



สถานการณ์การติดยาทางสังคมของผู้ใช้ยาเสพติด: กรณีศึกษาผู้รับการบำบัด ยาเสพติดในโครงการบริการเมทาโดนฐานชุมชน

ดลชัย สะวังจุ* อภิชาติ จำรัสฤทธิ์วงศ์** ดุสิตา พึ่งสำราญ**

บทคัดย่อ

การถูกติดยาในผู้ที่ใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งปิดกั้นมิให้กลับเข้าสู่สังคมได้ การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องทราบองค์ประกอบและระดับความรุนแรงเสียก่อน การศึกษานี้เพื่อแสดงองค์ประกอบและระดับความรุนแรงของการติดยาที่มีสามลักษณะ คือ 1. การเผชิญสถานการณ์จริง 2. การติดยาตนเอง 3. การถูกติดยาที่คาดว่าจะเกิด โดยมีองค์ประกอบและระดับแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามไม่เป็นที่รู้จัก จึงทำการสำรวจผู้ใช้ยาเสพติดทุกคน ณ สถานบำบัดแห่งหนึ่งในไทย 74 ราย ในปี พ.ศ. 2559 เพื่ออธิบายว่า การติดยาทั้ง 3 ลักษณะมีองค์ประกอบอะไรบ้างและในแต่ละลักษณะ องค์ประกอบใดมีความรุนแรงอย่างไร การวิเคราะห์ปัจจัยพบว่า การถูกติดยาจากสถานการณ์จริง คือ

ถูกชุมชนเพ่งเล็ง โดยถูกผู้อื่นจ้องจับผิดหรือตรวจสอบ (ร้อยละ 50.7) การติดยาตนเอง คือ ต้องการแยกตัวจากสังคมโดยไม่ต้องการพบปะผู้คน (ร้อยละ 54.1) การถูกติดยาที่คาดว่าจะเกิด โดยกลัวจะได้รับการปฏิบัติแตกต่างจากคนอื่น (ร้อยละ 68.9) สรุปได้ว่า การแก้ไขปัญหาเนื่องมาจากประสบการณ์จริงได้แก่ การติดยาตนเองและความกลัวการถูกติดยาทำให้ต้องแยกตัวออกจากสังคม ต้องบูรณาการด้วยการนำปัจจัยทางสังคม ชุมชน ครอบครัว และตัวผู้ใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะด้านจิตวิทยามาร่วมในการแก้ไขให้ตรงประเด็นในทุก ๆ องค์ประกอบที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ผู้ใช้ยาเสพติด, ผู้รับการบำบัดยาเสพติด, การถูกติดยา, การเลือกปฏิบัติ

* ที่ปรึกษาฝ่ายติดตามและประเมินผลโครงการฯ มูลนิธิโอโซนประเทศไทย และ นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์สุขภาพนานาชาติ ภาควิชาสังคมและสุขภาพ, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



บทนำ

ผู้ใช้ยาเสพติดมีความคาดหวังว่า จะได้รับการต้อนรับและกลับเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมชุมชนที่ตนเกิดและอาศัยอยู่ แต่ยังคงมีเหตุการณ์ที่ถูกตีตราทางสังคมเกิดขึ้นอยู่ไม่ว่าจะด้านกฎหมายหรือทางบรรทัดฐานทางสังคม โดยความหวาดกลัวที่สั่งสมมาทำให้เกิดการตีตราตนเองในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งจะไม่เป็นผลดีต่อการรักษาสุขภาพหรือการมีพื้นที่และโอกาสทางสังคม ชำร่ายในชีวิตจริงพวกเขาได้ประสบพบเจอกับเหตุการณ์ที่ถูกตีตราเป็นไปตามความกังวลหวาดกลัวด้วยกัน

ผู้ใช้สารเสพติดอนุพันธ์อื่นรวมถึงเฮโรอีน ซึ่งเป็นยาเสพติดก่อให้เกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง เมื่อเสพติดเป็นเวลานานร่างกายจะทรุดโทรมความคิดสับสน¹ นอกจากนี้ยังเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ความประพฤติ และบุคลิกภาพ เช่น สติปัญญาเสื่อม การงานบกพร่อง ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม ชอบแยกตัวเอง หลบซ่อนตัว ทำตัวลึกลับ เป็นคนเจ้าอารมณ์ หงุดหงิด เอาแต่ใจตนเอง ขาดเหตุผล พุดจาก้าวร้าว คือร้นไม่เชื่อฟัง ไม่สนใจความเป็นอยู่ของตนเอง แต่งกายไม่สุภาพเรียบร้อย สกปรก² ถ้าวันใดสมองไม่ได้ยาเสพติดที่จะออกฤทธิ์สั่งการบังคับกล้ามเนื้อแต่ละระบบต่าง ๆ ให้ทำงานผิดปกติไปเพราะสมองควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผ่านระบบประสาท จึงเห็นผู้เสพติดบางรายทำร้ายตนเอง หูแว่ว ประสาทหลอน³ ซึ่งพฤติกรรมทางกายและอาการทางจิตดังกล่าวล้วนแล้วเป็นพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ตามบรรทัดฐานทางสังคมซึ่งนำไปสู่การตีตรา

ทฤษฎีการตีตราที่มีกล่าวไว้ในวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาได้สรุปไว้ดังนี้ การตีตราทางสังคมหมายถึง การลงความเห็นว่าเป็นคนไม่ดี มีความผิด ไม่เหมือนจากคนอื่น ๆ ทั่วไป มีพฤติกรรมที่ไม่ดีจาก

การกระทำผิดในช่วงหนึ่งของชีวิตและเชื่อว่าจะเป็นเช่นนั้นตลอดไป รวมไปถึงการแสดงออกให้เห็นถึงความเชื่อนั้น เช่น การเยาะเย้ย ถากถาง ขำเค็ม การทอดทิ้ง ละเลย เลือกปฏิบัติ แบ่งแยก กีดกัน ไม่เชื่อมั่น ไม่ไว้วางใจ นำไปสู่การกำหนดคุณค่าและการตัดสินทำให้เกิดความรู้สึกว่า “มีความแตกต่างจากผู้อื่นอย่างไม่พึงประสงค์” การตีตรารังเกียจเพียงใดจนถึงนำไปสู่ “การเลือกปฏิบัติ” ซึ่งหมายถึง การแบ่งแยก การกีดกัน การจำกัด เพื่อไม่ให้บุคคลได้รับสิทธิหรือได้ใช้สิทธิอันพึงมีพึงได้ในฐานะมนุษย์⁴ กระบวนการตีตราไม่สามารถอธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งเท่านั้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า งานวิจัยของ Link และ Phelan⁵ ในปี ค.ศ. 2001 ได้ให้แนวทางที่ชัดเจนมากที่สุดถึงกระบวนการที่ทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งตกอยู่ความต่างเกิดความไม่เท่าเทียม นำไปสู่การตีตราว่ามี 4 ขั้นตอน คือ 1. แบ่งแยกและตีตราในความแตกต่างของความเป็นมนุษย์ 2. ความเชื่อทางวัฒนธรรมหลักที่เชื่อมโยงไปสู่การตีตราบุคคลที่มีบุคลิกที่ไม่พึงประสงค์ 3. ตีตราบุคคลและแบ่งแยกอย่างชัดเจนระหว่าง “พวกเรา” ออกจาก “พวกเขา” และ 4. ตีตราบุคคลที่ไร้สถานะ เลือกปฏิบัติ ปฏิเสธและกีดกัน ซึ่งนำไปสู่ผลด้านลบ เช่น การกระทำที่ไร้ศีลธรรม การจำกัดเครือข่ายทางสังคม และลดโอกาสในการสร้างรายได้

ระดับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ มีหลายระดับ จำแนกได้ดังต่อไปนี้ ระดับนโยบายกฎหมาย ระดับสถาบัน ระดับชุมชน ระดับบุคคล สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกล่าวคือ การขาดข้อมูลความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ความกลัวที่ไม่มีเหตุผลทัศนคติเชิงลบต่อคน/กลุ่มคนนั้น ๆ⁵ สอดคล้องกับทฤษฎีการตีตรา (Labeling Theory) ของ Scheff⁶ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า เมื่อพฤติกรรมของคนหนึ่งถูกประทับตราว่า “ป่วยทางจิต” (Mental Illness) จะนำไปสู่การถูก



เหมารวมในแง่ลบ เช่น น่ากลัว ดุน่าอันตราย นำไปสู่การถูกปฏิเสธทางสังคม นอกจากนี้ Goffman⁷ ยังได้ให้ความเห็นว่า สถานะของความเจ็บป่วยทางจิตทำให้โดนตีตราว่า “ผิดปกติอย่างมาก” ซึ่งทฤษฎีที่เขาคิดขึ้นส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาผู้ที่อยู่ในภาวะดังกล่าวว่าต้องตกอยู่กับเงื่อนไขทางสังคมอย่างไรบ้าง นอกจากนี้ความเชื่อทั่วไปต่อผู้ถูกตีตราคือ “ไม่ค่อยเป็นผู้เป็นคน” ดังนั้นจึงปฏิบัติต่อคนเหล่านี้แบบเลือกปฏิบัติซึ่งนำไปสู่การลดทอน “โอกาสในชีวิต” ของคนเหล่านั้น

นักจิตวิทยาสังคมหลายท่านได้พัฒนากระบวนการทศน์ในงานวิจัยเรื่องการตีตราที่เกี่ยวกับเพศภาวะ ชนกลุ่มน้อย และความเจ็บป่วยทางจิตได้จำแนกการตีตราออกเป็น 2 ลักษณะคือ 1) การตีตราทางสังคมต่อผู้มีความเจ็บป่วยทางจิต และ 2) การตีตราตนเองซึ่งเป็นผลจากการหมดความภาคภูมิใจในตนเองของผู้มีความเจ็บป่วยทางจิต ที่ทำการศึกษาในประชากรทั่วไปเกี่ยวกับรูปแบบของการให้เหตุผลในการเลือกปฏิบัติทางสังคมต่อผู้มีความเจ็บป่วยทางจิตได้พบว่า คนทั่วไปมีมีโนทัศน์เชื่อมโยงอาการทางจิตกับความรุนแรงอันตรายเป็นสิ่งที่คาดเดาไม่ได้ และได้อภิปรายเพิ่มเติมว่าการคิดว่าตนจะได้รับอันตรายจากผู้มีความเจ็บป่วยทางจิตส่งผลให้เกิดการตอบสนองเชิงเลือกปฏิบัติ และสร้างความหวาดกลัวซึ่งเป็นตัวบ่งชี้หลักที่สนับสนุนให้เกิดการหลีกเลี่ยงการคบหาสมาคม (Social Avoidance) หรือสนับสนุนบังคับให้เข้ารับการรักษหรือแยกออกไปรับการรักษา (Coercive and Segregated Treatment)⁷

ในส่วนของการถูกตีตราที่คาดว่าจะเกิด (Anticipated Stigma) มีการอธิบายไว้ว่า คือระดับซึ่งคน ๆ หนึ่งคาดว่า ผู้อื่นจะตีตราเขา ถ้าได้ล่วงรู้ถึงสถานะของตนเองที่ปกปิดไว้ ยิ่งไปกว่านั้นผู้ที่ปกปิดสถานะที่ถูกตีตราอาจได้อยู่ในเหตุการณ์ที่กลุ่มเพื่อน

ของตนที่เปิดเผยตัวตนเป็นผู้โดนดูถูกหมิ่นเหยียดหยามจึงไม่น่าแปลกใจว่า ผู้ปกปิดสถานะฯ มีความกังวลต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นถ้าเปิดเผยตัวตน นอกจากนี้ยังมีงานวิจัย⁸ ผลกระทบจากการถูกตีตราที่คาดว่าจะเกิดซึ่งส่งผลต่อความกดดันทางจิตใจ (Psychological Distress) และสุขภาพ ได้สำรวจผู้เข้าร่วมจำนวน 1,063 ราย ในรัฐแห่งหนึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งคนเหล่านี้อยู่กับภาวะที่โดนตีตราได้ เช่น มีความเจ็บป่วยทางจิตถูกข่มขืน สมาชิกครอบครัวติดยาเสพติด ทำแท้งเป็นเด็กกำพร้า ฯลฯ ผ่านทางเว็บไซต์ โดยพบว่า การตีตราตนเองเนื่องมาจากสถานะที่ต้องปกปิดไว้ (Concealable Stigmatized Identity) จะส่งผลกระทบต่อภาวะทางจิตและสุขภาพความอยู่ดีมีสุข เมื่อมีความเชื่อว่า ตนเป็นอย่างไรต้องได้รับผลอย่างนั้นส่งผลเข้าไปอยู่ในกลางใจตน (Centrality) และขึ้นอยู่กับความถี่ในการคิดระลึกและเชื่อเช่นนั้นพอกพูนส่งผล (Salience) ขึ้นบ่อยแค่ไหน ส่งผลต่อความเครียดที่เป็นตัวทำนายหลักต่อภาวะเจ็บป่วย โดยผู้ที่เชื่อว่า คนอื่นจะลดทอนคุณค่าของตนถ้าได้รู้ถึงสถานะที่ตนปกปิดไว้มากเท่าใดก็จะยิ่งประสบกับความเจ็บป่วยมากขึ้นเท่านั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยนี้จึงนิยามการตีตราออกเป็น 3 ลักษณะ⁹⁻¹⁰ คือ (1) การเผชิญสถานการณ์จริงในการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ (Experienced Stigma) (2) การตีตราตนเอง (Internalized Stigma) และ (3) การถูกตีตราที่คาดว่าจะเกิด (Anticipated Stigma) ซึ่งนำมาสู่การพิสูจน์สถานการณ์จริงว่า การตีตราทั้งสามลักษณะมีความรุนแรงมากน้อยต่างกันอย่างไร การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะองค์ประกอบและความรุนแรงของการตีตรา และพิสูจน์ลักษณะการตีตราที่กล่าวไปข้างต้นจากข้อเท็จจริงของการตีตราทางสังคม



ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุเสพติดว่า เกิดขึ้นในลักษณะใดบ้าง โดยมีคำถามงานวิจัยที่เฉพาะเจาะจง ประการแรก คือ การติดยาทั้ง 3 ลักษณะที่เกิดขึ้นมีองค์ประกอบอะไรบ้าง และประการสุดท้ายคือ ในแต่ละลักษณะของการติดยา องค์ประกอบใดมีความรุนแรงที่สุด

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณจากการสำรวจผู้สูงอายุเสพติดทุกคนในสถานบำบัดแห่งหนึ่งในประเทศไทยจำนวน 74 คน ในพ.ศ. 2559 ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุเสพติดอนุปันธิน์ประกอบไปด้วยผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่กำลังเข้ารับการบำบัดยาเสพติดด้วยสารทดแทนเมทาโดน การสำรวจครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามที่มีการกำหนดข้อคำถามไว้ล่วงหน้ากับผู้ที่มารับการบำบัดด้วยเมทาโดนฐานชุมชนทุกคนซึ่งมารับยาเป็นประจำทุกวันจำนวนทั้งหมด 74 ราย โดยมีระยะเวลาเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม ถึง 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2559 เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวน 1) ทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) แบบสอบถามโครงการ Pact-PPP¹¹ ซึ่งได้ทำเอกสารขออนุญาตใช้ข้อมูลแล้ว (ในส่วนของ การติดยาได้ปรับให้เข้ากับบริบทของผู้สูงอายุเสพติด) และ 3) แบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการเมทาโดนฐานชุมชน ซึ่งคำถามทั้งหมดมี 8 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป, ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและอุปกรณ์การฉีด, ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการบำบัดด้วยเมทาโดน, ส่วนที่ 4 ความหวาดกลัวการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ, ส่วนที่ 5 เพchyสถานการณ์ที่ถูกตีตรา (เลือกปฏิบัติ), ส่วนที่ 6 การติดยาตนเอง, ส่วนที่ 7 ความภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในตนเอง และส่วนที่ 8 คุณภาพชีวิต

แต่งงานวิจัยนี้ใช้เฉพาะส่วนที่ 1, 4, 5, และ 6 โดยแต่ละส่วนมีคำถามจำนวน 16, 18, 18, และ 11 ข้อ ตามลำดับซึ่งชุดคำถามออกแบบไว้ให้เลือกหรือแบบจำกัดคำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหรือวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) เป็นการหาปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการติดยา นอกจากนี้ยังสามารถให้ข้อเสนอแนะแก่การจัดการบริการและสร้างความเข้าใจต่อคนในชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องว่า ต้องลดการติดยา ประเด็นหรือเรื่องใดแล้วจะทำให้เกิดความต่อเนื่องในการบำบัด

การวิเคราะห์ปัจจัยจากตัวแปรในกลุ่มหรือชุดนั้น มีองค์ประกอบร่วมกัน(สัมพันธ์กัน) จากคำถามประมาณ 10-15 ข้อของแต่ละกลุ่มลักษณะการติดยาโดยการ Recode คำตอบให้ไปในทิศทางเดียวกัน เป็นเทคนิคที่จะจับกลุ่มหรือรวมกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไว้ในกลุ่มหรือลักษณะเดียวกัน (กลุ่มก่อนตัวแปรที่มีการตอบเหมือนกัน) การวิเคราะห์ปัจจัยดังกล่าวใช้วิธีการหมุนแกน (Rotation) โดยปกติจะเลือกเป็นแบบ Varimax เพราะเป็นกระบวนการที่ดีที่สุด ง่ายในการแปลความหมายองค์ประกอบ ด้วยเหตุผลดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงเลือกการหมุนแบบ Varimax¹² เพื่อให้ได้รูปแบบสำคัญในแต่ละลักษณะของการติดยา

279

การรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (IPSR-IRB) เลขที่ COA. No. 2015/1-1-140 และผู้ให้สัมภาษณ์ได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูล



ผลการศึกษา

ลักษณะทางประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 74 ราย จากสถิติเชิงบรรยาย (โดยมีส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ระดับ 13.9 และค่าพิสัยที่ 56) ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 41 ปี คิดเป็น จำนวน 38 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 51.4 โดยมีอายุ เฉลี่ยอยู่ที่ 43.6 ปี สัดส่วนทางเพศของประชากร ที่ทำการศึกษาค้นพบว่า เป็นชายจำนวน 68 คน หรือ คิดเป็นร้อยละ 92 สำหรับสถานภาพสมรสพบว่่า เกินกว่าสองในสามได้สมรสและมีคู่ครอง ในส่วนของ การนับถือศาสนาพบว่า ร้อยละ 54 นับถือศาสนาพุทธ ตามมาด้วยศาสนาคริสต์ร้อยละ 42 ที่เหลือนับถือ ความเชื่อผีสงและจิตวิญญาณ สำหรับการศึกษา พบว่า ร้อยละ 70 ไม่ได้เรียนหรือไม่จบชั้นประถมศึกษา ประชากรในการศึกษานี้ส่วนใหญ่หรือเกินกว่าสองในสาม ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 64 และ เป็นผู้ว่างงานร้อยละ 20

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยของลักษณะการติเตรา โดยการศึกษาตัวแปรที่ได้จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยแต่ละลักษณะของการติเตราจะประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวนที่แตกต่างกัน หลังจากการสกัดตัวแปร สามครั้งตามลักษณะของการติเตราจนได้องค์ประกอบ หลักในแต่ละลักษณะ ผลที่ได้ปรากฏดังนี้

ลักษณะที่ 1 “การเผชิญสถานการณ์จริงในการ ถูกติเตราและเลือกปฏิบัติ” ได้ 5 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1: การถูกเพื่อนและญาติไม่คบหา สมาคม (6 ประเด็น) องค์ประกอบที่ 2: การถูก ครอบครัวยุติโทษทั้งให้อยู่โดยลำพัง (4 ประเด็น) องค์ประกอบที่ 3: การถูกครอบครัวยุติโทษให้อยู่อย่าง เป็น ปรกติ (3 ประเด็น) องค์ประกอบที่ 4: การถูกชุมชน พังเล้ง (4 ประเด็น) องค์ประกอบที่ 5: การถูกเลือก ปฏิบัติในการรับบริการ (1 ประเด็น) ลักษณะที่ 2

“การติเตราตนเอง” ได้ 3 องค์ประกอบ องค์ประกอบ ที่ 1: การติเตราตนเองโดยแยกตัวจากสังคม (4 ประเด็น) องค์ประกอบที่ 2: การติเตราตนเองโดยแยกตัวจาก ครอบครัว (4 ประเด็น) องค์ประกอบที่ 3: การติเตรา ตนเองโดยลดทอนคุณค่าตนเอง (3 ประเด็น) ลักษณะ ที่ 3 “การถูกติเตราและการเลือกปฏิบัติที่คาดว่าจะเกิด” ได้ 4 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1: ความกลัว การถูกครอบครัวยุติโทษทั้งให้อยู่โดยลำพัง (5 ประเด็น) องค์ประกอบที่ 2: ความกลัวการถูกติเตราจากชุมชน เชิงนามธรรม (7 ประเด็น) องค์ประกอบที่ 3: ความ กลัวการถูกติเตราจากชุมชนเชิงรูปธรรม (3 ประเด็น) องค์ประกอบที่ 4: ความกลัวการถูกเพื่อนและญาติ ไม่คบหาสมาคม (3 ประเด็น)

แม้ตัวแปรรูปแบบการติเตราจะมีหลากหลายรูปแบบแต่เมื่อนำเข้าสู่วิธีการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) ด้วยการสกัดองค์ประกอบ (Principal Component Analysis) โดยวิธีการหมุนแกน: Varimax with Kaiser Normalization และเลือกเฉพาะ Factor ที่มีค่า Eigenvalue เกิน 1 และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ที่ 0.3-0.4 เป็นอย่างต่ำ จากนั้น จึงทำการวิเคราะห์ความถี่แสดงเป็นร้อยละไว้ในวงเล็บ หายประเด็นในแต่ละองค์ประกอบเพื่อแสดงให้เห็นถึง อัตราความรุนแรงของเหตุการณ์หรือเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง เกิดขึ้นกับความคิดที่ติเตรา ตนเอง หรือรู้สึกกลัวว่า จะโดนติเตรา อย่างไรก็ตาม แม้บางประเด็นมีอัตราร้อยละมากที่สุดเมื่อเทียบกับ ภายในองค์ประกอบเดียวกันแต่ไม่ได้เป็นความรุนแรงหลัก ในองค์ประกอบนั้นเนื่องจากการคลุ้มด้วยค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (Factor Loading) ที่จะจัดค่ามากที่สุด ไว้เป็นความรุนแรงหลักในองค์ประกอบนั้น โดยผลที่ได้ ปรากฏใน 3 ลักษณะตามที่อธิบายไว้ข้างต้น สำหรับ รายละเอียดของแต่ละลักษณะปรากฏตามที่แสดงไว้ใน



ตารางที่ 1, 2, และ 3 ผลจากการสกัดตัวแปรทำให้องค์ประกอบหลักที่ปรากฏอยู่ในการตีตราทั้ง 3 ลักษณะจากการวิเคราะห์ปัจจัยการตีตราทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัดทั้งสามลักษณะตามทฤษฎีการตีตรานั้นพบว่า มีรูปแบบและลักษณะความรุนแรงที่ปรากฏให้เห็นหลากหลายด้วยกัน กล่าวคือ

ลักษณะที่ 1 “การเผชิญสถานการณ์จริงในการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ” พบว่า การถูกชุมชนเพ่งเล็งด้วยสถานการณ์ที่มีคนมาจ้องจับผิดตรวจสอบว่าทำอะไรอยู่ (ร้อยละ 50.7) และการที่เพื่อนไม่มาหาเยี่ยมหรือมาน้อยลงกว่าเดิม (ร้อยละ 20.3) รวมทั้งการถูกครอบครัวเมินเฉยทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (ร้อยละ 20.3) เป็นรูปแบบที่ผู้ใช้ยาพบเจอได้เท่า ๆ กัน นอกจากนี้การถูกครอบครัวให้แยกอยู่อย่างป็นรูปธรรมด้วยการให้แยกไปนั่งกินข้าวคนเดียวหรือให้ใช้ภาชนะอาหารแยกต่างหากพบเห็นอยู่บ้าง (ร้อยละ 9.5) และสุดท้ายการถูกเลือกปฏิบัติในการรับบริการจากการถูกปฏิเสธไม่ให้รับบริการหรือเคยได้รับบริการที่ไม่ได้มาตรฐานจากผู้ให้บริการสุขภาพมีปรากฏให้เห็นเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 2.7) ถึงแม้เหตุการณ์ที่ถูกคนอื่น ๆ ในชุมชนไม่ไว้วางใจไม่เคารพ (ร้อยละ 50.0) จะมีอัตราสูงแต่ก็ไม่ได้เป็นประเด็นหลักภายในองค์ประกอบที่ 2 การถูกครอบครัวทอดทิ้งให้อยู่โดยลำพัง นอกจากนี้การโดนนินทา (ร้อยละ 71.6) ก็ไม่ได้เป็นประเด็นหลักภายในองค์ประกอบที่ 4 การถูกชุมชนเพ่งเล็งด้วยเช่นกัน เมื่อพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

ลักษณะที่ 2 “การตีตราตนเอง” พบว่ามีมากเช่นกันกล่าวคือ การตีตราตนเองโดยแยกตัวจากสังคมด้วยการมีความคิดที่ไม่ต้องการพบปะผู้คนหรือเข้าสังคมเป็นรูปแบบที่รุนแรงมากที่สุดซึ่งคิดเป็นจำนวนเกินกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ใช้ยา (ร้อยละ 54.1) นอกจากนี้ยังมี

การตีตราตนเองโดยลดทอนคุณค่าตนเองด้วยความรู้สึกว่ามีความสามารถในการรับมือจัดการปัญหาชีวิตลดลง (ร้อยละ 50.0) ส่วนการตีตราตนเองโดยแยกตัวจากครอบครัวด้วยการตัดสินใจอยู่คนเดียวไม่แต่งงานมีคู่ครองหรือตั้งใจไม่มีคู่ครองก็มีอยู่บ้างด้วยเช่นกัน (ร้อยละ 13.5) ในองค์ประกอบที่ 2 การตีตราตนเองโดยแยกตัวจากครอบครัวแม้จะพบว่า ผู้บำบัดไม่ไปหางานทำหรือปฏิเสธทำงานที่ก้าวกางกว่า (ร้อยละ 31.5) และใช้เวลาอยู่กับครอบครัวน้อยลง (ร้อยละ 33.8) ซึ่งมีอัตราสูงกว่าการตัดสินใจอยู่คนเดียวไม่แต่งงานมีคู่ครองหรือตั้งใจไม่มีคู่ครอง (ร้อยละ 13.5) แต่ไม่ได้เป็นประเด็นหลักเมื่อพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

ลักษณะที่ 3 “การตีตราและเลือกปฏิบัติที่คาดว่าจะเกิด” พบว่า ความกลัวการถูกตีตราจากชุมชนเชิงนามธรรมด้วยความกลัวว่า จะได้รับการปฏิบัติแตกต่างจากคนอื่น ๆ ในชุมชนเป็นรูปแบบที่รุนแรงที่สุด (ร้อยละ 68.9) โดยมีอัตรามากถึงเกินกว่าสองในสามของผู้ใช้ยา รองลงมาคือ ความกลัวการถูกตีตราจากชุมชนเชิงรูปธรรมด้วยความกลัวว่า จะโดนกีดกันไม่ให้ร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น งานแต่ง งานฉลองต่าง ๆ (ร้อยละ 44.6) และความกลัวการถูกครอบครัวทอดทิ้งให้อยู่โดยลำพังด้วยการกลัวว่า ครอบครัวจะเมินเฉยทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (ร้อยละ 39.2) และความกลัวการถูกเพื่อนและญาติไม่คบหาสมาคมด้วยการกลัวว่า เพื่อนจะไม่มาหาเยี่ยมหรือมาน้อยลงกว่าเดิม (ร้อยละ 25.7) ในองค์ประกอบที่ 4 ความกลัวการถูกเพื่อนและญาติไม่คบหาสมาคม แม้ความกลัวในการหาค้นคู่ด้วยหรือไปเที่ยวด้วยกันได้ยาก (ร้อยละ 52.7) สูงกว่าเท่าตัวเมื่อเทียบกับความกลัวว่า เพื่อนไม่มาหาเยี่ยมหรือมาน้อยลงกว่าเดิม (ร้อยละ 25.7) แต่ไม่เป็นประเด็นหลักเมื่อพิจารณาจาก Eigen Value

Table 1 Result From “The Factor Analysis**” of “Experienced Stigma” Among Studied MMT Clients. (N = 74)

Variables on “Experienced stigma”	Component				
	1 Social exclusion by friends and relatives.	2 Exclusion by Family	3 Actual exclusion by family	4 Being watched by community	5 Being discriminated in access to health care.
Friends are less likely came to visit or not come (20.3%)	.756	.090	.325	.139	-.132
Family ignored and leave us live alone (20.3%)	.356	.756	.277	.070	.023
Family ask us to sit separately when having a meal or use the separate utensils (9.5%)	.088	.158	.852	.030	.249
Watched by someone when doing something (50.7%)	.178	-.052	.048	.794	-.034
Being refused to received care and treatment from health provider or not received a good service (2.7%)	.056	-.036	.173	.009	.802

* Extraction Method: Principal Component Analysis; Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

** Percentage value display in parenthesis below Table 1-3 showing the intensity of stigmatization in different situation.

Table 2 Result From “The Factor Analysis**” of “Internalized Stigma” Among Studied MMT Clients. (N = 74)

Variables on “Internalized stigma” (In past 6 months)	Component		
	1 Exclusion from society.	2 Exclusion from family.	3 Self- Underestimation and devaluation.
Have thought about social isolation (54.1%)	.797	-.100	.258
Decide not to get married, not to have couple and not to have sex partner (13.5%)	.054	.838	-.132
Feeling of less capability to deal with life’s problems (50%)	.196	.163	.802

* Extraction Method: Principal Component Analysis; Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.



Table 3 Result From “The Factor Analysis*” of “Anticipated Stigma” Among Studied MMT clients. (N = 74)

Variables on “Anticipated stigma”	Component			
	1 Fear of exclusion from family	2 Fear of exclusion from society in general	3 Fear of exclusion from society in specific	4 Fear of being outcast by friends and relatives.
Fear of family will have been ignoring and leave us live alone (39.2%)	.928	.189	.132	.067
Fear of discrimination and will have been being treated differently from the other (68.9%)	.185	.820	.038	.103
Fear of being discriminated to participate community activities such as Wedding or other celebrations (44.6%)	.387	.141	.685	.233
Fear that theirs friends will have been less likely to come to visit or would not come (25.7%)	.253	.208	.040	.774

* Extraction Method: Principal Component Analysis; Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

จากนั้นจึงนำข้อมูลที่วิเคราะห์มาเรียบเรียงในแผนภาพที่ 1 เพื่อให้เห็นภาพรวมและความเชื่อมโยงโดยจำนวนร้อยละที่ปรากฏในวงเล็บเป็นความถี่ในการตอบแต่ละประเด็น โดยจัดเรียงองค์ประกอบที่อยู่ภายใต้ลักษณะการตีตราที่มีความถี่ในการตอบจากน้อยสุด (ซ้าย) ไปจนมากที่สุด (ขวา) ความเชื่อมโยงของการตีตราทั้งสามลักษณะเป็นรูปแบบของการทวีความรุนแรงซึ่งสังเกตได้จากร้อยละขององค์ประกอบในแต่ละลักษณะที่มีระดับเพิ่มขึ้น โดยอธิบายได้จากการที่ได้เคยมีประสบการณ์ถูกตีตราในสถานการณ์จริง (Experienced Stigma) จึงสั่งสมสร้างความคิดความเชื่อว่า ตนเป็นอย่างไรต้องได้รับผลอย่างนั้นเข้าไปอยู่ในกลางใจตน (Centrality) ทวีความรุนแรงดังปรากฏให้เห็นในลักษณะการตีตราตนเอง (Inter-

nalized Stigma) และยังคงสั่งสมจนตกผลึกเป็นรูปแบบความกลัวและคาดหวังว่าตนเองจะได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ (Anticipated Stigma) ในชุมชนในชีวิตจริง

ความรุนแรงจากการตีตราทั้ง 3 ลักษณะที่พบว่าเป็นรูปแบบความรุนแรงหลักในงานวิจัยนี้สามารถนิยามใหม่ กล่าวคือ การเผชิญสถานการณ์ที่มีคนมาจ้องจับผิดตรวจสอบว่า ทำอะไรอยู่ (Experienced Stigma) มีความคิดที่ไม่ต้องการพบปะผู้คนหรือเข้าสังคม (Internalized Stigma) และกลัวการได้รับการปฏิบัติแตกต่างจากคนอื่น ๆ (Anticipated Stigma) โดยสามารถอภิปรายเพิ่มเติมดังต่อไปนี้ ลักษณะของ “การเผชิญสถานการณ์จริงในการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ” ด้วยการถูกชุมชนเพ่งเล็งโดยมาจ้องจับผิด

ตรวจสอบว่า ทำอะไรอยู่ เป็นสถานการณ์ที่ผู้ใช้ยา
 ครั้งหนึ่งประสบพบเจอในชีวิตจริง (ร้อยละ 50.7)
 การศึกษาครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่า “การเผชิญสถานการณ์
 จริงในการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ” ดังกล่าวสามารถ
 ส่งผลทางด้านความคิดและความรู้สึกภายในใจของ
 ตัวผู้ใช้ยา ที่คิดและรู้สึก ว่า ตนเองไม่เป็นที่ต้องการ
 ของชุมชน ซึ่งปรากฏใน “ลักษณะการตีตราตนเอง”
 ทำให้ผู้ใช้ยาแยกตัวจากสังคมด้วยการมีความคิดที่
 ไม่ต้องการพบปะผู้คนหรือเข้าสังคม โดยการศึกษา

ครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมดังกล่าวเป็นรูปแบบที่รุนแรง
 มากที่สุด คิดเป็นจำนวนเกินกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ใช้ยา
 ในการสำรวจนี้ (ร้อยละ 54.1) จึงไม่น่าแปลกใจว่า
 จากข้อมูลเชิงประจักษ์ในส่วนของ “ลักษณะการตีตรา
 และเลือกปฏิบัติที่คาดว่าจะเกิด” พบว่า ผู้ใช้ยาจำนวน
 มากถึงกว่าสองในสาม (ร้อยละ 68.9) เกิดความกลัว
 การถูกตีตราจากชุมชนเชิงนามธรรม ด้วยความกลัว
 ว่าจะได้รับการปฏิบัติแตกต่างจากคนอื่น ๆ ในชุมชน
 นับได้ว่า เป็นรูปแบบที่รุนแรงที่สุด

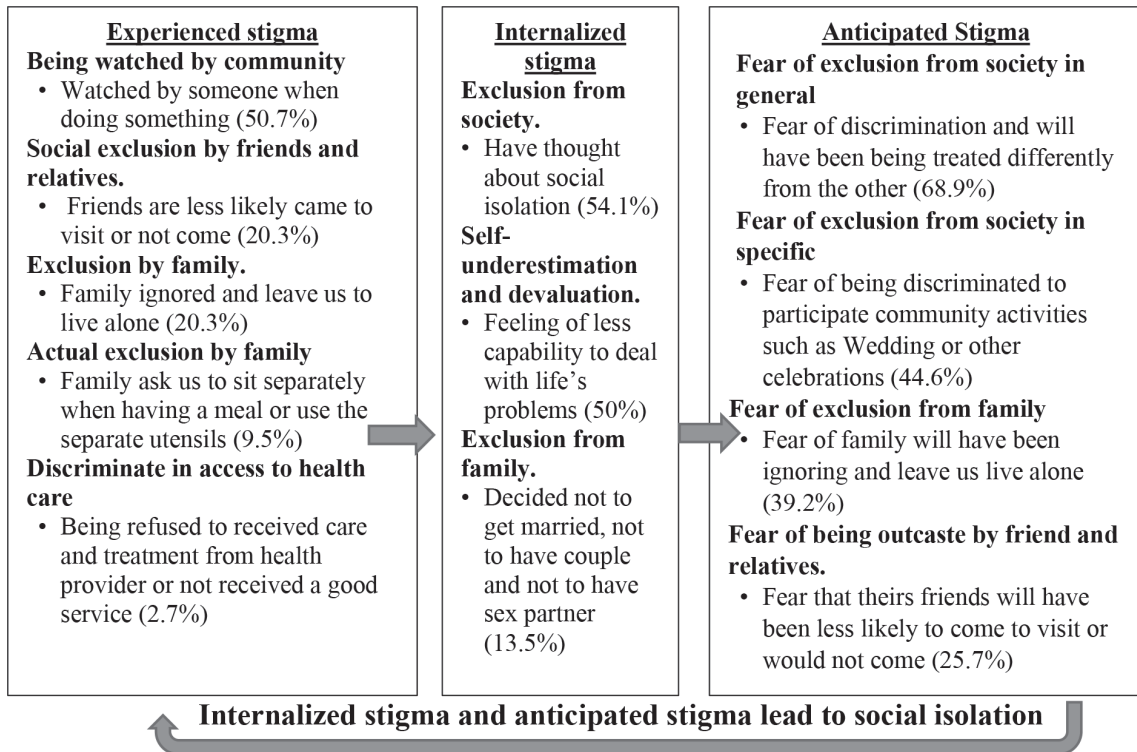


Figure 1 The Prevalence and Interrelationship of Components of the Three Stigmas.

* Percentage value display in parenthesis showing the intensity of stigmatization in different situation.



อภิปรายผลการศึกษา

การตีตราและเลือกปฏิบัติยังคงมีให้เห็นในสังคมที่คนบางกลุ่มจะถูกทำให้แปลกแยกกลายเป็นอื่นดังปรากฏให้เห็นในการศึกษาค้างนี้ โดยสามารถใช้ทฤษฎีการประทับตรา (Labeling Theory) ที่มีการศึกษาในต่างประเทศมาร่วมอธิบายต่อปรากฏการณ์ในพื้นที่ทำการศึกษานี้ Scheff⁶ ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อพฤติกรรมของคนหนึ่งถูกประทับตราว่า “ป่วยทางจิต” (Mental Illness) จะนำไปสู่การถูกเหมารวมในแง่ลบ เช่น นกกลัว ดุน่าอันตราย นำไปสู่การถูกปฏิเสธทางสังคม⁷ ซึ่งผู้เสพยาเสพติดดื้อนุพันธ์ฝันเป็นเวลานานมีโอกาสดเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิต ความประพฤติ และบุคลิกภาพ³ ที่ไม่ตรงตามความคาดหวังของสังคม

สำหรับพื้นที่ในการศึกษานี้ แม้ว่าการใช้ฝิ่นถือว่าเป็นเรื่องปกติเนื่องจากใช้เป็นยาสมุนไพรพื้นบ้านมาตั้งแต่สมัยโบราณเพราะเป็นพื้นที่ราบสูงและห่างไกลจากโรงพยาบาลประจำอำเภอกว่า 50 กิโลเมตร โดยใช้ฝิ่นเพื่อการรักษา อาทิ เช่น ใช้เป็นยาสามัญประจำบ้าน บรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานหนัก ปวดหัว ตัวร้อนเป็นไข้ ปวดท้องหรือใช้เป็นตัวยาลหลักของหมอยาพื้นบ้าน เช่น ใช้เป็นตัวยารักษาแผลสด กระตุกหัก และแผลขนาดใหญ่ เช่น แผลจากปืน¹³ แต่ถูกมองเป็นเรื่องที่ไม่สมควรในปัจจุบัน

การวิจัยนี้ได้แสดงให้เห็นว่า การตีตรายังคงปรากฏให้เห็นทั้ง 3 ลักษณะกล่าวคือ การเพิกขุสถานการณ์จริงในการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ การตีตราตนเอง การตีตราและเลือกปฏิบัติที่คาดว่าจะเกิด แม้ว่าพวกเขาจะอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษาการถอนพิษยาเสพติดดื้อนุพันธ์ฝัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นวิธีการรักษาสุขภาพและสร้างภาพลักษณ์ใหม่ก็ตาม แต่การตีตราทุกลักษณะยังคงปรากฏให้เห็น

ปรากฏการณ์เช่นนี้มีส่วนวิจัย⁷ที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของการให้เหตุผล (Attribution Theory) ในการเลือกปฏิบัติทางสังคมซึ่งเปรียบเทียบระหว่างอาการเจ็บป่วยทางจิตจากการเสพยาเสพติดและสมองบาดเจ็บจากอุบัติเหตุพบว่า ถ้าอาการเจ็บป่วยทางจิตนั้นสามารถควบคุมหรือป้องกันไม่ให้เกิดได้ (รวมถึงภาวะอื่น เช่น การเป็นผู้ป่วยเอดส์ ผู้ใช้ยาเสพติด โรคอ้วน ในมิติของสาเหตุและความสามารถในการควบคุมอาการโรคของคน ๆ หนึ่ง (Cause and Controllability of A Person's Illness) คน ๆ นั้นจะถูกตัดสินให้แสดงความรับผิดชอบ หรือถูกเลือกปฏิบัติรวมถึงการหมดความสงสาร เพิ่มความโกรธและไม่อยากให้ความช่วยเหลือ แต่ถ้าอาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่เหนือการควบคุมก็จะถูกตัดสินทางสังคมน้อยลง การศึกษานี้มีข้อค้นพบที่สอดคล้องกันกล่าวคือ ผู้ใช้ยาจำนวนครึ่งหนึ่งแม้ว่าอยู่ในกระบวนการบำบัดก็ยังเพิกขุสถานการณ์จริงในการถูกตีตราในรูปแบบที่ถูกชุมชนดูาดูถูกเหยียดหยามซึ่งเป็นรูปแบบความรุนแรงหลักที่ประสบพบเจอ เนื่องจากคนทั่วไปอาจให้ความเห็นว่าการใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่เลือกหรือปฏิเสธได้ แต่เป็นที่ยากแปลกใจว่า รูปแบบของการถูกปฏิเสธไม่ให้รับบริการหรือเคยได้รับบริการที่ไม่ดีจากผู้ให้บริการสุขภาพมิให้เห็นเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 2.7)

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดอยู่สองประการ ประการแรก ประชากรในการศึกษาค้างนี้เป็นประชากรในกรณีศึกษาของสถานบำบัดแห่งหนึ่งเท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรผู้ใช้ยาเสพติดที่อยู่ในกระบวนการบำบัดในพื้นที่อื่นหรือภายใต้บริบททางสังคมที่แตกต่างกันได้ ประการที่สอง การเพิกขุสถานการณ์จริงในการถูกตีตรา ซึ่งเป็นประสบการณ์ส่วนตัวที่เกิดในอดีตและหกเดือนล่าสุด จึงเป็นความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ส่วนบุคคล (Subjective) หากมี



การสำรวจในลักษณะเก็บรวบรวมบันทึกเหตุการณ์จริง เมื่อเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม (Objective) จะทำให้สถานการณ์นี้มีความชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ไม่มีเหตุผลว่า ประชากรในการศึกษานี้จะตั้งใจให้ข้อมูลออกมาเชิงลบเพื่อคาดหวังถึงการได้รับการแก้ไขหรือการช่วยเหลือ เนื่องจากนักวิจัยไม่ได้ให้คำมั่นสัญญาถึงการเยียวยาช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหา

กล่าวโดยสรุปแล้วผู้วิจัยที่อยู่ในกระบวนการบำบัดในพื้นที่การศึกษานี้ได้เผชิญสถานการณ์จริงในการถูกตีตราทุกลักษณะตามกฎหมายและหลากหลายรูปแบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของงานวิจัยนี้ ดังนั้นการที่จะลดการตีตราทั้งสามลักษณะดังที่กล่าวไว้ข้างต้นจำเป็นต้องบูรณาการด้วยการสร้างความเข้าใจและกระบวนการมีส่วนร่วมทางสังคม ระหว่างชุมชน ครอบครัวและตัวผู้บำบัด รวมทั้งนักจิตวิทยาและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐฝ่ายปกครองระดับจังหวัดจนถึงท้องถิ่น ฝ่ายปราบปรามและหน่วยงานความมั่นคงในพื้นที่มาร่วมกันในการแก้ไขปัญหาให้ตรงประเด็นในทุก ๆ องค์ประกอบที่ค้นพบจากงานวิจัยนี้ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน โดยหนึ่งในประเด็นหลักคือ ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อปัจจัยภายนอกที่เป็นปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสนับสนุนและเอื้อต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ¹⁴

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหางานวิจัย ขอขอบคุณศาสตราจารย์เกียรติคุณปราโมทย์ ประสาทกุล ที่กรุณาตรวจทานเรียบเรียงเนื้อหา และสถาบันวิจัยประชากรและสังคมที่เอื้ออำนวย

สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ รวมทั้งมูลนิธิไอโซนแห่งประเทศไทยที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Narcotics Control Division. Heroin. Available at <http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome/?p=2534>, accessed June 14, 2016.
2. Northern Substance Abuse Center Chiang Mai University. Behaviors of drug addiction: Causes and prevention. Available at http://www.sri.cmu.ac.th/~nsac/All_Page/Knowledge/Behavior_of_Patient.htm, accessed June 14, 2016.
3. Prapapun J. Addictive Brain. Thai Journal of Addiction 4th Quarterly. 2013; 1 (1), 10-4.
4. Supatra N. Stigma and discrimination. Presentation in a conference of National AIDS Plan 2012-2016. Foundation of AIDS rights. 2012.
5. Bruce G. Link and Jo C. Phelan. Conceptualizing Stigma. Available at https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Link-AnnualReview-2001.pdf, accessed June 14, 2016.



6. T. J. Scheff. The Labelling Theory of Mental Illness. Available at <http://leeclarke.com/courses/intro/readings/scheff.pdf>, accessed June 14, 2016.
7. Corrigan et al. An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 2003; 44(2): 162-179.
8. Quinn DM, Chaudoir SR. Living with a concealable stigmatized identity: The Impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on Psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2009; 97: 634-651
9. National AIDS Management Center. AIDS stigma and discrimination in health facility: Survey among AIDS patients. Thailand. Center of Diseases Control. Thailand, MOPH. 2015.
10. National AIDS Management Center. AIDS stigma and discrimination in health facility: Survey among health providers. Thailand. Center of Diseases Control. Thailand, MOPH. 2015.
11. Richter K. Positive Partnership project, New Phase. End line Study Report. Available at <http://site.pda.or.th/downloads/Pact-PPPreport.pdf>, accessed June 14, 2016.
12. Srikanon R. Factor analysis. Available at <http://www.saruthipong.com/port/document/299-705/299-705-8.pdf>, accessed June 14, 2016.
13. Aranya S. Beliefs and ritual related to death of Miao. Available at <http://www.shi.or.th/download/84/>, accessed June 16, 2016.
14. Therawiwat M. Perspective of health education and health promotion. *Journal of Public Health* 2016; 46(2): 109-11.



Stigmatization Phenomena Among People Who Use Drugs: a Case Study from Community-based MMT Clinics

Donlachai Hawangchu^{*} Apichart Chamrathirong^{**} Dusita Phuengsamran^{**}

ABSTRACT

Stigmatization impedes People Who Use Drugs (PWUD) for reintegration in society. In eliminating this situation, understanding how stigmatized components contribute to the degree of violent against PWUD is necessary. This study was conducted to illustrate components and the degree of violence from stigmatization comprising three types: 1) experienced stigma, 2) internalized stigma and 3) anticipated stigma, which is unknown. Data was collected from all 74 participants who enrolled in a drug treatment program at a community-based MMT clinic in Thailand in 2016, to illustrate the components of each type of stigmatization. Results from factor analysis by Varimax Rotation with Eigenvalue >1 and factor loading at least 0.3 scores revealed that the core component in experienced stigma was being watched by the community (50.7%). The core

component in internalized stigma was exclusion from society by having thought about social isolation (54.1%) while the core component in anticipated stigma was the fear of discrimination and being treated differently from others (68.9%). Therefore, PWUD decided on social isolation as a solution. In other words, these types of stigmatizations are intertwined. In conclusion, to reduce the occurrence of these phenomena leading to social isolation requires comprehensive intervention by considering social, community and family factors as well as PWUD themselves especially psychological factors to solve certain issue specific to each stigma component.

Keywords: PWUD, drug dependence
rehabilitation, stigmatization,
discrimination

J Public Health 2017; 47(3): 276-288

Correspondence: Donlachai Hawangchu, Department of Social and Health, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, Thailand. E-mail: hawangchu@hotmail.com

^{*} Consultant, Monitoring and Evaluation Department, Ozone Foundation Thailand and Health Social Science Ph.D. program student, Department of Social and Health, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University.

^{**} Institute for Population and Social Research, Mahidol University.