องมากพอ การสำรวจความพร้อม ความต้องการของสมาชิกในนิคมโรคเรื้อน การทำประชาคมลงมติ และการบันทึกข้อตกลงร่วมกัน ในการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนที่เหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมธนารักษ์ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น องค์การปกครองท้องถิ่น และผู้ว่าราชการจังหวัด

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษา “วิถีชีวิตการเผชิญปัญหา ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในภาคเหนือ ปี พ.ศ.2564” ผลการศึกษาสรุปได้ ดังนี้

#### 5.1 สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล

##### 5.1.1 การเผชิญปัญหาและผลกระทบของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนความคิดเห็นในการเผชิญปัญหาและผลกระทบจากประสบการณ์การเป็นโรคเรื้อน ในด้านต่างๆ โดยผ่านการเล่าเรื่องราวในชีวิตถึงสิ่งที่ตนเผชิญปัญหา และมีผลกระทบอย่างไรบ้าง นำเสนอผ่านเรื่องเล่า 3 เรื่อง คือ “หมู่บ้านงูเห่า” จาก...“เมืองคอก” สู่ “นิคมแม่ลาว” และ “ประสบการณ์ทำงานโรคเรื้อนทางภาคเหนือ”

จากเรื่องเล่า ทั้ง 3 เรื่อง พบว่า มีการเผชิญปัญหาและผลกระทบจากประสบการณ์ การเป็นโรคเรื้อนที่สำคัญ คือ การตีตรา (Stigma) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดผลกระทบ ต่อกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นได้ว่าแม้เวลาจะล่วงเลยผ่านไปเช่นไร จากอดีตจนถึงปัจจุบันแม้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทุกๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกับประชาชนทั่วไปนั้น แต่สิ่งที่ยังคงอยู่ในจิตใจเสมอจากอดีตจนถึงปัจจุบัน คือ ภาพจำที่ถูกรังเกียจเดียดฉันท์จนเกิดเป็นรอยประทับตราบาปในใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อนันต์ ตรี สมิทธิธรรมาเศรษฐ์ (2560) ที่พบว่า ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการถูกตีตรา จากสังคม (Stigma) ซึ่งการตีตราจากสังคมไม่ได้จำกัดอยู่แต่เพียงผู้ป่วยจิตเวช ยังรวมไปถึงญาติของผู้ป่วยจากรุ่นถึงรุ่น เช่น "ตระกูลนี้มีคนเป็นโรคจิต" จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลกล่าวถึงผู้คนรอบๆ ตัวว่า มีทัศนคติเชิงลบทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกผิดที่เกิดการเจ็บป่วยทางจิตภายในครอบครัวและคุณภาพชีวิตแย่ลง ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ และไม่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนอีกด้วย

กลุ่มตัวอย่างก็ยังคงเผชิญปัญหาภายหลังจากถ่ายโอนนิคมแล้วในเรื่องของสาธารณูปโภค เช่น น้ำแห้งแล้ง หรือเรื่องเอกสารและกรรมสิทธิ์ที่ดิน ที่เป็นผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิยม ไกรปุยและโกเมศ อุรัตน์ (2562) ที่พบว่า บริบทสภาพปัญหาในอดีตนิคมโรคเรื้อนปราสาทถูกบุกรุกที่ดินทำกิน และปัญหาหลังการถ่ายโอนนิคมพบความรังเกียจของประชาชนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน ชุมชนไม่มีความใกล้ชิดกัน มีความรังเกียจและสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิพนธ์ แสนโคตรและไพรัช วัชรกุลธรไทย (2564) ที่พบว่า การถ่ายโอนภารกิจโรคเรื้อน



ผู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของนิคมอำนาจเจริญตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจปี 2542 ที่ผ่านการลงนามบันทึกข้อตกลงการถ่ายโอนในวันที่ 8 กันยายน 2557 จนถึงปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้ครบถ้วนทุกประเด็น

นอกจากนี้ ผลการศึกษา จากประสบการณ์ทำงานของเจ้าหน้าที่ได้พบกับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ต้องเผชิญปัญหาและผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อน ผ่านเรื่องเล่า “ประสบการณ์ทำงานโรคเรื้อนทางภาคเหนือ” จากคำกล่าวที่ว่า

คุณศักดิ์ชาย นักวิชาการสาธารณสุข

*“มีอยู่หนึ่งรายที่ตนเองประสบปัญหา คือ เป็นข้าราชการผู้ใหญ่แห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นโรคเรื้อน แต่ไม่ยอมบอกภรรยา จนกระทั่งตนเองมีอาการหนักมาก เรียกว่า โรคเห่อ Reaction ก็หมดสติ และได้เข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล ขณะที่ยังไม่ได้สติ ภรรยาที่ไปเยี่ยม คุณหมอมือที่ดูแลก็บอกว่าเป็นโรคเรื้อน ภรรยาช็อคเลย อันนี้ก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่เราพบบ่อยมาก คือ การไม่ยอมเปิดเผยต่อคู่ชีวิตว่าตนเองเป็นโรคเรื้อน เพราะอาจจะอู้งานเกรงเกียรติ แต่จริงๆ แล้ว ต้องเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษา ทำยที่สุดที่ทราบมา ก็คือ สามีภรรยาคุณนี่ต้องแยกทางกัน อาจจะไม่ได้หย่าร้างกันแต่แยกทางกันหรือว่าแยกกันอยู่ ส่วนลูกก็ไปอยู่กับภรรยา”*

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานใจ ครอบครัว สามีภรรยาต้องแยกทางกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ (2561) ที่พบว่า การตีตรามีผลให้ผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์ รักษาเล่าช้า ขาดการรักษา ปกปิดโรค มีปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาชีวิตคู่ และปัญหาในการประกอบอาชีพ อันขัดขวางความสำเร็จในงานป้องกันควบคุมโรคในภาพรวม

นอกจากนี้ยังพบว่า การให้การปรึกษาโรคเรื้อน ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการดำเนินงานโรคเรื้อน และเป็นกลวิธีในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนคลายความวิตกกังวลต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และครอบครัว พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหาและผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อนต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับการให้การปรึกษาโรคเรื้อน (กรมควบคุมโรค, หน้า 31) ในระยะที่ 1 การปรึกษาก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน ที่พบว่า ภาวะจิตสังคมของผู้รับการรักษาในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะมีปัญหา ด้านความวิตกกังวล สงสัยในอาการของตนเอง ความกลัวที่จะรับทราบผลว่าตนเป็นโรคเรื้อน หรือเมื่อได้รับแจ้งผลว่าเป็นโรคเรื้อนแล้ว ยังไม่สามารถปรับจิตใจหรือยอมรับความจริง อาจแสดง การไม่ยอมรับผลวินิจฉัย สงสัยและไม่แน่ใจในการวินิจฉัย นอกจากนี้ จากการที่บุคคลทั่วไป มักมีเจตคติเชิงลบต่อโรคเรื้อน อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายมีความเครียดหรือความวิตกกังวลใจสูง บาง

รายมีภาวะช็อคหรือภาวะตื่นตระหนก (panic attack) เกิดขึ้นทันที เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นแรง เหงื่อแตก หายใจไม่อิ่ม แน่นหน้าอก เป็นลมหรือควบคุมตัวเองไม่ได้ เมื่อทราบผลวินิจฉัย

### 5.1.2 การปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวกับปัญหาที่เป็นผลกระทบและทำให้เกิดความไม่สบายใจ ในรูปแบบที่แตกต่างกัน โดยใช้กลวิธีในการปรับตัวหรือกลไกการป้องกันทางจิต (Defense Mechanisim) ดังนี้

#### ด้านร่างกาย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ใช้การปรับตัวในเรื่องโรค ความพิการ โดยใช้รูปแบบการแสดงปฏิกิริยาแกล้งทำ (Reaction Formation) ผู้ที่มีความรู้สึกอย่างหนึ่ง แต่ไม่กล้าแสดงออกตรงไปตรงมา เพราะเหตุจำเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น กลัวเสียหน้า, กลัวว่าจะไม่เด่น, กลัวว่าจะไม่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น, กลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554 หน้า 29) กลุ่มตัวอย่างแสร์รับบอกอาการของโรคเรื้อนที่ตนเองเป็นกับผู้อื่นที่ไม่ใช่หมอ อาจกลัวว่าผู้อื่นที่ไม่เข้าใจจะรังเกียจ

นอกจากนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การทดแทน (Displacement) ตามที่ฟรอยด์ให้ความหมายว่า ได้แก่ หยิบยกเอาสิ่งหนึ่งมาทดแทนสิ่งที่ปรารถนาแล้วไม่สมหวัง กลวิธีแบบทดแทนนี้เป็นไปได้ในด้านต่างๆ ของบุคลิกภาพ เช่น ความสนใจ, ค่านิยม ทักษะคติ, ความชอบไม่ชอบ ฯลฯ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554 หน้า 29) โดยกลุ่มตัวอย่างมีมุมมองด้านร่างกายว่า **การแต่งกายดีและสะอาด ทำให้คนไม่รังเกียจความเป็นโรคได้ และสอดคล้องกับลักษณะของการปรับตัว** ตามที่ มอริส (Morris, 1990 p.514-515 อ้างถึงใน เมชิณี กนกหมพันท์ 2547, หน้า 21) กล่าวว่า คนที่มีการปรับตัวที่ดีควรมีลักษณะ ดังนี้ 1) สามารถรักษาสมดุลระหว่างการคล้อยตามและการเป็นตัวของตัวเอง 2) รู้จักควบคุมตนเองและมีความกลมกลืน 3) สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตัวเองได้ตามความเหมาะสม ขณะเดียวกันก็รู้จักปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับตนเองได้ด้วย 4) รู้จักจุดเด่นและจุดอ่อนของตนเอง และ 5) มีความนับถือและเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้งจะเผชิญกับความขัดแย้งในจิตใจ และปัญหาความยุ่งยากต่างๆ โดยไม่กังวลมากเกินไป จากคำกล่าวที่ว่า

น้องนุ่น (นามสมมติ) แม่ค้าออนไลน์

**“ใช้ค่ะ หนูว่าสำคัญเรื่องการแต่งกาย หากเราแต่งตัวดี สะอาด เวลาเราออกไปข้างนอก คนข้างนอกรู้ เขาก็คุยกับเรา”**

#### ด้านจิตใจ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การเก็บกด (Repression) ตามทฤษฎีของ فروยด์ การเก็บกดเป็นกลไกทางจิตที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วแก้ยากมาก เพราะเขาได้เก็บกดความเครียด (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554 หน้า 28) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ มีความพิการ ซึ่งได้เผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ยังคงมีรอยโรคของความพิการปรากฏอยู่อย่างเห็นได้ชัด ทำให้เกิดความเครียดเกิดตราบาป (Stigma) ที่เก็บกดไว้ในจิตใต้สำนึก เป็นเวลานาน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่เผชิญปัญหาและผลกระทบ และสอดคล้องกับลักษณะของการปรับตัวที่ไม่สมบูรณ์ ตามที่ ลักษณะ สิริวัฒน์ (2544, หน้า 105) กล่าวว่า การปรับตัว ที่ไม่สมบูรณ์ (Non-integrative Adjustment) เป็นการปรับตัวที่บุคคลไม่สามารถแก้ปัญหาที่เผชิญได้ แต่เขามีวิธีทำให้ความเครียดภายในใจให้ลดลงได้บ้าง ยังมีความไม่สบายใจค้างอยู่ การปรับตัวแบบนี้อาศัยกลไกทางจิตหรือกลไกป้องกันตนเอง

นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การทำตนให้เหมือน (Identification) (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554 หน้า 28-29) โดยกลุ่มตัวอย่างมีมุมมองด้านจิตใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โดยคิดว่าหมู่บ้านนิคม ซึ่งมีแต่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวอาศัยอยู่นั้นมีสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตเหมือนกับหมู่บ้านปกติทั่วไป และใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การทดแทน (Displacement) โดยคิดว่า หากบุคคลภายนอกหมู่บ้านยังไม่เชื่อว่าคนในหมู่บ้านยังมีคนเป็นโรคเรื้อรังอยู่ ก็ใช้วิธีการทดแทนความเชื่อนั้น โดยเชื่อเชิญให้คนที่ไม่เชื่อเข้ามาในหมู่บ้าน

### ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การเก็บกด (Repression) โดยปรากฏออกเป็นพฤติกรรมที่นิ่งเงียบ ไม่ได้โต้ตอบ เก็บงำความรู้สึกไว้ข้างใจ กลุ่มตัวอย่างมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับสังคมภายนอกหมู่บ้าน เช่น ตลาด ร้านค้า ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐต่างๆ รวมทั้งญาติพี่น้อง

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง ใช้รูปแบบการปรับตัว ที่เรียกว่า การทดแทน (Displacement) จากกรณีของกลุ่มตัวอย่าง เช่น น้าทวี (นามสมมติ) ชายวัยกลางคน สมาชิกในครอบครัว จะถูกเพื่อนรังเกียจในการโดยสารรถไปโรงเรียน บางคราวรถโดยสารไม่รับ ทางครอบครัวจึงให้รถมอเตอร์ไซด์เพื่อใช้ไปโรงเรียนแทนการนั่งรถโดยสาร

จากผลการศึกษา การปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้กลไกการป้องกันทางจิต (Defense Mechanism) มาใช้ปรับตัว เพื่อเผชิญกับปัญหาและผลกระทบจากโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นทั้ง 4 ด้าน นอกจากกลไกการป้องกันทางจิตแล้ว การที่กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองในเชิงบวก ยอมรับความจริง รวมทั้งกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญปัญหาและผลกระทบจากโรคเรื้อรังได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อนันต์ตรี สมิทธิ์ นราเศรษฐ์ (2560) ที่พบว่า กระบวนการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล

นั้นมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละครอบครัวหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หากญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการทำหน้าที่ภายในครอบครัวที่เหมาะสม มีการให้ความหมายหรือมีมุมมองเชิงบวกต่อการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัวและมีความเข้มแข็งภายในครอบครัวสูง ย่อมส่งผลต่อการเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชัยญานุช พะลังและปิ่นหทัย หนูนวล (2563) ที่พบว่ารูปแบบการปรับตัวของผู้ป่วยแบ่งเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การปรับตัวด้านร่างกาย โดยปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานให้เหมาะสมกับกระบวนการรักษาโรคมะเร็ง 2) การปรับตัวด้านจิตใจ โดยการยอมรับกับความเจ็บป่วยของตนเองและมีมุมมองต่อโลกในเชิงบวก 3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ โดยการจัดสรรเวลาการทำงานให้เหมาะสมกับร่างกาย และ 4) การปรับตัวด้านพึ่งพาอาศัย โดยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนผู้ป่วยมะเร็งและญาติพี่น้อง และทีมสหวิชาชีพ

### 5.1.3 การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อรังให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเข้ามาให้การสนับสนุนทางสังคม ดูแลให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างตามบทบาทภารกิจต่างๆ ในรูปแบบที่เป็นตัวเงิน สิ่งของ รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ด้านสวัสดิการ โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สาธารณูปโภคต่างๆ โดยเทศบาล/อำเภอ และด้านที่ดินทำกิน ที่พักอาศัย โดยสำนักงานธนารักษ์พื้นที่จังหวัด ซึ่งครอบคลุมการช่วยเหลือทั้งด้านกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับ เฮาส์ (House, 1981) ที่ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional support) 2) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Instrumental support) 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) และ 4) ด้านการประเมิน (Appraisal support)

นอกจากนี้ ผลการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โกเมศ อุนรัตน์ และคณะ (2556 หน้า 36) ที่พบว่า ในส่วนขององค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สมัครใจและยินดีสนับสนุนนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบูรณาการนิคมโรคเรื้อรังสู่ชุมชนทั่วไปครั้งนี้ประสบความสำเร็จด้วยเพราะเป็นบทบาทหน้าที่ในการดูแลประชาชนอยู่แล้ว เช่น เรื่องที่ดินและการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ให้เกิดความเท่าเทียม รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพของระบบปกติในพื้นที่ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิพนธ์ แสนโคตรและไพรัช วัชรกุลธรไทย (2564) ที่พบว่า อย่างไรก็ตามทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามกรอบบันทึกข้อตกลงได้ขับเคลื่อนกิจกรรมโดยสนับสนุนสวัสดิการและบริการให้กับชุมชนภายใต้การจัดการอย่างเป็นระบบให้เกิดความเท่าเทียมเป็นธรรม โปร่งใส และตรวจสอบได้ โดยเน้นการสร้างแกนนำชุมชนให้เป็นแบบอย่างที่ดี เปลี่ยนมุมมองจากการเป็นผู้รับการสงเคราะห์เป็นผู้ให้ อยู่อย่างพอเพียงพึ่งตนเองได้ รวมทั้งการอนุรักษ์ประวัติศาสตร์เพื่อเพิ่มคุณค่าในเชิงบวกให้กับชุมชน โดยภาพรวมแล้วกลไกที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อความสำเร็จ ใน

การบรรลุข้อตกลง ได้แก่ การคืนที่ดินในการดูแลของกรมควบคุมโรคให้แก่กรมธนารักษ์ การ  
จัดทำสัญญาเช่าที่ดินกรมธนารักษ์ให้ถูกต้องตามกฎหมายและการจัดการระบบไฟฟ้าให้ได้มาตรฐาน

#### 5.1.4 ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้ จะแตกต่างกันที่อายุวัย หากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในรุ่นลูก มีอายุไม่มากจะมีการปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างในรุ่นปู่ย่าตายาย หรือรุ่นพ่อแม่ที่เป็นวัยสูงอายุ สามารถดำเนินชีวิตในปัจจุบันได้อย่างปกติ

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุนั้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ในวัยนี้ได้เผชิญกับปัญหาและผลกระทบโรคเรื้อนในอดีต โดยเฉพาะประเด็นการถูกรังเกียจ การตีตรา (Stigma) ด้วยสภาพความพิการของร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน ประกอบกับในอดีตความรู้ ความเข้าใจต่อโรคเรื้อนของคนยังมีไม่มากนัก เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวไม่ได้ ต้องหลีกเลี่ยงไม่ยอม เผชิญหน้ากับคนหรือชุมชนภายนอก เก็บตัวอยู่ในบ้าน และยังคงเก็บกดฝังใจในอดีตมาจนถึงปัจจุบัน จนกลายเป็นการประทุษร้ายให้กับตนเอง (Self stigma) อาจทำให้ไม่มีความสุขในชีวิตได้

จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้ จะแตกต่างกันที่อายุวัย ใน กลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุนั้น อาจต้องมีการปรับวิถีคิดโดยการยอมรับ ความจริง ถ้าเผชิญหน้ากับสิ่งที่เป็นอยู่ จะทำให้ชีวิตมีความสุขได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ญัฐสุดา แสง บุญ และคณะ (2562) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัว ด้านอัตมโนทัศน์ ใช้ในการปรับวิถีคิดในการ ตอบสนองต่อความบกพร่องทางการมองเห็น โดยการยอมรับความจริงและทำใจยอมรับกับสิ่งที่เป็นอยู่ และคิดว่าเป็นผลของเวรกรรมที่เคยทำมา และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธรณิศ สายวิวัฒน์ และคณะ (2565) ที่พบว่า ควรมีการวางแผนการดูแลและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดการตีตราตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรอบรู้ให้ผู้ป่วยวัณโรคพฤติกรรม ในการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคมีสภาพจิตใจที่คลายความวิตกกังวลและลดปัญหา สุขภาพจิตในผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

#### 5.1.5 วิพากษ์เชิงนโยบายการถ่ายโอนภารกิจนิคมโรคเรื้อนกรมควบคุมโรค

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป ผู้ป่วย  
โรคเรื้อนได้รับการดูแลจากหน่วยงานอื่นๆ ที่อยู่ในพื้นที่เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป เช่น  
ด้านสุขภาพ มี อสม.และระบบสาธารณสุขในพื้นที่เข้ามาดูแล ด้านสวัสดิการ เช่น เบี้ยผู้พิการ เบี้ยยัง  
ชีพผู้สูงอายุ และระบบสาธารณสุขปโรค มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาดูแลร่วมกับกระทรวง การ  
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ด้านที่ดินทำกินและที่อยู่อาศัย มีกรมธนารักษ์เข้ามาสนับสนุนให้  
เข้าสู่ระบบการเช่า ซึ่งเดิมนั้นที่ดินทั้งหมดอยู่ในการดูแลและใช้ประโยชน์ของกรมควบคุมโรค เนื่อง  
ด้วยเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ

นอกจากนี้ พบว่า นิคมโรคเรื้อนที่ได้รับการถ่ายโอนแล้วทั้งหมดของภาคเหนือมีการไปมาหาสู่ติดต่อกับประชาชนรอบๆ นิคมโรคเรื้อน ซึ่งก่อนการถ่ายโอนเป็นหมู่บ้านทั่วไปประชาชนรอบๆ นิคมโรคเรื้อนไม่กล้าเข้ามา มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อน มีการแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติอย่างชัดเจน จนมีบางแห่งเรียกนิคมโรคเรื้อนว่า “หมู่บ้านงูเห่า” หรือบางแห่งเรียกว่า “หมู่บ้านคนขี้ทูต” ล้วนแล้วแต่เป็นการประหัตประหารทำให้กับคนไข้โรคเรื้อนที่อาศัยอยู่ในนิคมโรคเรื้อน ซึ่งเป็นมรดกทางความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับโรคเรื้อนที่ตกทอดมาสู่ประชาชนขณะนั้น จนเป็นที่มาของนโยบายถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนในปี พ.ศ.2542 และเป็นนโยบายจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ.2555-2556 ให้ถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป จากเดิมดูแลลักษณะแบบ Vertical Program บริหารจัดการทุกอย่างโดยกรมควบคุมโรค สู่การบริหารจัดการแบบ Integrated หรือการบูรณาการการบริหารจัดการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จนทำให้นิคมโรคเรื้อนทางภาคเหนือทั้งหมดเป็นหมู่บ้านทั่วไปเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ลงประเมินความพร้อมของนิคมในภาคเหนือจนประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมโรคเรื้อนในราชกิจจานุเบกษา อันเป็นผลทำให้นิคมโรคเรื้อนเปลี่ยนสภาพเป็นหมู่บ้านทั่วไปตามกฎหมายตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 เป็นต้นมา (มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563 หน้า 90)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมีภาพจำการถูกรังเกียจ การถูกประหัตประหารและการถูกเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในอดีต จนทำให้บางรายไม่อยากจะออกไป มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกด้วยความผองใจในอดีตจนกลายเป็นการประหัตประหารให้กับตนเอง (Self stigma) ซึ่งยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างในปัจจุบันที่เป็นหมู่บ้านทั่วไปแล้วมีฐานะยากจนไม่สามารถเข้าสู่ระบบการเช่าที่ดินราชพัสดุได้ เนื่องจากมีการเรียกเก็บเงินค่าเช่าย้อนหลังจากรมธนารักษ์ เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถเข้าสู่ระบบเช่าที่ดินทำกินได้ ซึ่งปัญหาที่พบดังกล่าวควรได้รับการแก้ไขจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถอยู่ในสังคม ชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไปอย่างยั่งยืน

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

### 5.2.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลานาน เนื่องจากเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่ต้องอาศัยเทคนิคต่างๆ คือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นสภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง และเนื่องจากไม่เคยมีการศึกษาเรื่องนี้ในประเทศไทยมาก่อน ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องการเผชิญปัญหาและผลกระทบของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมภาคอื่นๆ ของประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลในการแก้ไขเชิงนโยบายของกรมควบคุมโรคด้านโรคเรื้อนต่อไป

2. การศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างที่อยู่รอบๆ นิคม และภายนอกนิคม เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการศึกษาในประเด็นการตีตรา (Stigma) ของประชาชนรอบๆ นิคมและภายนอกนิคมที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนที่ถ่ายโอนฯ

### 5.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ถึงแม้ว่าประเทศไทยสามารถควบคุมโรคเรื้อนได้สำเร็จ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 แต่จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนยังมีปัญหาด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ จึงมีข้อเสนอแนะ เชิงนโยบาย ดังนี้

1. ควรมีการแก้ไขปัญหาภาพจำการถูกประทัตราบาปในอดีตของการเป็นโรคเรื้อน จนทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนบางรายยังไม่มั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอก ซึ่งมีรูปแบบ การดำเนินงาน คือ การให้คำปรึกษากับผู้ป่วยโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สูงอายุและการลงเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม และเสริมพลัง โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2. ควรมีการแก้ไขปัญหาการเรียกเก็บค่าเช่าที่ราชพัสดุย้อนหลังจากผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินงาน คือ การจัดเวทีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการหารือหรือหาทางออก ร่วมกันและจัดทำเป็นนโยบายที่มีผลบังคับที่เป็นแนวทางเดียวกันในทุกนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศ โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมธนารักษ์ และกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์

3. กรมควบคุมโรคควรเป็นแกนหลักให้มีการติดตามประเมินผลในทุกมิติ เพื่อนำสภาพปัญหา มาแก้ไขภายหลังการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินงาน คือ การจัดทีม นิเทศ ติดตามและเสริมพลังจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการลงพื้นที่ภายหลังการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อน ให้เป็นหมู่บ้านทั่วไป โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมธนารักษ์ หน่วยงาน สาธารณสุขในพื้นที่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกรมส่งเสริม การปกครอง ท้องถิ่น

4. กรมควบคุมโรคควรเร่งรัดการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้เป็นหมู่บ้านทั่วไปในนิคมโรคเรื้อน ที่เหลืออยู่ ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินงาน คือ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องมากพอ การสำรวจความพร้อม ความต้องการของสมาชิกในนิคมโรคเรื้อน การทำประชาคมลงมติ และการบันทึกข้อตกลงร่วมกัน ในการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนที่เหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมธนารักษ์ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น องค์การปกครองท้องถิ่น และผู้ว่าราชการจังหวัด

## บรรณานุกรม

- การสนับสนุนทางสังคม สืบค้นจาก <https://smarterlifebypsychology.com/2019/09/30/social-support>
- กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์. (2554). การวิจัยเชิงคุณภาพในสวัสดิการสังคม : แนวคิดและวิธีวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง รายชื่อสถานสงเคราะห์ของรัฐ (ฉบับที่ 11) พ.ศ.2564. สืบค้นจาก <http://law.m-society.go.th>.
- กัญญา สุวรรณแสง. (2566). การพัฒนาบุคลิกภาพ. กรุงเทพมหานคร : บำรุงสาส์น.
- โกเมศ อุนรัตน์, นิยม ไกรบุญ, โฉมศรี ฤณาพรรณ, เอกพล แก่นดี.(2556). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนปราสาท จังหวัดสุรินทร์ สู่ชุมชนทั่วไป. นนทบุรี.
- ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. (2540). ประวัติศาสตร์ วัฒนธรรมชุมชนและชนชาติไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยญานุช พะลังและปิ่นหทัย หนูนวล. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ : วิทยากรณีสึกษา. วรสารโรคมะเร็ง 40(2) : 62-75
- ณัฐสุดา แสงบุญ และคณะ. (2561). การปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น. วรสารพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 25(1) : 29-42.
- ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social support) สืบค้นจาก [gotoknow.org/posts/470623](http://gotoknow.org/posts/470623).
- ธนิศ สายวัฒน์ และคณะ. (2565). ความคิดเห็นเกี่ยวกับการติดตามและพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น. วรสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 29(2) : 1-14.
- ธีระ รามสูต. (2535). ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพมหานคร:นิเวธรรมดา การพิมพ์.
- ธีระ รามสูต. (2536). ปัญหาทางสังคมและการฟื้นฟูสภาพสุขภาพโรคเรื้อน. วรสารสังคมศาสตร์การแพทย์. 4 (1) : 19-30.
- ธีระ รามสูต. (2559). ประวัติศาสตร์โรคเรื้อนในประเทศไทย. นนทบุรี:บริษัท มาสเตอร์ คีย์ จำกัด.
- นิพนธ์ แสนโคตร และไพรัช วัชรกุลธรไทย. (2564). ผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : กรณีศึกษานิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ ปี 2561. วารสารควบคุมโรค. 47(2) : 409-418.
- นิยม ไกรบุญ และโกเมศ อุนรัตน์. (2562). การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนภายหลังการปรับเปลี่ยนนิคมสู่ชุมชนปกติโดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษานิคมโรคเรื้อนปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการ สคร.9. 25(1) : 55-63.



- นันทพร ศรีสุท. (2544). วิธีชีวิตชุมชนกับการเกิดโรคเบาหวาน กรณีศึกษาชุมชนบ้านจัว ตำบลสมัย อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระ  
ปริญญาศึกษาศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พยอม ธีธรรส. (2544). รายงานวิจัยเรื่องการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการปรับตัวด้านการเรียนของนักเรียน  
มัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดตรัง. สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดยะลา.
- พวงเพชร สุรัตน์วิกุล. (2544). มนุษย์กับสังคม. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ราชประชาสมาสัยสาร  
ฉบับพิเศษ 2559. นนทบุรี:บริษัท มาสเตอร์ คีย์ จำกัด.
- เมษิณี กนกเหมพันธ์. (2547). การพัฒนาเครื่องมือวัดความสามารถในการปรับตัวของนักเรียนชั้นมัธยม  
ศึกษาปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- โรคเรื้อน โรคร้ายที่โลกลืม. สืบค้นจาก <https://www.nsm.or.th/nsm/th/node/9949>.
- รายงานสถานการณ์โรคเรื้อน ปี 2563. สืบค้นจาก [ww.thaileprosy.ddc.moph.go.th/site/index.htm](http://www.thaileprosy.ddc.moph.go.th/site/index.htm).
- ลักขณา สิริวัฒน์. (2544). จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.
- วารสารณ์ ตระกูลสุขภาพดี. (2545). จิตวิทยาการปรับตัว. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2554). ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สำนักพิมพ์  
หมอชาวบ้าน จำกัด.
- ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ. (2561). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ : ผลของการตีตรา  
ต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์. วารสารควบคุมโรค.  
44(1) : 19-29.
- สถาบันราชประชาสมาสัย กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2556).  
การให้การปรึกษาในงาน โรคเรื้อนและวัณโรค. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา บ้านบาตร .
- สรรงค์ภรณ์ ตรงคำสวัสดิ์. (2534). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษารวมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม  
จากผู้นำชุมชนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อำเภอสว่าง  
จังหวัดลำปาง. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนันต์ตรี สมิทธิราเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.  
วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. 11(3) : 43-56.

House, JS. (1981). *Work, Stress and Social Support*. MA : Addison-Wesley.

Lakey, B., & Cohen, S. (2000). *Social support theory and measurement . Measuring  
And Interventing in Social Support* In S. Cohen, L. Under wood., & B  
Gottlieb (Eds.). New York : Oxford University Press.

Lazarus, RS., and S. Folkman. (1984). *Stress appraisal and Coping*, New York : Slinger  
Publishing.