

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความกลืนเกลียวในชุมชนและมลพิษทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดต่อการเสพยาบ้าของผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดเขตภาคใต้ ประเทศไทย

สุนิรัตน์ ยังยืน อุดมศักดิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Received: November 26, 2018

Revised: May 3, 2019

Accepted: November 1, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบ Cross-sectional analytic study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความกลืนเกลียวในชุมชนและมลพิษทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดต่อการเสพยาบ้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติด จำนวน 374 คน ที่เข้ารับการบำบัด ณ ศูนย์บำบัดยาเสพติดแบบบังคับบำบัด เขตภาคใต้ ประเทศไทย ซึ่งคัดเลือกแบบ Consecutive sampling เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Binary logistic regression ผลการวิจัย พบว่าผู้เข้าบำบัดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 81.3) มีอายุเฉลี่ย 26.2 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 51.3) ว่างาน (ร้อยละ 32.6) และมีประวัติอาชญากรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด (ร้อยละ 47.1) มีคนในครอบครัว (ร้อยละ 57.2) และเพื่อน (ร้อยละ 57.5) ใช้ยาเสพติด ส่วนใหญ่เสพยาบ้า ร้อยละ 70.6 และเสพยาเสพติดชนิดอื่น ร้อยละ 29.4 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความกลืนเกลียวในชุมชนและมลพิษทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดต่อการเสพยาบ้า เมื่อควบคุมตัวแปรจนพบว่าการรับรู้ความกลืนเกลียวในชุมชนในระดับปานกลางและระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการเสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($aOR=0.50$, $95\%CI:0.27,0.92$; $aOR=0.51$, $95\%CI:0.28,0.95$ ตามลำดับ) และมลพิษทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดในระดับปานกลาง และระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการเสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($aOR=1.87$, $95\%CI:1.04,3.38$; $aOR=2.22$, $95\%CI:1.21,4.07$ ตามลำดับ) สรุปผลการศึกษา จะเห็นได้ว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านสังคมมีอิทธิพลต่อการเสพยาบ้า โดยการรับรู้ความกลืนเกลียวในชุมชนมีผลต่อการลดโอกาสการเสพยาบ้า ส่วนมลพิษทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดนั้น มีผลต่อการเพิ่มโอกาสการเสพยาบ้า ดังนั้น การกำหนดมาตรการหรือสิ่งแทรกแซง (intervention) ในการป้องกันการกลับมาเสพยาบ้าหรือการป้องกันไม่ให้นักรักเสพยาบ้าใหม่เกิดขึ้นควรนำปัจจัยดังกล่าวมาพิจารณา ร่วมด้วย เช่น การลดมลพิษทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดของคนในชุมชน หรือการส่งเสริมความกลืนเกลียวกัน และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน เป็นต้น

คำสำคัญ: การรับรู้ความกลืนเกลียวในชุมชน มลพิษทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติด ยาบ้า

ผู้สนับสนุนผลงาน:

สุนิรัตน์ ยังยืน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

41/20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150

อีเมล: suneeratyang1@hotmail.com

The relationship between perceived neighborhood cohesion and stigma surrounding addiction on methamphetamine use of drug addicts in compulsory treatment system in Southern Thailand

Suneerat Yangyuen, Udomsak Mahaweerawat
Faculty of Public Health, Mahasarakham University

Abstract

This cross-sectional analytic study aimed to determine relationship between perceived neighborhood cohesion, stigma surrounding addiction and methamphetamine use. All consecutive sampling of 347 subjects among randomized methamphetamine use among drug addicts at compulsory drug detection centers in Southern, Thailand. The face-to-face structured interviews were used for data collection and statistical interpretation by descriptive statistic and Binary logistic regression.

The results revealed that the majority of subjects were male (81.3%), age average 26.2 years old, completed more secondary school (51.3%), unemployed (32.6%), had a drug-related criminal history (47.1 %), with family member (57.2%) and friend (57.5%) used drug. While the majority of participants, 70.6 % used methamphetamine and 29.4% used other illicit drugs. The middle and high level of neighborhood cohesion perception was significantly associated with methamphetamine use (aOR=0.50, 95%CI:0.27,0.92; aOR=0.51, 95%CI:0.28,0.95 respectively), It was also found that the middle and high level of stigma surrounding addiction was significantly related with methamphetamine use (aOR=1.87, 95%CI:1.04,3.38; aOR=2.22, 95%CI:1.21,4.07 respectively). This could be concluded that social environmental factors as perceive neighborhood cohesion had an influence on reduced methamphetamine used opportunity and stigma surrounding addiction also had an influence on increased methamphetamine used opportunity. Therefore, the solving problem or intervention as preventive for newer drug abuse and relapse should be considered these factors such as reduce social stigma or promoting neighborhood cohesion and mutual help in community.

Keywords: perceived neighborhood cohesion, stigma surrounding addiction, methamphetamine

Corresponding Author:

Suneerat Yangyuen

Faculty of Public Health, Mahasarakham University

41/20, Khamriang Sub-District, Kantarawichai District, Mahasarakham 44150, Thailand

E-mail: suneeratyang1@hotmail.com

บทนำ

การบังคับบำบัด (Compulsory Treatment System) เป็นวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่หลายๆ ประเทศได้นำมาใช้ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย เยอรมัน อังกฤษ จีน เวียดนาม กัมพูชา มาเลเซีย ลาว และไทย เป็นต้น¹ ซึ่งในภูมิภาคเอเชีย ประเมินการได้ว่า มีผู้เข้าบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ประมาณ 235,000 คน จากศูนย์ฟื้นฟูฯ แบบบังคับบำบัดกว่า 1,000 แห่ง² และจากการประเมินผลระบบบังคับบำบัดในบางประเทศ พบว่า มีประสิทธิภาพดี ทำให้อัตราการคงอยู่ในการรักษาและอัตราบำบัดครบกำหนดเพิ่มขึ้น และลดพฤติกรรมเบี่ยงเบนเนื่องมาจากการใช้สารเสพติด¹⁻² แต่ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้กลับพบว่า ประสิทธิภาพการบำบัดรักษายังไม่ได้ผลดี ยังพบปัญหาการติดเชื้อ HIV, ปัญหาการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน และปัญหาผู้ผ่านการบำบัดมีอัตราการเสพซ้ำสูง เช่น มาเลเซีย (ร้อยละ 70) เวียดนาม (ร้อยละ 75) และจีน (ร้อยละ 95)^{2,3,4} สำหรับประเทศไทยได้นำระบบบังคับบำบัดมาใช้เช่นกันซึ่งจากข้อมูลของกรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2559 พบว่า คดีเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามระบบบังคับบำบัด จำนวน 108,638 คดี และ 66,271 คดี ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นฐานความผิดเสพยาเสพติด และเป็นคดีเกี่ยวกับยาบ้ามากที่สุด รองลงมาคือ กัญชา สารระเหย ไอซ์ ตามลำดับ⁵ สำหรับพื้นที่ภาคใต้ นั้น ยาบ้ายังคงเป็นตัวยาหลักที่มีการค้าและการแพร่ระบาดทุกจังหวัดในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งพบว่าปี 2558-2559 มีคดีเข้าสู่การฟื้นฟูตามระบบบังคับบำบัด จำนวน 9,220 คดี และ 3,454 คดีตามลำดับ และชนิดของยาเสพติดที่มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดคือ ยาบ้า รองลงมา คือ ไอซ์ กัญชาแห้ง และพืชกระท่อม ตามลำดับ⁶ ทั้งนี้ ปัญหาสำคัญที่พบในการบังคับบำบัดคือ ปัญหาการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 20

และร้อยละ 14.9 ของผู้ผ่านการบำบัด (หลังจากถูกปล่อยตัว 2 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ) กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก^{3,7} และกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดที่เคยเข้ารับการบังคับบำบัด พบว่า มีถึงร้อยละ 96.3 ที่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำหลังถูกปล่อยตัวมาได้เพียง 1 สัปดาห์⁴ เนื่องจากเมื่อผู้ผ่านการฟื้นฟูถูกปล่อยตัวออกมา แล้วกลับไปอาศัยอยู่ในชุมชนที่ยังคงมีสภาพแวดล้อมแบบเดิม เช่น ชุมชนมีการว่างงานสูง มีการติดยาเสพติดมีผู้ค้าและผู้เสพยาเสพติด การคบเพื่อนกลุ่มเดิมในชุมชนที่ยังใช้ยาเสพติดอยู่และมีปัญหาอาชญากรรมในชุมชน ความกลมเกลียวในชุมชนต่ำ เป็นต้น⁸⁻¹⁰ จะทำให้คนเหล่านั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าแม้ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดจะพ้นผิดไปแล้วแต่ก็ยังกลับมาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดอีก และถึงแม้จะมีการบำบัดฟื้นฟูผู้กระทำความผิดให้เลิกเกี่ยวข้องกับยาเสพติดได้แล้ว แต่ก็ยังเป็นเพียงระยะเวลาไม่นานก็กลับไปเสพยาเสพติดอีกเช่นกัน ดังนั้น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมของพื้นที่ที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาเสพติดของคนที่อาศัยอยู่ในชุมชน และหากสภาพแวดล้อมของชุมชนที่ผู้กระทำความผิดอาศัยอยู่ไม่ได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลง ผู้กระทำความผิดย่อมมีโอกาสที่จะหวนกลับไปกระทำความผิดได้อีกโดยง่าย^{2,11}

จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดนั้น นอกจากปัจจัยระดับบุคคล (เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น) และปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (เช่น การใช้สารเสพติดของคนในครอบครัวและเพื่อน เป็นต้น)^{10,12} ยังพบว่ามลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมของพื้นที่ที่อาศัยมีบทบาทสำคัญต่อการใช้สารเสพติดเช่นกัน โดยพบว่าหลังผ่านการบำบัดฟื้นฟู ถ้าผู้ผ่านการบำบัดกลับไปอยู่ในชุมชนที่ยังคงมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ใช้ยาเสพติดและติดยาคนเหล่านั้นว่าเป็นคนไม่ดี เป็นคนอันตราย จะทำให้ผู้ผ่านการบำบัดรู้สึกไร้ค่า ถูก

แบ่งแยก และนำไปสู่การกีดกันบุคคลเหล่านี้ออกจากชุมชน¹³⁻¹⁴ ซึ่งทำให้เขาเหล่านั้นกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้อีก^{9,15} ทั้งนี้การถูกตีตราดังกล่าวส่งผลให้ผู้ใช้อาสาเสพติดเกิดการตีตราตนเอง (self-stigma) และมีความเครียดและทำให้มีการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นเพื่อบรรเทาความเครียดดังกล่าว¹⁶ นอกจากนี้ ยังพบว่าชุมชนที่มีความกลมเกลียวและการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการใช้อาสาเสพติดของคนในชุมชนมากขึ้น¹⁷ เมื่อเทียบกับชุมชนที่มีความกลมเกลียวกันของคนในชุมชนสูง และมีเครือข่ายทางสังคมที่คอยสนับสนุนซึ่งกันและกัน¹⁸ โดยความกลมเกลียวในชุมชน (neighborhood cohesion) จะแสดงให้เห็นถึงความผูกพัน แน่นแฟ้น เครือข่ายทางสังคมและความไว้วางใจกันและกันของคนในชุมชน¹⁹ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการตอบสนองทางจิตวิทยาของคนที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชน รวมทั้งเป็นปัจจัยป้องกันการใช้อาสาเสพติดด้วย ดังการศึกษาของ Lin et al.²⁰ และ Kuipers et al.²¹ พบว่าชุมชนที่มีการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนสูง มีความสัมพันธ์กับการลดลงของการสูบบุหรี่และการเสพติดยา

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคมของพื้นที่ที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการใช้อาสาเสพติดของคนในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนและผลทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดกับการเสพยาบ้าในกลุ่มผู้เข้าบำบัดแบบควบคุมตัว ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดจะถูกควบคุมตัวให้เข้าบำบัดฟื้นฟู แบบพักค้างในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นระยะเวลา 4-6 เดือน แต่เมื่อถูกปล่อยตัวให้กลับไปอยู่ในสังคมกลับพบว่ามียาเสพติดที่เสพยาบ้าที่ส่งดังได้กล่าวข้างต้น ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการหรือสิ่งแทรกแซง (intervention) ในการป้องกันการเสพยาบ้าและป้องกันการใช้อาสาเสพติดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชน และผลทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชน และผลทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดกับการเสพยาบ้าของผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional analytic study โดยดำเนินการศึกษาในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระบบบังคับบำบัดที่ดำเนินการโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคใต้ จำนวน 2 แห่ง คือโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ซึ่งมีระยะเวลาวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม-กันยายน 2560 การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE581318 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้าบำบัดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัว ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าคือ 1) เป็นผู้เข้าบำบัดในระบบบังคับบำบัดตาม พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 2) เข้าบำบัดในช่วงเวลาที่ดำเนินการศึกษา 3) เป็นคนไทยและอาศัยอยู่ในจังหวัดพื้นที่ภาคใต้ ประเทศไทยไม่น้อยกว่า 3 เดือน 4) ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือคนที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ครบทุกประเด็น และผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างแบบ Consecutive sampling โดยตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ

ตามเกณฑ์การคัดเลือกจะถูกเลือกมาตามลำดับของการเข้ารับบำบัด (first come first chosen) ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างโดย

ใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร²² ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 374 คน

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 PQ}{d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$Z \alpha/2 = 1.96$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

P = สัดส่วนของผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ ปีงบประมาณ 2559 ของภาคใต้ เท่ากับร้อยละ 67.8²³

Q = 1-P = 0.322

d = maximum allowable error = 0.05

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.678)(0.322)}{(0.05)^2}$$

n 335.5 ~ 336

ปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษาร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Missing data) ดังนี้

$$\begin{aligned} n_{adj} &= \frac{n}{1-R} \\ &= 336/(1-0.10) = 336/0.9 = 374 \end{aligned}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำเอาเครื่องมือของนักวิจัยที่ได้ทำการวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลการเข้าบำบัด เช่น ฐานความผิด ประเภหคดีเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ระยะเวลาใช้ยาเสพติด

2) ข้อมูลปัจจัยระดับบุคคล (individual factors) ได้แก่ อายุ เพศ สถานะการมีงานทำ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และประวัติอาชญากรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด

3) ข้อมูลปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal factors) ได้แก่ การใช้ยาเสพติดของคนในครอบครัวและเพื่อน

4) ข้อมูลปัจจัยระดับชุมชน (neighborhood factors) ได้แก่ การรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชน (Perceived neighborhood cohesion) และมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติด (Stigma surrounding addiction) ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการวัดแบบเชิงอัตนัย (subjective measure) โดยการวัดการรับรู้ของบุคคล (perceived neighborhood measurement) ที่มีต่อตัวแปรดังกล่าวที่เกิดขึ้นในชุมชนที่บุคคลนั้นๆ อาศัยอยู่ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1 การรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบวัดความกลมเกลียวในชุมชนของ Sampson et al.¹⁹ และ Buckner²⁴ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert scale) ให้ระดับคำตอบ

4 ระดับ (four-point scale) คือ 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) 3 (เห็นด้วย) 2 (ไม่เห็นด้วย) 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 18-72 คะแนน และแบ่งคะแนนการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งเป็น 3 ส่วนเท่าๆ กัน (Tertiles) ได้ระดับการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชน ดังนี้ ระดับสูง คือ 64 คะแนนขึ้นไป, ระดับปานกลาง คือ 56-63 คะแนน และระดับต่ำ คือน้อยกว่า 56 คะแนน (ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.94)

4.2 มลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติด ผู้วิจัยได้นำเอาแบบวัดมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดของคนไทยของ มานพ คณะโต และ พุนรัตน์ ลีลิตกุล²⁵ มาใช้ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบรวมคะแนน (summated rating scale) โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 16-120 คะแนน และแบ่งคะแนนมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งเป็น 3 ส่วนเท่าๆ กัน (Tertiles) ดังนี้ ระดับสูง คือ 93 คะแนนขึ้นไประดับปานกลาง คือ 81-92 คะแนน และระดับต่ำ คือน้อยกว่า 81 คะแนน (ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.84)

5) ข้อมูลการใช้ยาเสพติด โดยการสอบถาม ชนิดของยาเสพติดที่เคยใช้ในช่วง 3 เดือนก่อนเข้ารับการรักษา ได้แก่ ยาบ้า กัญชา สารระเหย ไอซ์ เฮโรอีน โคเคน กระต่อม ผีนุ่ เอ็กตาซี และคีตาซีน เป็นต้น และจัดกลุ่มการใช้ยาเสพติดออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่เสพยาบ้า (methamphetamine use) และ 2) กลุ่มที่เสพยาเสพติดชนิดอื่นๆ (other illicit drug use)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทีมผู้วิจัยประสานงานและประชุมชี้แจง ทีมวิจัยของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและปัตตานี เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินงานวิจัย และอบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง จำนวน 8 คน (สามารถ

สื่อสารภาษาถิ่นได้ได้ด้วย) เพื่อชี้แจงรายละเอียดแบบสัมภาษณ์และวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยมาตรฐานเดียวกัน

2. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการสัมภาษณ์ให้ผู้เข้าบำบัดยาเสพติดรับทราบ และกรณีที่ผู้เข้าบำบัดยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบยินยอม และสัมภาษณ์ในห้องที่เป็นส่วนตัวใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อคน โดยอาสาสมัครทุกคนมีสิทธิ์ปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการศึกษาได้ ทั้งนี้ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการศึกษาจะไม่ส่งผลต่อสิทธิในการรักษาพยาบาลและกระบวนการทางกฎหมาย และการให้ข้อมูลเป็นไปโดยความสมัครใจ และบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์โดยไม่มีการระบุชื่อ-สกุล ของผู้เข้ารับการบำบัด ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะจัดทำเป็นรหัส และจะมีการทำลายเอกสารต้นที่หลังจากสิ้นสุดการวิจัย ส่วนการแปลผลข้อมูลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลรายบุคคลของอาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อาทิเช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานะการมีงานทำ รายได้ต่อเดือน ประวัติอาชญากรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และการใช้ยาเสพติดของคนในครอบครัวและเพื่อน และระดับการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชน และมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติด เป็นต้น และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Binary logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนและมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดกับการเสพยาบ้า ซึ่งผู้วิจัยกำหนดกลุ่มอ้างอิงของตัวแปรผลลัพธ์ (Reference group) คือกลุ่มเสพยาเสพติดชนิดอื่นๆ และจากการทบทวนวรรณกรรมได้กำหนดตัวแปรกวนในการศึกษานี้ คือ อายุ เพศ

ระดับการศึกษา สถานะการมีงานทำ รายได้ต่อเดือน ประวัติอาชญากรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และ การใช้ยาเสพติดของคนในครอบครัวและเพื่อน โดย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้เข้าบำบัดยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 81.3) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 81.3) อายุเฉลี่ย 26.2 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 51.3) มีรายได้ต่ำกว่า

5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 38.2) ว่างาน (ร้อยละ 32.6) เคยมีประวัติอาชญากรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด (ร้อยละ 47.1) มีคนในครอบครัว (ร้อยละ 57.2) และเพื่อน (ร้อยละ 57.5) ใช้ยาเสพติด ส่วนการใช้ยาเสพติดพบว่าเสพยาบ้า ร้อยละ 70.6 และเสพยาเสพติดชนิดอื่น ร้อยละ 29.4 (ดังตารางที่ 1) และ ส่วนข้อมูลการเข้าบำบัดพบว่า ส่วนใหญ่มีความผิดเสพยาเสพติด (ร้อยละ 75.7) โดยเป็นคดีเกี่ยวกับยาบ้ามากที่สุด (ร้อยละ 70.6) และมีระยะเวลาใช้ยาเสพติดมานานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 61.0)

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชน และมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติด จำแนกตามการใช้ยาเสพติด

ตัวแปร	จำนวนทั้งหมด (n=374) จำนวน (ร้อยละ)	เสพยาบ้า (n=264) จำนวน (ร้อยละ)	เสพยาเสพติดชนิด อื่นๆ (n=110) จำนวน (ร้อยละ)
ปัจจัยระดับบุคคล			
เพศ			
ชาย	304 (81.3)	216 (81.8)	88 (80.0)
หญิง	70 (18.7)	48 (18.2)	22 (20.0)
อายุ (ปี)			
≥ 18	304 (81.3)	214 (81.1)	90 (81.8)
< 18	70 (18.7)	50 (18.9)	20 (18.2)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	182 (48.7)	130 (49.2)	52 (47.3)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	192 (51.3)	134 (50.8)	58 (52.7)
สถานะการมีงานทำ			
ว่างงาน	122 (32.6)	87 (33.0)	35 (31.8)
มีงานทำ	252 (67.4)	177 (67.0)	75 (68.2)
รายได้ต่อเดือน (บาท)			
<5,000	143 (38.2)	100 (37.9)	43 (39.1)
5,000-8,000	120 (32.1)	85 (32.2)	35 (31.8)
>8,000	111 (29.7)	79 (29.9)	32 (29.1)
ประวัติอาชญากรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด			
มี	176 (47.1)	127 (48.1)	49 (44.5)
ไม่มี	198 (52.9)	137 (51.9)	61 (55.5)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวนทั้งหมด (n=374) จำนวน (ร้อยละ)	เสพยาบ้า (n=264) จำนวน (ร้อยละ)	เสพยาเสพติดชนิด อื่นๆ (n=110) จำนวน (ร้อยละ)
ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล			
คนในครอบครัวใช้ยาเสพติด			
มี	214 (57.2)	167 (63.6)	47 (42.7)
ไม่มี	160 (42.8)	97 (36.7)	63 (57.3)
เพื่อนใช้ยาเสพติด			
มี	215 (57.5)	170 (64.4)	45 (40.9)
ไม่มี	159 (42.5)	94 (35.6)	65 (59.1)

สำหรับระดับการรับรู้ความกลืนเกลียวในชุมชน และมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดของผู้เข้า บำบัดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด พบว่า มีระดับ การรับรู้ความกลืนเกลียวในชุมชนระดับต่ำ (ร้อยละ 37.2) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 32.9) และระดับสูง (ร้อยละ 29.9) และมีระดับมลทินทางสังคมเกี่ยวกับ ยาเสพติดระดับต่ำ (ร้อยละ 28.1) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.0) ระดับสูง (ร้อยละ 36.9) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ความกลืนเกลียวในชุมชน และมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติด จำแนกตามการใช้ ยาเสพติด

ตัวแปร	จำนวนทั้งหมด (n=374) จำนวน (ร้อยละ)	เสพยาบ้า (n=264) จำนวน (ร้อยละ)	เสพยาเสพติดชนิด อื่นๆ (n=110) จำนวน (ร้อยละ)
ปัจจัยระดับชุมชน			
การรับรู้ความกลืนเกลียวในชุมชน			
ระดับต่ำ	139 (37.2)	112 (42.4)	27 (24.5)
ระดับปานกลาง	123 (32.9)	82 (31.1)	41 (37.3)
ระดับสูง	112 (29.9)	70 (26.5)	42 (38.2)
มลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติด			
ระดับต่ำ	105 (28.1)	61 (23.1)	44 (40.0)
ระดับปานกลาง	131 (35.0)	95 (36.0)	36 (32.7)
ระดับสูง	138 (36.9)	108 (40.9)	30 (27.3)

สำหรับการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ความกลืนเกลียวในชุมชน และ มลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดกับการเสพยาบ้า สำหรับการวิเคราะห์แบบ Bivariate พบว่า ความกลืนเกลียวในชุมชนทั้งระดับปานกลาง (OR=0.48, 95%CI:0.28,0.85) และระดับสูง (OR=0.40, 95%CI:0.22,0.79) มีความสัมพันธ์ กับการลดลงของการเสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ส่วนมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติด กลับพบความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้าม โดยพบว่า มลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดทั้งระดับปานกลาง (OR=1.90, 95%CI:1.10,3.28) และระดับสูง

(OR=2.59, 95%CI:1.48,4.54) มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เสพยาเสพติดชนิดอื่นๆ สำหรับการวิเคราะห์ Multivariate โดยควบคุมตัวแปรจนได้แก่อายุ เพศระดับการศึกษา สถานภาพการมีงานทำ รายได้ต่อเดือน ประวัติอาชญากรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และการใช้ยาเสพติดของคนในครอบครัวและเพื่อน ก็พบว่าให้ผลในลักษณะเดียวกันคือ ความกลมเกลียวทางสังคมทั้งระดับปานกลาง (aOR=0.50, 95%CI:0.27,0.92) และระดับสูง (aOR=0.51, 95%CI:0.28,0.95)

มีความสัมพันธ์กับการลดลงของการเสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดในระดับปานกลาง (aOR=1.87, 95%CI:1.04,3.38) และระดับสูง (aOR=2.22, 95%CI:1.21,4.07) มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่าการมีคนในครอบครัว (aOR=2.36, 95%CI:1.46,3.84) และมีเพื่อนใช้ยาเสพติด (aOR=2.51, 95%CI:1.54,4.08) ก็มีความสัมพันธ์กับการเสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชน และมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดกับการเสพยาบ้า

ตัวแปร	การเสพยาบ้า	
	OR (95%CI)	aOR (95%CI)
ปัจจัยระดับชุมชน (Neighborhood factors)		
การรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชน		
ระดับปานกลาง (ref: ระดับต่ำ)	0.48 (0.28,0.85)*	0.50 (0.27,0.92)*
ระดับสูง	0.40 (0.22,0.79)**	0.51 (0.28,0.95)*
มลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติด		
ระดับปานกลาง (ref: ระดับต่ำ)	1.90 (1.10,3.28)*	1.87 (1.04,3.38)*
ระดับสูง	2.59 (1.48,4.54)**	2.22 (1.21,4.07)*
ปัจจัยระดับบุคคล (Individual factors)		
เพศชาย (ref: เพศหญิง)	1.13 (0.64,1.97)	1.13 (0.43,2.96)
อายุ ≥ 18 ปี (ref: <18)	0.95 (0.54,1.69)	0.67 (0.25,1.85)
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ref: มัธยมศึกษาขึ้นไป)	1.08 (0.69,1.68)	1.06 (0.66,1.73)
ว่างงาน (ref: มีงานทำ)	1.05 (0.65,1.69)	1.18 (0.61,2.32)
รายได้ต่อเดือน (บาท) (ref: มากกว่า 8,000 บาท)		
<5,000	0.94 (0.55,1.62)	0.97 (0.48,1.99)
5,000-8,000	0.98 (0.56,1.74)	0.91 (0.49,1.69)
มีประวัติอาชญากรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด (ref: ไม่มีประวัติ)	1.15 (0.74,1.80)	1.02 (0.61,1.70)
ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal factors)		
มีคนในครอบครัวใช้ยาเสพติด (ref: ไม่มี)	2.31 (1.47,3.63)**	2.36 (1.46,3.84)**
มีเพื่อนใช้ยาเสพติด (ref: ไม่มี)	2.61 (1.66,4.12)**	2.51 (1.54,4.08)**

หมายเหตุ: OR=Odds ratio, aOR=Adjusted Odds ratio, CI=confidence interval, ref=Reference group, กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ (กลุ่มอ้างอิง), * $p<0.05$, ** $p<0.01$.

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับมลพิษทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.0) และระดับสูง (ร้อยละ 36.9) สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ดวงจาปา และมานพ คณะโต²⁶ พบว่ากลุ่มผู้เสพผู้ติดยาเสพติดมีระดับตราบาปทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 34.10 และการศึกษาของสินีนุช นันท์สูงเนิน²⁷ พบว่าการรับรู้ตราบาปทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 50.4 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้ยาเสพติดนั้นมีการรับรู้มลพิษทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดจากชุมชนหรือสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ในระดับสูง ส่วนระดับการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนนั้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนระดับต่ำ (ร้อยละ 37.2) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 32.9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al.²⁰ พบว่าผู้ใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่มีความกลมเกลียวในชุมชนระดับปานกลาง และการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนยังเป็นปัจจัยสำคัญนำมาซึ่งการลดการใช้ยาเสพติด

ผลวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า การรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการเสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการใช้สารเสพติด^{10,20} ทั้งนี้อาจเนื่องจากความกลมเกลียวในชุมชนนั้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆ ได้แก่ การแบ่งปันข้อมูลด้านสุขภาพให้แกกันและกัน, มีการยอมรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของชุมชนเพิ่มมากขึ้น และใช้กระบวนการควบคุมทางสังคมเพื่อควบคุมพฤติกรรมเบี่ยงเบนซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ขัดแย้งกับบรรทัดฐานของสังคมให้ลดน้อยลง จึงเป็นไปได้ว่าการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนนั้น ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนหรือแบ่งปัน

ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพและอันตรายจากการใช้สารเสพติด รวมทั้งการห้ามปรามการใช้สารเสพติด และนำไปสู่การสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเพื่อต่อต้านการใช้สารเสพติดในชุมชนตามมา^{20,28} และคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีเครือข่ายทางสังคมที่มาก มีความกลมเกลียวกัน และไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นไปได้ว่าปัจจัยเหล่านี้ ทำให้โอกาสการใช้ยาเสพติดของคนในชุมชนลดน้อยลงไปด้วย¹⁸ นอกจากนี้อีกเหตุผลหนึ่งคือในประเทศไทยยาบ้าเป็นยาเสพติดหลักที่ใช้มากในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด ดังนั้นจึงมีการส่งเสริมการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมในชุมชนเพื่อต่อต้านยาเสพติด รวมทั้งการรณรงค์การต่อต้านการเสพยาหรือค้ายาบ้าผ่านกิจกรรมต่างๆ และสนับสนุนให้สมาชิกในชุมชนช่วยกันสอดส่องดูแลพฤติกรรมของคนในชุมชนที่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดทั้งผู้เสพ ผู้ค้า ในชุมชนของตนเอง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวอาจจะเป็นสิ่งที่ทำให้การใช้ยาเสพติดในชุมชนลดลงได้²⁹ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ยังแย้งกับหลายๆ การศึกษา เช่น Byrnes et al.³⁰ และ Tucker et al.³¹ ซึ่งพบว่า การรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ทั้งนี้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากความแตกต่างในหลายๆ ประเด็น เช่น ประชากรที่ศึกษา วิธีการวัดตัวแปรความกลมเกลียวในชุมชน เป็นต้น โดยการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมามักจะทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหรือกลุ่มประชากรทั่วไป และการวัดการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนโดยใช้หน่วยการวัดข้อมูลระดับกลุ่ม (aggregate-level unit) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดทั้งวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และวัดการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนโดยใช้หน่วยการวัดระดับบุคคล (Individual-level unit)

นอกจากนี้ ยังพบว่ามลพิษทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ คนที่อาศัย

อยู่ในชุมชนที่มีมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดสูงจะมีโอกาสเสพยาบ้ามากขึ้นด้วย และผู้ใช้ยาเสพติดยังถูกตีตราอย่างมากจากคนในชุมชน^{32,34} และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tomori et al.⁹ Livingston et al.¹⁵ พบว่า มลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดมีอิทธิพลต่อการเพิ่มขึ้นของการใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องมาจากหากผู้ใช้ยาเสพติดหรือแม้แต่ผู้ที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูแล้วก็ตามอาศัยอยู่ในชุมชนที่ยังคงมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ใช้ยาเสพติดและตีตราคนเหล่านั้นว่าเป็นคนไม่ดี เป็นคนอันตราย ไม่น่าเชื่อถือ ซึ่งทัศนคติดังกล่าวจะทำให้เกิดการตอบสนองทางสังคมที่มีต่อผู้ใช้ยาเสพติด เช่น โกรธเคือง หวาดระแวง หลีกหนี หรือเป็นบุคคลที่ควรได้รับการลงโทษ และยังมีอิทธิพลทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดเกิดการตีตราตนเอง (Self-stigma) ซึ่งเป็นการลดทอนคุณค่าในตัวเองและยังส่งผลเสียอื่นๆ ต่อพวกเขาตามมา เช่น การละเมิดสิทธิมนุษยชน การแบ่งแยกทางสังคม เลิกยาเสพติดได้ช้าลง หรืออาจจะเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำเพิ่มขึ้น^{15,34} และนอกจากนี้การถูกตีตราดังกล่าวยังส่งผลให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีความเครียดและมีการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นเพื่อบรรเทาความเครียดดังกล่าว และหวนกลับไปคบเพื่อนกลุ่มเดิมที่ยังคงใช้ยาเสพติด เนื่องจากเพื่อนกลุ่มนี้ เคยมีประสบการณ์แบบเดียวกันและมีความเข้าใจซึ่งกันและกันดี ซึ่งทำให้เพิ่มโอกาสการใช้ยาเสพติดมากขึ้นด้วย¹⁶

สรุปผล

การรับรู้ความกลุมเกลียวในชุมชนเป็นปัจจัยที่ทำให้โอกาสการใช้ยาเสพติดน้อยลง ส่วนมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดนั้นส่งผลให้โอกาสการใช้ยาเสพติดมากขึ้น ดังนั้น ในการกำหนดมาตรการหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาเสพติดควรนำปัจจัยเหล่านี้ซึ่งเป็นปัจจัยระดับชุมชนมาร่วมพิจารณาด้วย โดยไม่เน้นเฉพาะการกำหนดมาตรการแทรกแซงในระดับบุคคลเท่านั้น เนื่องจากเมื่อผ่านการบำบัดแล้วส่วนใหญ่บุคคลเหล่านี้ก็กลับไปใช้ชีวิต

ในชุมชนที่อยู่เดิม ด้วยการส่งเสริมให้ชุมชนเกิดความสามัคคี ความกลมเกลียว ความไว้วางใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และร่วมกันสร้างการยอมรับและให้โอกาสผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ เช่น การลดมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดของคนในชุมชน หรือการสร้างการยอมรับผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู หรือการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดภายในชุมชน เป็นต้น สำหรับการศึกษาครั้งต่อไปอาจจะศึกษาในประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้เข้าบำบัดในระบบสมัครใจ และกลุ่มเยาวชน เป็นต้น หรือศึกษาชนิดสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย เช่น บุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการศึกษาสถานการณ์และผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ติดยาเสพติดของระบบบังคับบำบัดในประเทศไทย : กรณีสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยขอขอบคุณ แผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2558-กรกฎาคม พ.ศ. 2560 ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูล และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและปัตตานี ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

References

1. Werb D, Kamarulzaman A, Meacham MC, et al. The effectiveness of compulsory drug treatment: a systematic review. *Int J Drug Policy* 2016 Feb;28:1-9.
2. Kamarulzaman A, McBrayer JL. Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia. *Int J Drug Policy* 2015;26 (Suppl 1):S33-7.

3. Thomson N. Detention as treatment: detention of methamphetamine users in Cambodia, Laos, and Thailand; 2010. [cited 2017 Dec 30]; p.23-28. Available from: <https://is.gd/AQapVb>.
4. Csete J, Kaplan K, Hayashi K, et al. Compulsory drug detention center experiences among a community-based sample of injection drug users in Bangkok, Thailand. *BMC Int Health Hum Rights* 2011;11:1-6.
5. Department of Probation. Statistics of drug offenders in Thailand [Internet]. Department Operation Center [cited 2017 Jan 10]. Available from: http://164.115.41.115/doc_dop/file/ategories%2020180110023613-0026101014.pdf (in Thai).
6. Office of the Narcotics Control Board (ONCB). The drug problem situation [Internet]. Office of the Narcotics Control Board (ONCB) [cited 2017 Jan 10]. Available from: https://www.oncb.go.th/ONCB_OR9/Pages/default.aspx (in Thai).
7. Kallanasute K, Surapat A, Kaewseengam J. The evaluation of rehabilitation of offenders in communities. Bangkok: Department of Probation, Ministry of Justice; 2010, p. 57. (in Thai).
8. Rogers JD, Ramaswamy M, Cheng C, et al. Perceptions of neighborhood social environment and drug dependence among incarcerated women and men: a cross-sectional analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2012;7(1):1-13.
9. Tomori C, Go VF, Tuan LN, et al. In their perception we are addicts: Social vulnerabilities and sources of support for men released from drug treatment centers in Vietnam. *Int J Drug Policy* 2014;25(5):897-904.
10. Mennis J, Stahler GJ, Mason MJ. Risky substance use environments and addiction: a new frontier for environmental justice research. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(6):607.
11. Tillyer MS, Vose B. Social ecology, individual risk, and recidivism: A multilevel examination of main and moderating influences. *J Crim Just* 2011; 39(5):452–59.
12. Foo YC, Tam CL, Lee TH. Family factors and peer influence in drug abuse: a study in rehabilitation centre. *Int J Collab Res Intern Med Public Health* 2012;4(3):190-201.
13. Kulesza M, Larimer ME, Rao D. Substance Use Related Stigma: What we Know and the Way Forward. *J Addict Behav Ther Rehabil* 2013;2(2):1-22.
14. Matthews S, Dwyer R, Snoek A. Stigma and Self-Stigma in Addiction. *Bioethical Inquiry* 2017;14(2):275-86.
15. Livingston JD, Milne T, Fang ML, et al. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction* 2012;107(1):39-50.

16. Toronto Drug Strategy Implementation Panel. Stigma, discrimination & substance use: Experiences of people who use alcohol and other drugs in Toronto. [cited 2015 May 4]; p.16-18. Available from: <https://is.gd/m4f6qq>.
17. Monnat SM, Rigg KK. Examining rural/urban differences in prescription opioid misuse among U.S. adolescents. *J Rural Health* 2016;32(2):204-18.
18. Keyes KM, Cerdá M, Brady JE, et al. Understanding the rural–urban differences in nonmedical prescription opioid use and abuse in the United States. *American Journal of Public Health* 2014;104(2):52-9.
19. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997;277(5328):918-24.
20. Lin EY, Witten K, Casswell S, et al. Neighbourhood matters: perceptions of neighbourhood cohesiveness and associations with alcohol, cannabis and tobacco use. *Drug Alcohol Rev* 2012; 31(4):402-12.
21. Kuipers MA, van Poppel MN, van den Brink W, et al. The association between neighborhood disorder, social cohesion and hazardous alcohol use: a national multilevel study. *Drug Alcohol Depend* 2012;126(1-2):27-34.
22. Chirawatkul A, Laopailoon M, Jeeraporn K, et al. Biostatistics for health science research. Khon Kaen: Department of Biostatistics and Demography, Faculty of Public Health, Khon Kaen University; 2004 (in Thai).
23. Bureau of Health Administration. (2016). Drug monitoring and surveillance system. [cited 2017 Jan 20]. Available from: <http://antidrug.moph.go.th/beta2/> (in Thai).
24. Buckner JC. The development of an instrument to measure neighborhood cohesion. *Am J Community Psychol* 1988;16(6):771-91.
25. Kanato M, Leyatikul P. Thai addiction stigma scale. *Community Health Dev* 2014;2(2):1-18 (in Thai).
26. Duangjampha B, Kanato M. A Comparative study on Social Stigma regarding Illicit Drugs between Drug Users and general population in Nampong District, Khon Kaen Province. *Community Health Dev* 2015;3(2):1-12 (in Thai).
27. Nunsoongnern S. Selected factors related to perceived stigma of patients with amphetamine dependence [Thesisi]. [Bangkok]: Chulalongkorn University, Bangkok; 2016 (in Thai).
28. Chuang YC, Chuang KY1, Yang TH. Social cohesion matters in health. *Int J Equity Health* 2013;12(87):1-12.
29. Office of the Narcotics Control Board (ONCB). Drug abuse prevention and solving action plan in 2015-2019. [cited 2015 Dec 1]; p.58-60. Available from: <https://is.gd/PMCFTu> (in Thai).

30. Byrnes HF, Miller BA, Chamrathirong A, et al. The roles of perceived neighborhood disorganization, social cohesion, and social control in urban Thai adolescents' substance use and delinquency. *Youth Soc* 2013;45(3):404-27.
31. Tucker JS, Pollard MS, De La Haye K, et al. Neighborhood characteristics and the initiation of marijuana use and binge drinking. *Drug Alcohol Depend* 2013;128(1-2):83-9.
32. Mattoo SK, Sarkar S, Gupta S, et al. Stigma Towards Substance use: Comparing Treatment Seeking Alcohol and Opioid Dependent men. *Int J Ment Health Addiction* 2015; 13:73-8.
33. Sorsdahl K, Stein DJ, Myers B. Negative attributions towards people with substance use disorders in South Africa: variation across substances and by gender. *BMC Psychiatry* 2012;12:101-8.
34. Luo T, Wang J, Li Y, et al. Stigmatization of people with drug dependence in China: a community-based study in Hunan province. *Drug and Alcohol Dependence* 2014;134:285-9.