216766

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การรุกล้ำของยาเสพติดสู่สังคม ลักษณะของสังคมที่มีภูมิคุ้มกันยาเสพติดตามประสบการณ์ของชุมชน พัฒนารูปแบบการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด และประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบนั้นเพื่อเสริมความเข้มแข็งให้กับสังคมระดับรากหญ้า โดยความพยายามขับเคลื่อนร่วมกันของบุคคล ครอบครัว และชุมชน พื้นที่ศึกษา คือ 14 หมู่บ้านของตำบลหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่เคยประสบปัญหายาเสพติดอย่างรุนแรง การวิจัยนี้ใช้วิธีการผสมผสานทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ การศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และมีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ การสำรวจจากผู้ร่วมวิจัย 454 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Factor analysis และ Discriminant analysis; stepwise นอกจากนั้นยังมีการจัดประชุมในทุกหมู่บ้านและตำบล เพื่อค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม

ชุมชนอธิบายว่า ระยะที่ยาเสพติดรุกล้ำเข้าสู่ชุมชนนี้ มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มรุกล้ำ (พ.ศ. 2538-2540) ซึ่งชุมชนระบุว่ามีผู้ใช้แรงงานในชุมชนใช้ยาบ้า 2) ระยะลุกลาม (พ.ศ. 2541-2543) พบกลุ่มวัยรุ่นใช้ยาเสพติด 3) ระยะยอมแพ้ (พ.ศ. 2544-2545) เป็นระยะที่สมาชิกชุมชนใช้ยาเสพติดสูงมาก และ 4) ระยะต้องสู้ (พ.ศ. 2546-2547) ชุมชนต้องการต่อสู้กับยาเสพติด ส่วนลักษณะภูมิคุ้มกันยาเสพติดของสังคมเป็นวิวัฒนาการทางสังคมใน 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน 2) การตระหนักในสิทธิและหน้าที่ของประชาชน 3) การมีกิจกรรมพัฒนาความสามารถของชุมชนอย่างต่อเนื่อง 4) การมีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกสังคม และ 5) สมาชิกของสังคมไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด นอกจากนั้นชุมชนยังอธิบายเพิ่มว่า มี 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับภูมิคุ้มกันยาเสพติดของสังคม ได้แก่ ปัจจัยบุคคล ครอบครัว และชุมชน

รูปแบบที่สร้างสรรค์ขึ้นเพื่อใช้ในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดแก่ชุมชน/สังคม คือ "ROAD model" ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสะท้อนคิด (Reflection) การปฏิบัติ (Operation) การสร้างความประทับใจ (Appreciation building) และ การออกแบบปฏิบัติเพื่อการขยายผล (Design outreach) โดยมุ่งเพิ่มความตระหนักและความสามารถในการต่อสู้กับยาเสพติดตามกลวิธีที่เน้นการเผยแพร่ภูมิปัญญาของชุมชน การแลกเปลี่ยนความรู้และแนวปฏิบัติกับทุกภาคส่วน

216766

ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การพัฒนาอาสาสมัครเพื่อเป็นตัวอย่างการเลิกบุหรี่ สุรา และยาเสพติด กิจกรรมดังกล่าวก่อให้เกิดการรวมกลุ่มในชุมชนมากขึ้นซึ่งไม่จำเพาะในกลุ่มเครือญาติหรือเพื่อนบ้านเท่านั้น

การปฏิบัติตามขั้นตอนของ ROAD model ช่วยกระตุ้นให้มีการขับเคลื่อนเพื่อร่วมสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดแก่สังคม ได้แก่ ระบบการควบคุมยาเสพติดในชุมชน ระบบการส่งต่อเพื่อรับการบำบัดรักษา และ ระบบการฟื้นฟูสภาพผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติด เมื่อสิ้นสุดโครงการ พบว่า มีการเกิดภูมิคุ้มกันยาเสพติดของสังคม คือ 7 หมู่บ้านที่เคยมีภูมิคุ้มกันในระดับเข้มแข็งในช่วงก่อนการวิจัยนั้นยังคงเข้มแข็งเหมือนเดิม ในขณะที่อีก 7 หมู่บ้านที่เคยอยู่ในระดับปานกลางถึงอ่อนแอได้พัฒนาเป็นระดับเข้มแข็งที่สุด 2 หมู่บ้าน ระดับเข้มแข็ง 3 หมู่บ้าน และอีก 2 หมู่บ้านยังมีภูมิคุ้มกันในระดับปานกลางและอ่อนแอ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณได้ยืนยันข้อค้นพบดังกล่าว โดยพบว่าคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดของครอบครัว ชุมชน และสังคมหลังดำเนินการมากกว่าคะแนนก่อนดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้นคะแนนภูมิคุ้มกันของบุคคลที่ไม่เปลี่ยนแปลง

ROAD model จึงเป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้เพื่อกระตุ้นให้สังคมร่วมเรียนรู้ ร่วมวางแผนดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีการระดมทุนทางสังคมมาแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่องและยังย้อนกลับไปเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับทุกส่วนของชุมชน ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้ผู้สนใจนำ ROAD model ไปทดลองใช้ในการป้องกันยาเสพติดในพื้นที่อื่นและการแก้ไขปัญหาอื่น ซึ่งเป็นการพัฒนาวิธีการสร้างความเข้มแข็งและการรวมกลุ่มของชุมชน/สังคมอย่างยั่งยืนต่อไป

This Participatory Action Research aimed to analyze the invasion of drugs into communities and the characteristics of social resistance with respect to the communities' experiences, to develop a model for strengthening social immunity, and finally, to evaluate intervention model for grassroot communities. Individuals, families, and communities evidenced innovative characteristics through a collective effort to mobilize community actions. The study area covered 14 villages in one selected sub-district in a Northeastern province of Thailand, which had been severely affected by illicit drug smuggling and usage. This research employed both qualitative and quantitative means of data collection. Participant observations, in-depth interviews, and focus-group discussions were used to collect qualitative data together with triangulation and content analysis as means of data verification and analysis. Quantitative data collection was undertaken by using specially-designed questionnaire to obtain data from 454 interviewees. Factor and stepwise discriminant analyses were used. Moreover, additional data were explored through each village and sub-district meetings.

From community perception, the invasion of drugs were categorized into four stages: 1) "the introductory stage" (1995-1997) in which amphetamine use first began to gain popularity among laborers; 2) "the invasive stage" (1998-2000) characterized by an upsurge in teenage drug use; 3) "the desperate stage" (2001-2002) the point at which drug use peaked; and 4) "the resistance stage" (2003-2004) recognized when community need to combat illicit drug use. People described their understanding of social immunity and resistance to illicit drugs as an evolutionary process consisting of five principal characteristics namely: 1) participating in strong community involvement, 2) recognition of civil rights and duties, 3) continuous activities in promoting community competency, 4) existing of internal and external social networks, and 5) non involvement in illicit drugs by villagers. From the views of community members, three

factors namely, personal attributes, family supports and community characteristics all had an effect on the levels of social immunity to pervasiveness of illicit drug use.

The ROAD Model, which consisted of four different phases, namely Reflection, Operation, Appreciation Building and Designing Outreach, was developed as a result of this study to promote community/social immunity to illegal drug use. This model was geared toward awareness raising in conjunction with strengthening community capability in combating against illicit drug network. Strategic intervention within the ROAD model included expansion of local wisdom, sharing of knowledge and experiences among all involved agencies, i.e., development of volunteer groups to serve as essential leaders of and to demonstrate a role model for anti-smoking, drinking and drug use. Such activities activated community people to learn, to share and to take part in fighting against drugs, regardless of their filial and community relationships.

Adoption of the ROAD model helped encourage the mobilization to build community immunity to resist illicit drugs. Such movement was characterized by community based illicit drug surveillance and control program, referral system for treatment and rehabilitation of drug-addicts. Upon completion of the research project in community level, it was found that seven communities with "high level" of social immunity strength remained at the same level. Five communities with "low to moderate level" increased their immunity levels. Of these, 2 communities improved to the "highest level" and 3 to "high level". Only 2 communities remained unchanged at "low to moderate level". Quantitative data analysis confirmed such findings. The overall score of family, community and social immunity in the post intervention phase was significantly higher than that of the pre-intervention period ($p<0.05$). The scores of the individual level for the pre and post periods, however showed no significant differences.

It was recommended that the ROAD model be utilized as a strategic activity in mobilizing community to learn, plan, and take action against illicit drug use. This model allowed community to use social capital to continuously fight against and solve drug problems which, in turn, would strengthen community as a whole. Further recommendations included the application of ROAD model approach to other areas and to other problems as a means of sustaining community cohesion and strength.