

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การติดตามและการเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้เสพยาเสพติด ของกลุ่มประชาชนในชุมชน กลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐ กลุ่มผู้เสพยาบ้าและครอบครัว: กรณีศึกษา อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท

ลำพวน ใจแสน ศศ.ม. (วิทยาการเสพติด)

บั้งอร เทพเทียน ปร.ด. (พฤติกรรมศาสตร์)

เนตร หงษ์ไกรเลิศ ปร.ด. (เทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา)

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการติดตามและการเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้เสพยาเสพติดของกลุ่มประชาชนในชุมชน ผู้ให้บริการภาครัฐ ผู้เสพยาบ้าและครอบครัว เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 950 คน เป็นประชาชนในชุมชนใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 396 คน ผู้ให้บริการภาครัฐ (สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง) จำนวน 328 คน ผู้เสพยาบ้า (สุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ) และครอบครัว (สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง) จำนวน 113 ราย/ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-65 ปี เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม เก็บข้อมูลในเดือนมกราคม-มีนาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ t-test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้บริการภาครัฐที่เป็นผู้บังคับใช้กฎหมายมีการติดตามและการเลือกปฏิบัติต่อผู้เสพยาบ้ามากกว่ากลุ่มอื่น เมื่อเปรียบเทียบการติดตามและการเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้เสพยาบ้ากับเพศ (1) พบว่าประชาชนในชุมชนที่เป็นเพศหญิงมีการติดตามและการเลือกปฏิบัติมากกว่าเพศชาย และผู้เสพยาบ้าที่เป็นเพศชายมีการติดตามและการเลือกปฏิบัติมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ (2) อายุ พบว่าอายุที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการติดตามและการเลือกปฏิบัติ (3) ระดับการศึกษา พบว่า ครอบครัวผู้เสพยาบ้าที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่ามีการติดตามและการเลือกปฏิบัติมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญ และ (4) พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ พบว่าประชาชนในชุมชนที่ไม่สูบบุหรี่มีการติดตามและการเลือกปฏิบัติมากกว่าประชาชนในชุมชนที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ โดยสรุปปัจจัยด้านเพศ และระดับการศึกษามีผลต่อการติดตามและการเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้เสพยาบ้า ข้อเสนอแนะ ผู้บังคับใช้กฎหมายยังมีการติดตามและการเลือกปฏิบัติต่อผู้เสพยาเสพติด ควรส่งเสริมทัศนคติในเชิงบวกให้มากขึ้น เพื่อลดการติดตามและการเลือกปฏิบัติต่อผู้เสพยา ควรเสริมสร้างสัมพันธภาพ สร้างแรงจูงใจที่ดี ส่งเสริมการเข้าถึงบริการในการบำบัดรักษา ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดและครอบครัวได้มีโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การติดตาม, การเลือกปฏิบัติ, ผู้เสพยาบ้า

บทนำ

Erving Goffman ได้กล่าวว่า การตีตรา (stigma) เป็น การสร้างรอยมลทินให้กับบุคคลไม่เป็นที่ต้องการหรือถูก สังคมรังเกียจทำให้สูญเสียชื่อเสียง เปลี่ยนมุมมองที่บุคคล นั้นมองตนเองหรือถูกมองโดยผู้อื่น⁽¹⁾ ซึ่งมีองค์ประกอบ ที่สัมพันธ์กันคือการตีตราสังคม (public stigma) และการ ตีตราตนเอง (self-stigma)⁽²⁾ การตีตราเป็นการ ตัดสินบุคคลเป็นคนไม่ดีแตกต่างจากผู้อื่นไม่เป็นที่ยอมรับ ทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม และจำกัดการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น⁽³⁾ เป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกอยู่ใน นโยบาย สถาบันทางสังคมและกฎหมายมายาวนาน⁽⁴⁾ การตีตราตนเองเป็นความอับยศ (stigmatized) ที่เกิดขึ้น จากภายใน หากบุคคลยอมรับแบบแผนวัฒนธรรมเชิงลบ จากสังคมนั้น เขาจะรู้สึกสมควรที่จะได้รับการถูกตำหนิ เกิดความละอายใจ และหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่พวกเขา ไม่ต้องการเผชิญ การตีตรายังเป็นอุปสรรคต่อการขอรับ ความช่วยเหลือและการรักษา⁽⁵⁾ นอกจากนี้ การตีตรายัง ส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติ (discrimination) ผู้ที่ใช้อำนาจ ในการเลือกปฏิบัติจะลดคุณค่าของบุคคล และตัดสินเป็น ชนชั้นต่ำ⁽⁶⁾ การเลือกปฏิบัติส่งผลทำให้เกิดการตีตราใน ผู้ป่วยทางจิตและใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีผลกระทบ อย่างถาวร พบว่าร้อยละ 65.0 ถูกมองว่าเป็นคนด้อยต่ำ ร้อยละ 72.0 นายจ้างปฏิเสธการจ้างงาน และร้อยละ 62.0 ได้รับการปฏิเสธที่จะแต่งงานด้วย และจากติดตามพบว่ การรักษาทำให้ผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น แต่การถูกตีตรา หรือการถูกปฏิเสธไม่ได้ลดลง ส่งผลอย่างถาวรต่อจิตใจ และความเป็นอยู่ของบุคคลนั้น⁽⁷⁾ การวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องการตีตราเกี่ยวกับแนวคิดการฟื้นฟูสภาพในประเทศ อังกฤษในกลุ่มผู้ใช้ยาฉีดทางหลอดเลือดดำจากหน่วยงาน ที่ให้การรักษาโดยสมัครใจในเมืองบอร์เดอร์ และสก๊อต- แลนด์ตะวันตก พบว่าปัญหาทางการเงินและแรงกดดัน ทางสังคมส่งผลให้ผู้ใช้ยารู้สึกเหมือนเป็นแกะดำ บางคน ต้องการยามากขึ้นโดยเปลี่ยนมาเป็นยาฉีด การเข้าถึงการ รักษาต้องมีลักษณะเป็นคนติดยาเพื่อจะสามารถรับยานั้น ได้ และถ้าไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดจะถูกตำหนิ ทำให้เกิด

ช่องว่าง ระหว่างผู้ให้บริการกับผลลัพธ์ของการรักษา และ ต้องใช้ความพยายามอย่างมากหรืออาจใช้เวลาตลอด ชีวิตสำหรับบางคน ซึ่งการไม่ใช้ยาเสพติดเท่านั้นที่เป็น เป้าหมายหลักในการรักษาที่ประสบความสำเร็จ⁽⁸⁾ การ ตีตราและการเลือกปฏิบัติอยู่ภายใต้บรรทัดฐาน และ กระบวนการของสังคม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการ ตีตราและการเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้เสพยาเสพติด ทั้งมิติ สังคม และมิติตนเอง โดยทำการศึกษาในกลุ่มประชาชน ทั่วไป กลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐ กลุ่มผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ซึ่งใช้หลักแนวคิดของ Erving Goffman นำมากำหนด กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยในครั้งนี้⁽¹⁾

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ดำเนินการ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2559 พื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท แบ่ง เขตการปกครองเป็น 8 ตำบล 100 หมู่บ้าน ประชากร เป้าหมายในการวิจัยใช้วิธีการสุ่มเลือกหลากหลายวิธี ตามหลักการ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-65 ปี รวม จำนวนทั้งหมด 950 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐ ประกอบด้วย (1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน (2) ผู้บังคับใช้กฎหมาย (3) ผู้นำชุมชน (ใช้วิธีสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจงระบุ เป็นผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด) และ (4) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย) มีจำนวนทั้งหมด 328 คน

2. กลุ่มประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย (1) ประชาชน ในชุมชน (สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย) และ (2) กลุ่ม ครอบครัวผู้เสพยาบ้า (สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยสุ่มเลือกจากสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวของผู้เสพยาบ้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย) มีจำนวนทั้งหมด 509 คน

3. กลุ่มผู้เสพยาบ้า (สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็น

ระบบ) มีจำนวนทั้งหมด 113 คน (ภาพที่ 1)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์กลุ่มประชาชนทั่วไป

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้เสพยาบ้า

เครื่องมือทั้ง 3 ชุดได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้รับ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นำมาปรับใช้โดยการหาค่าความเชื่อมั่น ผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านแปลภาษา และเนื้อหาเพื่อปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกันแต่พื้นที่ต่างกัน การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือชุดที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 0.84, 0.84 และ

0.81 ตามลำดับ รายละเอียดมีดังนี้

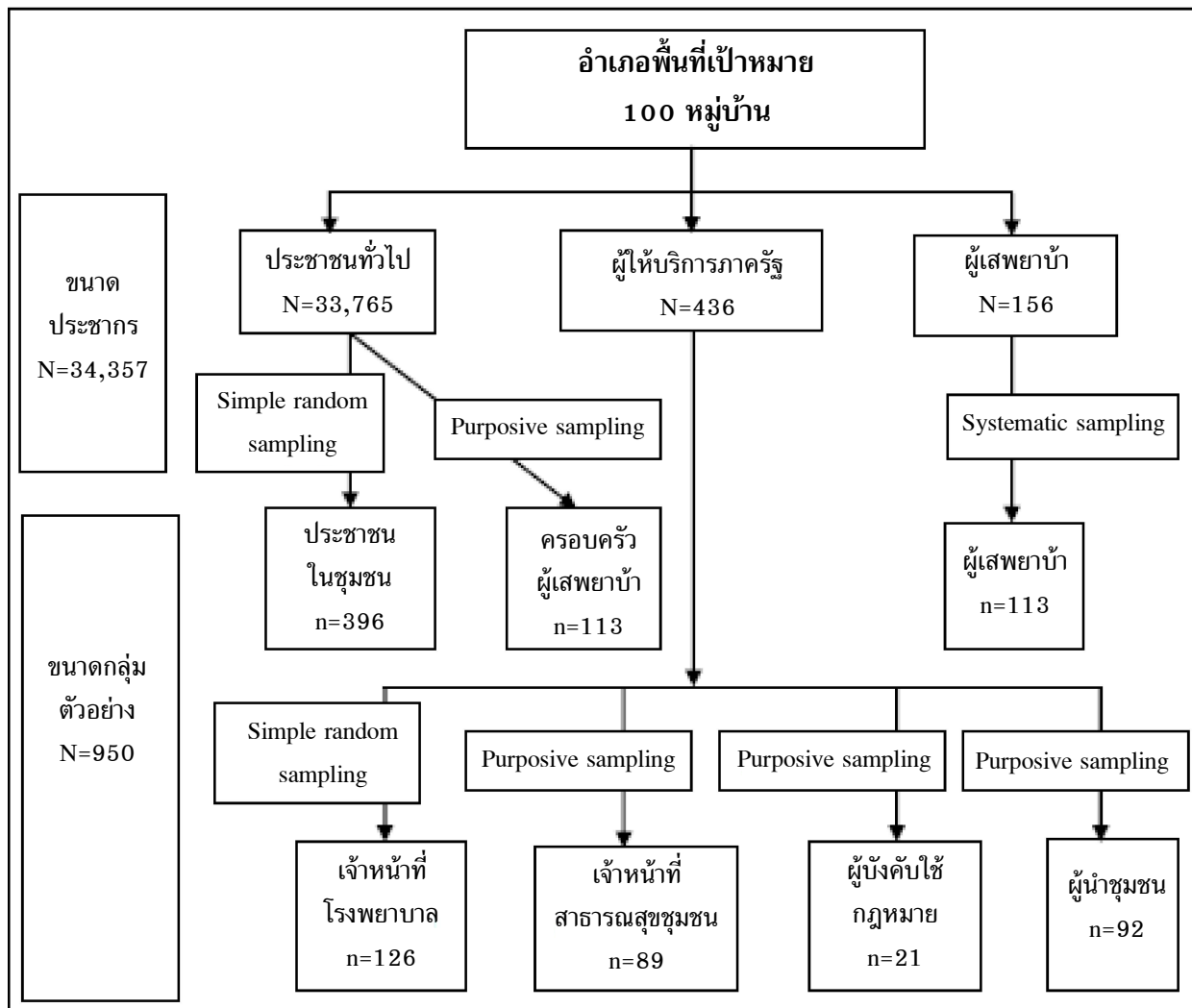
ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐ⁽⁹⁾ (58 ข้อ) แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ และแบบสอบถามการ ตีตราและการเลือกปฏิบัติ 49 ข้อ มี 3 ด้าน คือ

- 1) ด้านความกลัว (ข้อ 1-8, 21-28)
- 2) ด้านการให้คุณค่า (ข้อ 9-20, 29-40)
- 3) ด้านการได้รับประสบการณ์ (ข้อ 41-49)

โดยคำตอบเป็นการแสดงความคิดเห็นมีค่าคะแนน การวัด 1-4 คะแนน

- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1
- ไม่เห็นด้วย = 2
- เห็นด้วย = 3
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4

ภาพที่ 1 วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



ยกเว้นข้อ 1 และ 21 ให้กลับค่าคะแนนก่อนนำมารวม คะแนนรวมสูงหมายถึงมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติสูง ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์กลุ่มประชาชนทั่วไป⁽⁴⁾ (32 ข้อ) แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป 11 ข้อ และแบบสอบถาม การตีตราและการเลือกปฏิบัติ 21 ข้อ มี 4 ด้าน คือ

1) ด้านความคุ้นชิน (ข้อ 1-6)

คำตอบเป็นการแสดงความคิดเห็นมีค่าคะแนนการวัด 1-2 คะแนน [ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 2] คะแนนรวมสูงหมายถึง ไม่มีการตีตรา

2) ด้านการรับรู้อันตราย (ข้อ 7-11)

คำตอบเป็นการแสดงความคิดเห็นมีค่าคะแนนการวัด 1-6 คะแนน

- ไม่เห็นด้วยน้อย = 1

- ไม่เห็นด้วยปานกลาง = 2

- ไม่เห็นด้วยมาก = 3

- เห็นด้วยน้อย = 4

- เห็นด้วยปานกลาง = 5

- เห็นด้วยมาก = 6

คะแนนรวมสูงหมายถึงมีการตีตราสูง

3) ด้านความกลัว (ข้อ 12-14)

คำตอบเป็นการแสดงความคิดเห็น 10 ระดับมีค่า

คะแนนการวัด 1-10 คะแนน [น้อยที่สุด = 1 ถึงมากที่สุด = 10] คะแนนรวมสูงหมายถึงมีการตีตราสูง

4) ด้านระยะทางสังคม (ข้อ 15-21)

คำตอบเป็นการแสดงความคิดเห็นมีค่าคะแนนการวัด 1-4 คะแนน [ไม่ได้เลย = 1, ไม่แน่ใจ = 2, ได้บ้างบางครั้ง = 3, ได้แน่นอน = 4] คะแนนรวมสูงหมายถึง มีการตีตรา และการเลือกปฏิบัติสูง

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้เสียหาย⁽¹⁰⁾ (59 ข้อ) แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไปจำนวน 19 ข้อ และแบบสอบถาม การตีตราและการเลือกปฏิบัติจำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1) ด้านการหลีกเลี่ยง (ข้อ 1-13)

2) ด้านการให้ความเชื่อถือ (ข้อ 14-23)

3) ด้านการลดค่าตนเอง (ข้อ 24-31)

4) ด้านความกลัวที่ได้รับ (ข้อ 32-40)

โดยคำตอบเป็นการแสดงความคิดเห็นมีค่าคะแนนการวัด 1-4 คะแนน [ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1, ไม่เห็นด้วย = 2, เห็นด้วย = 3, เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4] ยกเว้นข้อ 20, 22 - 24, 29 - 31, 36, 38 - 40 ให้กลับค่าคะแนนก่อนนำมารวม คะแนนรวมสูงหมายถึง มีการตีตราและการเลือกปฏิบัติสูง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เครื่องมือการวัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ และการหาคุณภาพของเครื่องมือ

กลุ่ม	องค์ประกอบ	จำนวนข้อคำถาม	คะแนนการวัด	ค่าความเชื่อมั่น
ผู้ให้บริการภาครัฐ	1) ความกลัว (fear)	8 ข้อ	1-4 คะแนน	0.84
	2) การให้คุณค่า (value driven)	12 ข้อ	1-4 คะแนน	
	3) ประสบการณ์ (experienced)	9 ข้อ	1-4 คะแนน	
ผู้เสียหาย	1) การหลีกเลี่ยง (avoidance)	13 ข้อ	1-4 คะแนน	0.81
	2) การให้ความเชื่อถือ (values-disengagement)	10 ข้อ	1-4 คะแนน	
	3) การลดค่าตนเอง (self-devaluation)	8 ข้อ	1-4 คะแนน	
	4) ความกลัวที่ได้รับ (fear of enacted)	9 ข้อ	1-4 คะแนน	
ประชาชนทั่วไป	1) ความคุ้นชิน (familiarity)	6 ข้อ	1-2 คะแนน	0.84
	2) การรับรู้อันตราย (perceived dangerousness)	5 ข้อ	1-6 คะแนน	
	3) ความกลัว (fear)	3 ข้อ	1-10 คะแนน	
	4) ระยะทางสังคม (social distance)	7 ข้อ	1-4 คะแนน	

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ลักษณะการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การเปรียบเทียบการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ลักษณะทางชีวสังคมในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา พฤติกรรมการติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ใช้สถิติเชิงพรรณนา และ t-test

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยมหิดล รหัส 2015/404.0401

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

กลุ่มประชาชนทั่วไป (ประชาชนในชุมชน และครอบครัวผู้เสพยา) พบว่า ประชาชนในชุมชน (396 คน) สองในสามเป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 42 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า และครอบครัวผู้เสพยา (113 คน) พบว่า สองในสามเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 47 ปี สามในสี่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ส่วนกลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (215 คน) สามในสี่เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 41 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า และผู้บังคับใช้กฎหมาย/ผู้นำชุมชน (113 คน) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีอายุเฉลี่ย 45 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า

ในด้านพฤติกรรมการติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ พบว่า ประชาชนในชุมชนมีการติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์มากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาได้แก่ ครอบครัวผู้เสพยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บังคับใช้กฎหมาย/ผู้นำชุมชน ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่าครอบครัวผู้เสพยามีการสูบบุหรี่มากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาได้แก่ ผู้บังคับใช้กฎหมาย/ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามลำดับ และในกลุ่มของผู้เสพยา (113 คน) พบว่าเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย มีอายุ

เฉลี่ย 31 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า เกือบครึ่งหนึ่งใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมกับการเสพยา พบว่ามีการเสพยาบ้างร่วมกับบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาได้แก่ เครื่องดื่มกระตุ้น ประสาท และยากดประสาท ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

2. ผลการวิเคราะห์ลักษณะการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้เสพยาของประชาชนทั่วไป ผู้ให้บริการภาครัฐและผู้เสพยา รายละเอียดมีดังนี้

1) การตีตราและการเลือกปฏิบัติของประชาชนในชุมชน และครอบครัวผู้เสพยา มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความคุ้นชิน (familiarity) (2) การรับรู้อันตราย (perceived dangerousness) (3) ความกลัว (fear) และ (4) ระยะทางสังคม (social distance) จากการศึกษาในกลุ่มประชาชนในชุมชนมีค่าเฉลี่ยการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้เสพยามากกว่าครอบครัวผู้เสพยาในทุกองค์ประกอบ (ภาพที่ 2)

2) การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้เสพยาของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมาย และผู้นำชุมชน มีทั้งหมด 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความกลัว (fear) (2) การให้คุณค่า (value driven) (3) การได้รับประสบการณ์ (experienced) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการทั้ง 4 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้เสพยาใกล้เคียงกันในทุกองค์ประกอบ ยกเว้นกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนและผู้นำชุมชน มีค่าเฉลี่ยการตีตราและการเลือกปฏิบัติองค์ประกอบประสบการณ์มากกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมาย (ภาพที่ 3)

3) การตีตราและการเลือกปฏิบัติของกลุ่มผู้เสพยา มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การหลีกเลี่ยง (avoidance) (2) การให้ความเชื่อถือ (values-disengagement) (3) ความกลัวที่ได้รับ (fear of enacted) (4) การลดค่าตนเอง (self-devaluation)

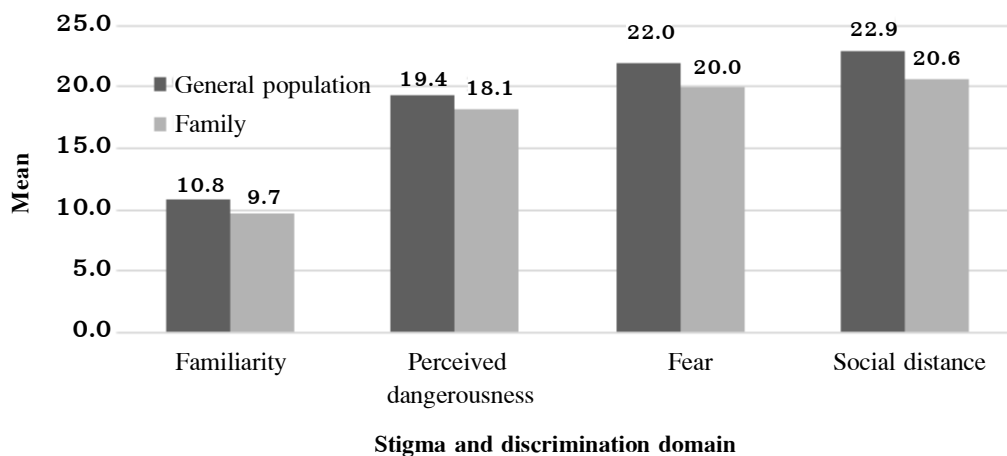
จากการศึกษาในกลุ่มผู้เสพยามีค่าเฉลี่ยการตีตราและ

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมาย/ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชน ครอบครัวผู้เสียหายและผู้เสียหาย

ลักษณะประชากร	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		ผู้บังคับใช้กฎหมาย ผู้นำชุมชน		ประชาชน ในชุมชน		ครอบครัว ผู้เสียหาย		ผู้เสียหาย	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
	เพศ									
ชาย	57	26.5	96	85.0	160	40.4	51	45.1	106	93.8
หญิง	158	73.5	17	15.0	236	59.6	62	54.9	7	6.2
อายุ (ปี)										
≤ 24	13	6.1	1	0.9	33	8.3	13	11.5	38	33.6
> 24	202	93.9	112	99.1	363	91.7	100	88.5	75	66.4
ระดับการศึกษา										
ประถมศึกษา	31	14.4	7	6.2	186	47.0	83	73.5	38	11.6
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	184	85.6	106	93.8	210	53.0	30	26.5	290	88.4
พฤติกรรมกรดืมแอลกอฮอล์										
ไม่ดืม	141	65.6	86	76.1	207	52.3	68	60.2	na	na
ดืม	74	34.4	27	23.9	189	47.7	45	39.8	na	na
พฤติกรรมกรสูบบุหรี่										
ไม่สูบ	186	86.5	80	70.8	336	84.8	79	39.9	na	na
สูบ	29	13.5	33	29.2	60	15.2	34	30.1	na	na
กรใช้สารเสฟตีดชนิดอื่นร่วมกับยาบ้า										
ไม่ใช้	na	na	na	na	na	na	na	na	65	57.5
ใช้	na	na	na	na	na	na	na	na	48	42.5

หมายเหตุ: สารเสฟตีดชนิดอื่น หมายถึง บุหรี่ เครื่องดืมแอลกอฮอล์ เครื่องดืมกระตุ้นประสาท และยากดประสาท

ภาพที่ 2 ค่าเฉลี่ยของการตีตราและการเลือกปฏิบัติของกลุ่มประชาชนในชุมชน และครอบครัวของผู้เสียหายในแต่ละองค์ประกอบ



การเลือกปฏิบัติด้านการหลีกเลี่ยง มากกว่าทุกองค์ประกอบ รองลงมาได้แก่ การให้ความเชื่อถือ ความกลัวที่ได้รับ และการลดค่าตนเอง ตามลำดับ (ภาพที่ 4)

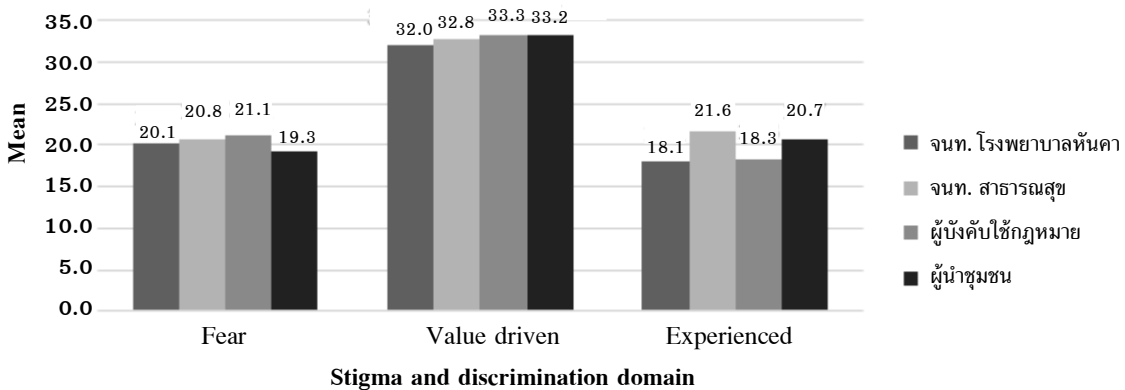
เมื่อวิเคราะห์สัดส่วนของการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้เสพยาบ้าใน 2 กลุ่มคือ (1) น้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย และ (2) กลุ่มมากกว่าค่าเฉลี่ย พบว่าผู้บังคับใช้กฎหมายมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้เสพยาบ้ามากกว่ากลุ่มอื่น (ร้อยละ 71.4) รองลงมาได้แก่ ประชาชนในชุมชน (ร้อยละ 56.3) และครอบครัวผู้เสพยาบ้า (ร้อยละ 54.9) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มผู้เสพยาบ้า พบว่ามีการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อตนเองน้อยกว่ากลุ่มอื่น (ร้อยละ 47.8) (ตารางที่ 3)

3. ผลการเปรียบเทียบการตีตราและการเลือกปฏิบัติลักษณะทางชีวสังคมในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา

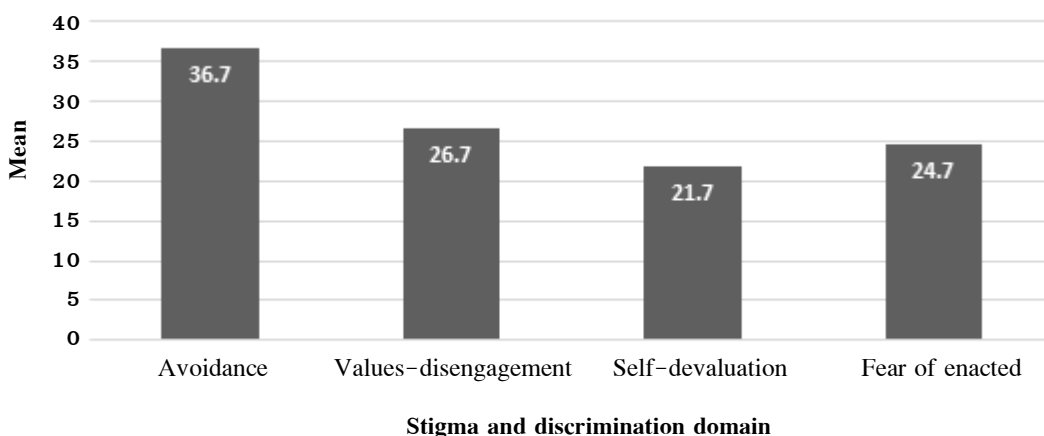
และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาการเปรียบเทียบการตีตราและการเลือกปฏิบัติลักษณะทางชีวสังคมในเรื่องเพศ พบว่าประชาชนในชุมชนที่เป็นเพศหญิงมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้เสพยาบ้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) กลุ่มผู้เสพยาบ้าที่เป็นเพศชายมีการตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อตนเองมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ส่วนครอบครัวผู้เสพยาบ้าที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า มีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้เสพยาบ้ามากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ในเรื่องพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ พบว่าประชาชนในชุมชนที่ไม่สูบบุหรี่ มีการตีตราและการ

ภาพที่ 3 ค่าเฉลี่ยของการตีตราและการเลือกปฏิบัติของกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน กลุ่มผู้บังคับใช้กฎหมาย และกลุ่มผู้นำชุมชน ในแต่ละองค์ประกอบ



ภาพที่ 4 ค่าเฉลี่ยของการตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้เสพยาบ้าในแต่ละองค์ประกอบ



เลือกปฏิบัติต่อผู้เสียหายบ้างมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) และกลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐที่มีคุณลักษณะทางประชากรต่างกัน มีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้เสียหายบ้างไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 การตีตราและการเลือกปฏิบัติในแต่ละกลุ่มประชากร

ประชากร	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		คะแนน		การตีตราและการเลือกปฏิบัติ			
			ต่ำสุด	สูงสุด	น้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย		มากกว่าค่าเฉลี่ย	
					จำนวน	%	จำนวน	%
ประชาชนในชุมชน (n=396)	79.0	13.0	29	100	173	43.7	223	56.3
ครอบครัวผู้เสียหาย (n=113)	71.0	17.0	38	98	51	45.1	62	54.9
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (n=126)	120.1	15.2	70	167	58	46.0	68	54.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน (n=89)	126.3	19.0	66	171	41	46.1	48	53.9
ผู้บังคับใช้กฎหมาย (n=21)	126.0	21.0	67	178	6	28.6	15	71.4
ผู้นำชุมชน (n=92)	124.0	17.0	94	172	44	47.8	48	52.2
ผู้เสียหาย (n=113)	108.6	12.2	71	146	59	52.2	54	47.8

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตีตราและการเลือกปฏิบัติจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม

ข้อมูลทั่วไป	การตีตราและการเลือกปฏิบัติ					
	จำนวน	%	Mean	SD	T-test	p-value
กลุ่มประชาชนในชุมชน						
เพศ						
ชาย	160	40.4	77.36	12.9	2.864	0.023*
หญิง	236	59.6	80.00	12.2		
พฤติกรรมการสูบบุหรี่						
ไม่สูบบุหรี่	336	84.8	79.61	12.3	2.091	0.004**
สูบบุหรี่	60	15.2	73.16	11.9		
กลุ่มผู้เสียหาย						
เพศ						
ชาย	106	93.8	109.4	14.6	2.355	0.020*
หญิง	7	6.2	98.4	11.4		
กลุ่มครอบครัวผู้เสียหาย						
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	83	73.5	68.7	17.4	2.699	0.009**
มัธยมศึกษา หรือสูงกว่า	30	26.5	76.7	12.4		

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$

วิจารณ์

การศึกษาการตีตราและการเลือกปฏิบัติในผู้เสพยาบ้าครั้งนี้ได้ค้นพบตามข้อความวิจัย ดังนี้

สังคมมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้เสพยาบ้าอย่างไร

การตีตราทางสังคมเป็นตัวกำหนดปฏิกิริยาที่มีต่อกลุ่มในด้านลบ ซึ่งพบว่าประชาชนทั่วไปมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้เสพยาบ้าเป็นอันดับสอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Corrigan PW⁽²⁾ ที่พบว่า ความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความกลัวและความคุ้นชินของประชาชนส่งผลกระทบต่อบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิต⁽¹¹⁾ ส่วนผู้ให้บริการภาครัฐที่เป็นผู้บังคับใช้กฎหมายมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้เสพยาบ้ามากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barry CL และคณะ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาทัศนคติการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่มีต่อประสิทธิภาพการรักษาและการสนับสนุนนโยบาย ซึ่งพบว่ามุมมองเชิงลบต่อบุคคลที่ติดยาเสพติดมีมากกว่าผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยยอมรับว่ามีการเลือกปฏิบัติในผู้ที่ป่วยทางจิตที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย ถึงแม้จะมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่การถูกตีตรากลับไม่ได้ลดลง และยังพบว่าการตีตราส่งผลอย่างถาวรต่อจิตใจและความเป็นอยู่ของเขาเหล่านั้น⁽¹³⁾

ผู้เสพยาบ้ามีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อตนเองอย่างไร

การลดค่าตนเอง (self-devaluation) และความกลัว (fear) ที่เกิดจากการถูกตีตราทำให้เกิดการตีตราต่อตนเอง การตอบสนองการตีตราขึ้นอยู่กับวิธีคิดที่มีความเฉพาะ อาจพยายามแยกตัว หลบหลีก เอาชนะ หรือตอบโต้กับสิ่งที่ได้รับ⁽¹⁴⁾ จากผลการศึกษาผู้เสพยาบ้ามีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อตนเองค่อนข้างน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยูนันท์ ตามกาล⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าการรับรู้การตีตราทางสังคมอยู่ในระดับน้อย หากพิจารณาปัจจัยภายในการเสพยาส่งผลให้ลดหรือสูญเสียความคิดเป็นเหตุเป็นผล ปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงการรับรู้การตีตราและการเลือกปฏิบัติจึงเป็นการปกปิดความลับ หลีกเลี่ยง

การเข้าสังคม ซึ่งส่งผลต่อจิตใจ ทำให้ต้องพึ่งสารเสพติด^(16,17) ในทำนองเดียวกันการรับมือกับความกลัวจากการตีตราโดยการแยกตัวหรือลดความสำคัญของตนเองลงทำให้พวกเขาหลบหนีไม่เข้ารับการรักษา⁽¹⁸⁾ ปฏิกิริยาทางสังคมที่สร้างความรู้สึกเจ็บปวดส่งผลให้พยายามหลีกเลี่ยง ถึงแม้จะทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองก็ตาม⁽¹⁹⁾

จากการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมกับยาบ้า พบว่า ผู้ที่มีเพศต่างกันมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่แตกต่างกันโดยประชาชนทั่วไปที่เป็นเพศหญิงมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้เสพยาบ้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และผู้เสพยาบ้าที่เป็นเพศชายมีการตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อตนเองมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moon DG และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและค้ายาเสพติดมากกว่า ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการยอมรับตนเองที่แตกต่างกันด้วย

ในเรื่องของอายุพบว่า ประชากรที่มีอายุต่างกันมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้เสพยาบ้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งยังไม่พบการศึกษาที่สอดคล้องกัน ส่วนเรื่องของระดับการศึกษาที่ต่างกันมีการตีตรา และการเลือกปฏิบัติที่แตกต่างกันซึ่งพบว่า ครอบครัวผู้เสพยาบ้าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่ามีการตีตราและเลือกปฏิบัติมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ซึ่งให้เห็นว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมีทัศนคติในด้านลบต่อภาพลักษณ์ของผู้เสพยาบ้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Palamar JJ⁽²¹⁾ ที่พบว่าระดับการศึกษาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่กำหนดให้เป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ซึ่งสังคมไม่ยอมรับการกระทำที่ผิดกฎหมาย ผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงมีโอกาสเข้าถึงองค์ความรู้และรับรู้ได้มากกว่าผู้ที่ขาดโอกาสทางการศึกษา ซึ่งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยในหลักสูตรการแพทย์ที่พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด และการตีตรายังคงเป็นผลมา

จากการมีอคติ เป็นอุปสรรคต่อการรักษา การตีตรายังคงอยู่เมื่อเสร็จสิ้นการรักษา ผู้เสียหายหลายคนหันไปรักษาด้วยตนเอง และในผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่มีการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่า ประชาชนในชุมชนที่ไม่สูบบุหรี่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้เสียหายมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Goffman E⁽¹⁾ ที่บอกว่าคุณสมบัติที่มีการแสดงพฤติกรรมคล้ายกันมักจะมี ความชอบที่เหมือนกัน ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีพฤติกรรมนอกกรอบต่างไปจากบรรทัดฐานสังคม ซึ่งสังคมส่วนใหญ่ไม่ยอมรับ ก็จะส่งผลให้บุคคลกลุ่มนั้นถูกประณามเช่นกัน ดังนั้นผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความเข้าใจผู้เสียหาย สามารถรับรู้ถึงความรู้สึกเมื่อมีความต้องการสูบบุหรี่ รู้สึกเหมือนเป็นพวกเดียวกัน จึงทำให้เข้าใจกันและลดการมีอคติต่อผู้เสียหาย ส่วนการใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมกับการเสพยาบ้ามีการตีตราและการเลือกปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Connors GJ และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่ายาเสพติดแต่ละชนิดมีการยอมรับทางสังคมที่แตกต่างกันในผู้ใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย นอกจากนี้ผู้ใช้ยาเสพติดตามไนต์คลับ ผู้จำหน่ายเฮโรอีนและผงโคเคนได้รับการตั้งข้อสังเกตในการตีตรามากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบายและการพัฒนา

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เป็นผู้บังคับใช้กฎหมายมีทัศนคติด้านลบต่อผู้เสียหาย การแก้ไขปัญหาเสพติดจำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะในด้านทัศนคติของเจ้าหน้าที่ภาครัฐควรมีการพัฒนาปรับทัศนคติในส่วนผู้เสียหายเสพติดควรเสริมสร้างความไว้วางใจและสร้างแรงจูงใจที่ดี เพื่อให้ผู้เสียหายและครอบครัวมีโอกาสเข้าถึงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการนำรูปแบบหรือโมเดลการปรับทัศนคติ เช่น การศึกษาเชิงทดลองในกลุ่มผู้เสียหายที่ได้รับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ รวมถึงศึกษาปัญหาผลกระทบของการตีตราและการเลือกปฏิบัติทั้ง 2 มิติในเชิงคุณภาพต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ซึ่งทำการศึกษาทัศนคติการตีตราและการเลือกปฏิบัติในมิติทางสังคมและมิติตนเองผู้เสียหายเสพติดที่ผิดกฎหมายด้วยข้อจำกัดของงานวิจัยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับยาเสพติดที่ผิดกฎหมายซึ่งเป็นเรื่องของความเปราะบางทางสังคมและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จึงเป็นสิ่งที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความกลัวจะได้รับผลกระทบจากการให้ข้อมูล โดยเฉพาะการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้เสียหายเสพติดและครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัยต้องมีทักษะเฉพาะด้านยาเสพติด จำเป็นต้องเป็นผู้ให้การบำบัดรักษามาก่อน เป็นที่ไว้วางใจ เป็นที่พึ่งได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับเครือข่ายงานยาเสพติด และมีความพร้อมในทุกๆ ด้านเป็นอย่างดี ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นจริงมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายอำเภอหันคา สาธารณสุขอำเภอหันคา คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหันคา สถานีตำรวจภูธรอำเภอหันคา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล/องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในอำเภอหันคา รวมทั้งประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลและความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Princeton Hall; 1963.

2. Corrigan PW. Target-specific stigma change: a strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2004 [Cited 2016 Jan 04];28:113–21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15605746>
3. Gaertner SL, McLaughlin JP. Racial stereotypes: associations and ascriptions of positive and negative characteristics. *Soc Psychol Q* [Internet]. 1983 [Cited 2016 Jan 17];46:23–30. Available from: <http://www.jstor.org/stable/3033657>
4. Janulis PF. Understanding addiction stigma: Examining desired social distance toward addicted individuals [dissertation]. Chicago, Illinois: DePaul University; 2010. 82 p.
5. Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, et al. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2001 [Cited 2016 Feb 02];52:469–76. Available from: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.52.4.469>
6. Dixon KA, Storen D, Van Horn CE. A workplace divided: how Americans view discrimination and race on the job. New York: John J Heldrich Center for Workforce Development; 2002. 44 p.
7. Browne G, Courtney M. Schizophrenia housing and supportive relationships. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2007 [Cited 2016 Feb 15]; 16:73–80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17348957>
8. McPhee I, Brown A, Martin C. Stigma and perceptions of recovery in Scotland: a qualitative study of injecting drug users attending methadone treatment. *Drugs and Alcohol Today* [Internet]. 2013 [Cited 2016 Jan 11]; 13:244–57. Available from: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/DAT-05-2013-0022>
9. Browne G, Courtney M. Schizophrenia housing and supportive relationships. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2007 [Cited 2016 Feb 15];16:73–80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17348957>
10. Luoma JB, Nobles RH, Drake CE, Hayes SC, O’Hair A, Fletcher L, et al. Self-stigma in substance abuse: development of a new measure. *J Psychopathol Behav Assess* [Internet]. 2013 [Cited 2016 Jan 22];35:223–34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3680138>
11. Janulis P, Ferrari JR. Understanding public stigma toward substance dependence. *Journal of Applied Social Psychology* [Internet]. 2013 [Cited 2016 Aug 01];43: 1065–72. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jasp.12070/abstract>
12. Barry CL, Mc Ginty EE, Pescosolido BA, Goldman HH. Stigma, discrimination, treatment effectiveness and policy support: comparing public views about drug addiction with mental illness. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 03];65:1269–72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25270497>
13. Link B, Phelan J, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido B. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* [Internet]. 1999 [Cited 2016 Aug 04];89:1328–33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10474548>
14. Cunningham JA, Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S, Toneatto T. Barriers to treatment why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addict Behav* [Internet]. 1993 [Cited 2016 Sep 04];18:347–53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8393611>
15. ยูนันท์ ตามกาล. การรับรู้ทางสังคมเกี่ยวกับการติดยาทางสังคมของเด็กและเยาวชน กระทำผิดหลังจากได้รับการปลดปล่อยจากศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
16. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Bunting K, Rye AK. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addict Res Theor* [Internet]. 2008 [Cited 2016 May 14]; 16(2):149–65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5064952>

17. Rusch N, Holzer A, Hermann C, Schramm E, Jacob GA, Bohus M, et al. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *J Nerv Ment Dis*; [Internet]. 2006 [Cited 2016 Oct 16]; 194:766-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17041289>
18. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*; [Internet]. 2010 [Cited 2016 Sept 18];71:2150-61 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21051128>
19. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bisset RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record* [Internet]. 2004 [cited 2016 Aug 12];54:553-78. Available from: <http://opensiuc.lib.siu.edu/tpr/vol54/iss4/5>
20. Moon DG, Jackson KM, Hecht ML. Family risk and resiliency factors, substance use, and the drug resistance process in adolescence. *J Drug Educ* [Internet]. 2000 [cited 2016 Jun 12];30:373-98. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11221574>
21. Palamar JJ. The role of perceived stigma, stigmatization and religiosity in explaining lifetime use of illicit drugs in emerging adults. New York University Program in Public Health Department of Nutrition, Food Studies and Public Health [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 22]. Available from: http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88
22. Connors GJ, DiClemente CC, Velasquez MM, Donovan DM. Substance abuse treatment and the stages of change: selecting and planning interventions. New York; Guilford Press; 2013.

Abstract: Stigma and Discrimination against Methamphetamine Use among General Population, Government Service Providers, Methamphetamine Users and Their Family: a Case Study in Hankha District of Chainat Province, Thailand

Lampuan Jaisan, M.A. (Addiction studies); Bang-on Thepthien, Ph.D. (Behavioral Science);

Nate Hongkrailert, Ph.D. (Educational Communication Technology)

ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, Nakhon Pathom Province, Thailand

Journal of Health Science 2018;27:198-210.

This research is cross-sectional descriptive research. The objective was to study the stigma and discrimination in drug users among general population in the community, government service providers, methamphetamine users and their families. The sample size was 950, which included random sampling of 396 general population, 126 hospital personnel, and 113 family members of drug users aged between 18 and 65 years old; purposive samplings of 202 community health workers, 21 law enforcement officers, 92 community leaders; and systematic sampling of 113 methamphetamine users. Self-administered questionnaires were used to collect data between January and March 2016. The data were analysed by using percentage, standard deviation and t-test. The results revealed that a group of the law enforcement officers stigmatized and discriminated against drug users more than those of the public health service providers, people in community, methamphetamine users and their family members. Stigma and discrimination against drug users were found to be associated with the following factors: (1) sex: higher level of stigma and discrimination was observed in female general population and male drug users; (2) education: family member of drug users with secondary education or higher had expressed higher stigma and discrimination towards methamphetamine users; (3) behaviour of drinking and smoking: non-smokers had expressed higher stigma and discrimination. In conclusion, significant factors that influenced stigma and discrimination against methamphetamine users were age and education. There were still stigma and discrimination against the drug users among law enforcement officers. Therefore, effective programs should be implemented to encourage people to think positively in order to decrease stigma and discrimination associated with methamphetamine use. In addition, access to health service and therapeutic care for methamphetamine users and their families should be promoted in order to improve their quality of life.

Key words: stigma, discrimination, methamphetamine use