



สถาบันวิจัยสังคม  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY  
SOCIAL RESEARCH INSTITUTE

# วารสารวิจัยสังคม

## JOURNAL OF SOCIAL RESEARCH

Vol. 18 No. 2 1995



วารสารวิจัยสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยของสถาบันฯ วิทยานิพนธ์ งานวิจัยหรือบทความที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาด้านสังคมศาสตร์ และรายงานข่าวจากสถาบันฯ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้แก่คณาจารย์ หรือผู้ที่มีความสนใจเกี่ยวกับการวิจัย วารสารนี้ได้รับเงินสนับสนุนการพิมพ์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<b>เจ้าของ</b>	สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
<b>บรรณาธิการ</b>	อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา
<b>กองบรรณาธิการ</b>	ไกรยุทธ ริตยาคินันท์ วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา สุวัฒนา ธาดานิติ กอบกุล สามัคคี สุรียา วีรวงศ์ นภัส กอร์ดอน นิตยา กัทลิตระพันธ์ ประโยชน์ เจริญสุข พินิจ ลาภอนานนท์ นฤมล บรรจงจิตร ฉันทนา หวันแก้ว วิสูตร วิเศษจินดา
<b>ผู้จัดการ</b>	สุดธิดา วงศ์สถาพรพัฒน์
<b>กำหนดออก</b>	ปีละ 2 ฉบับ
<b>สถานที่ติดต่อ</b>	สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารวิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ชั้น 5 ถนนพญาไท กรุงเทพฯ 10330 โทร. 2187385, 2187396, 2187401 โทรสาร 2155523, 2552353

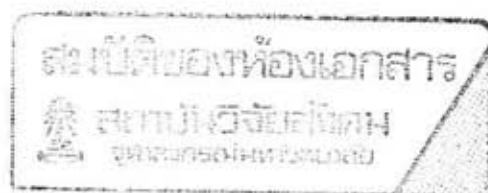
---

---

วารสารวิจัยสังคม  
Journal of Social Research

---

---



วารสารวิจัยสังคม  
Journal of Social Research

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 2538

Vol. 18 No.2 1995

สารบัญ  
(Contents)

การพัฒนาชุมชนน้ำโขงตอนบนและผลกระทบต่อปัญหาเสพยาเสพติด	อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา	1
การใช้ยาในการกีฬา		10
Community-Based Approaches to Drug Demand Reduction	Chantana Banpasirichote	26
สตรีกับการทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้าน	เบญจมา จิรภัทรพิมล	45

# การพัฒนาลุ่มน้ำโขงตอนบน และผลกระทบต่อปัญหายาเสพติด

อาภา ศิริวงศ์ ณ ออยุธยา

## ยาเสพติดเข้ามาในบริเวณสามเหลี่ยมทองคำได้อย่างไร

การพัฒนาลุ่มน้ำโขงตอนบนกับปัญหายาเสพติดในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ หรือที่ทั่วโลกเรียกว่า Golden Triangle ไม่อาจหลีกเลี่ยงที่จะต้องนำมากล่าวถึง พื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ ซึ่งมีเนื้อที่โดยประมาณ 225,000 ตารางกิโลเมตรนั้น ประกอบด้วยเขาฉานทางตะวันออกเฉียงเหนือของพม่า เทือกเขาทางภาคเหนือของประเทศไทย ลำน้ำโขง และที่ราบสูงของประเทศลาว ประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณนี้คือ พวกฉาน ไทย และลาว นอกจากนี้ยังมีชนกลุ่มน้อย อันได้แก่ แม้ว อาก้า ลีซู ลาฮู และจีนฮ่อ ซึ่งอพยพมาจากมณฑลยูนนานในประเทศจีน ชนกลุ่มน้อยเหล่านี้มีลักษณะกึ่งเร่ร่อนย้ายที่อยู่อาศัยไปเรื่อย ๆ บนเทือกเขาสูง ชนกลุ่มน้อยเหล่านี้ยากจนเลี้ยงชีพด้วยการทำไร่เลื่อนลอย (slash and burn) ซึ่งเป็นต้นเหตุของปัญหาดินขาดความอุดมสมบูรณ์ และปัญหาการกัดเซาะหน้าดิน และฝิ่น คือพืชเศรษฐกิจที่สำคัญของกลุ่มนี้ เงินที่ได้จากการปลูกฝิ่นนำไปซื้อสิ่งจำเป็นพื้นฐานต่าง ๆ ตลอดจนการซื้ออาวุธเถื่อน

การปลูกฝิ่นและค้าฝิ่นในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ มีประวัติความเป็นมายาวนาน การที่พ่อค้าชาวอาหรับเริ่มนำฝิ่นเข้ามาในอินเดียและจีนตั้งแต่ศตวรรษที่ 7 ถือเป็นจุดเริ่มต้นการปลูกฝิ่นในทวีปเอเชียและเมื่ออังกฤษเข้ามาปกครองอินเดีย ในระยะต่อมาได้สนับสนุนให้มีการปลูกฝิ่นเข้าไปเป็นสินค้าในจีนและเก็บภาษีฝิ่นอย่างเป็นทางการเป็นกอบเป็นกำ เมื่อสิ้นสุดสงคราม Anglo Chinese ครั้งที่สอง พ.ศ. 2399-2401 (ค.ศ. 1856-1858) จีนแพ้สงครามจีนจึงต้องทำสัญญาการค้า 50 ปีกับอังกฤษ ต้องยอมให้มีการปลูกฝิ่นในจีนและมีการนำฝิ่นเข้าประเทศอย่างถูกกฎหมาย

ปี พ.ศ. 2429 (ค.ศ. 1886) เมื่อรัฐบาลอังกฤษเข้มงวดกับการค้าฝิ่นมากขึ้นนั้น พ่อค้าชาวอังกฤษต่างรีบขายฝิ่นให้จีนเกือบ 6,500 ตันต่อปี เป็นผลให้เวลานั้นมีคนจีนติดยาถึง 15 ล้านคน จีนเองแทบจะไม่ได้ปลูกฝิ่นในพื้นที่แปลงใหญ่ ๆ เลยแค่ซื้อฝิ่นจากอังกฤษอย่างเดียวก็มากเกินไปแล้ว บนเทือกเขาในมณฑลเสฉวน

และยาวนานเป็นพื้นที่เหมาะสมที่สุดในการปลูกฝิ่น ในปี พ.ศ.2418 (ค.ศ.1875) ประมาณว่าพื้นที่ 1 ใน 3 ของพื้นที่เพาะปลูกในมณฑลยูนนานใช้เป็นพื้นที่ปลูกฝิ่น

ในปี พ.ศ.2418 (ค.ศ.1916) ผู้มีอำนาจในจังหวัดยูนนานยอมให้มีการขายฝิ่นเพื่อต้องการเงินเข้าคลัง จึงเปิดโอกาสให้มีการปลูกฝิ่นอย่างกว้างขวาง การปลูกฝิ่นในมณฑลยูนนานทำให้เกิดการลักลอบค้าฝิ่นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วย มีขบวนการาวานขนาดใหญ่คุ้มครองโดยทหารนับร้อย เดินทางจากยูนนานเข้าสู่พม่า ไทย และเมืองต้นคิ่น และฝิ่นก็เข้ามาแพร่หลายในบริเวณพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำโดยพ่อค้าชาวยูนนาน ขณะเดียวกันพวกเขาที่อพยพเข้ามาก็นำวิธีการปลูกฝิ่นที่ให้ผลผลิตสูงเข้ามาใช้ตลอดทศวรรษที่ 19 ขนฝิ่นแล้วและเข้าที่อพยพเข้าสู่ตอนใต้ของจีนและกระจายเข้าไปในอินโดจีนได้นำเอาความชำนาญในการปลูกฝิ่นเข้าไปด้วย แต่อย่างไรก็ตามก่อนปี พ.ศ. 2483 (ค.ศ. 1940) ยังไม่มีการปลูกฝิ่นเป็นพื้นที่กว้างในบริเวณสามเหลี่ยมทองคำนี้เลย ระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 ประเทศในอินโดจีนถูกญี่ปุ่นยึดครอง ดังนั้นขนฝิ่นแล้วในลาวจึงพัฒนาการผลิตฝิ่นเป็นการใหญ่ ต่อเมื่อสงครามสงบลงแล้ว พวกฝิ่นและเข้าจำนวนมากจากประเทศลาวได้อพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทย เวลาเดียวกับที่พวกเขาเข้าอื่นอาทิ ลีซู ลาสู ก็อพยพจากพม่าเข้ามาในประเทศไทยเช่นกัน

การเมืองในประเทศจีนช่วงที่มีการปฏิวัติวัฒนธรรม เป็นผลให้ทหารของนายพลเจียงไคเช็คที่เรียกว่า กองทหารก๊กมินตั๋ง ถูกทหารของเม่าเซตงขับออกมานอกประเทศในปี 2492 (ค.ศ.1949) ทหารกองนี้เข้ามาในรัฐฉานของพม่า และเข้ามามีอิทธิพลกับคนพื้นเมืองจนกระทั่งควบคุมการค้าฝิ่นในรัฐฉานไว้ได้และสร้างพันธมิตรกับพวกกะเหรี่ยงภูเขาติ ซึ่งพวกกะเหรี่ยงนี้ต้องการที่จะได้อาตุสมัยใหม่จากประเทศจีนนั่นเอง ดังนั้นกองพลก๊กมินตั๋งที่อยู่ในพม่าจึงมีอิทธิพลอยู่ในหลายเมืองใกล้ ๆ กับเมืองย่างกุ้ง รัฐบาลพม่าเองก็อ่อนแอไม่สามารถจะทำอะไรได้ ในปี พ.ศ.2504 (ค.ศ. 1961) ทหารพม่าร่วมกับทหารจีนแผ่นดินใหญ่พยายามผลักดันกองทหารก๊กมินตั๋งให้ออกจากบริเวณนี้ ส่วนหนึ่งถูกส่งกลับไปอยู่ไต้หวัน แต่ที่เหลืออยู่เกือบ 6,000 คนนั้นยังอยู่ในบริเวณสามเหลี่ยมทองคำ ชายแดนประเทศไทยเป็นส่วนใหญ่ ในปีต่อ ๆ มาพวกก๊กมินตั๋งได้ขยายการปลูกฝิ่นและเก็บภาษีจากพวกเขาที่ขายฝิ่นดิบ นอกจากนั้นยังจัดกองคาราวานขนฝิ่นเข้าประเทศไทยเพื่อส่งขายไปประเทศอื่นอีกด้วย ในช่วงปี พ.ศ. 2503 (ค.ศ. 1960) เป็นต้นไป ก๊กมินตั๋งได้สร้างโรงงานทำฝิ่นบริษัทขึ้นหลายแห่งในบริเวณสามเหลี่ยมทองคำ เพื่อผลิตมอร์ฟินและเฮโรอีน ไม่นานผู้เชี่ยวชาญจากฮ่องกงสามารถผลิต **เฮโรอีนเบอร์ 4** ซึ่งมีความบริสุทธิ์ถึง 99% ได้ และในเวลาต่อมาพบว่าทหารอเมริกันในเวียดนามเป็นผู้ใช้เฮโรอีนเบอร์ 4 เป็นกลุ่มแรก

ปัญหาของฝิ่นในบริเวณนี้ไม่สามารถแก้ไขได้ง่าย ๆ เมื่อมีประเด็นการเมืองระหว่างประเทศเข้ามาเกี่ยวข้อง และฝิ่นกลายเป็นกลไกสำคัญในการต่อรองเพื่อเป็นรัฐอิสระจากพม่าของกลุ่มคนรัฐฉาน (ไทยใหญ่) และกลุ่มชนชาวกะเหรี่ยง (ว้าแดง) ปัจจุบันพื้นที่ปลูกฝิ่นและสถานที่ผลิตเฮโรอีนคุณภาพดีอยู่ในความคุ้มครองของกลุ่มชน 2-3 กลุ่มนี้ ไม่มีกฎหมายหรืออำนาจรัฐใด ๆ เข้าไปจัดการได้ ดังนั้นการพัฒนาผู้นำโขงตอนบนไม่ต้องสงสัยเลยว่าต้องเผชิญกับปัญหาเสถียรภาพอย่างแน่นอน ปัจจุบันมีความพยายามที่จะพัฒนาสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจซึ่งประกอบด้วยประเทศจีน ประเทศพม่า ประเทศลาว และประเทศไทยมีการวางแผนร่วมกันเพื่อให้เกิดเส้นทางค้าขายและเกิดอุตสาหกรรมท่องเที่ยว การพัฒนาต่าง ๆ เหล่านี้ย่อมมีส่วนสนับสนุน

ให้ยาเสพติดแพร่กระจายไปได้ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้น ผลกระทบที่เกิดตามมาอย่างแน่นอนคือ จะมีจำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นอีกหลายเท่า แล้วเรื่องนี้ใครจะเป็นผู้รับผิดชอบ

### สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในประเทศไทย

ในประเทศไทยพบว่า มีการปลูกฝิ่นบนพื้นที่สูงเหนือระดับน้ำทะเลประมาณ 900 เมตรขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดภาคเหนือตอนบนอันได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ตาก น่าน พิชณุโลก ลำปาง และพะเยา กลุ่มผู้ปลูกฝิ่นคือชาวเขาเผ่าต่าง ๆ เช่น แม้ว เย้า ลีซอ กะเหรี่ยง และอีก้อ

องค์การสหประชาชาติเคยสำรวจพื้นที่ปลูกฝิ่นปี พ.ศ. 2508-2509 (ค.ศ. 1965-1966) ปรากฏว่ามีพื้นที่ปลูกฝิ่นอยู่ประมาณ 112,000 ไร่ (17,920 ha) คิดเป็นผลผลิตประมาณ 145.6 ตัน ต่อมา มีรายงานจากกรมประชาสงเคราะห์ ปี พ.ศ. 2518 (ค.ศ. 1975) ระบุว่ามีการปลูกฝิ่นทั้งหมดประมาณ 63,132 ไร่ (10,101 ha) และตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2526-2532 (ค.ศ. 1983-1989) สำนักงาน ป.ป.ส. ทำการสำรวจพื้นที่ปลูกฝิ่นจากภาพถ่ายทางอากาศและใช้เทคนิคในการคำนวณพื้นที่จากการถ่ายทางอากาศมีรายงานดังต่อไปนี้

พ.ศ. (ค.ศ.)	พื้นที่ปลูก (ไร่)	ผลผลิต (ก.ก.)
2526-27 (1983-84)	43,333 (6,933 ha)	35,940
2527-28 (1984-85)	54,854 (8,776 ha)	34,675
2528-29 (1985-86)	25,790 (4,126 ha)	25,896
2529-30 (1986-87)	23,470 (3,755 ha)	24,291
2530-31 (1987-88)	28,443 (4,550 ha)	27,191
2531-32 (1988-89)	30,100 (4,816 ha)	49,966
2532-33 (1989-90)	26,109 (4,177 ha)	45,951

แหล่งข้อมูล : สำนักงาน ป.ป.ส.

อย่างไรก็ตามหน่วยงานของสหรัฐ U.S. State Department รายงานผลการสำรวจพื้นที่ปลูกฝิ่นในบริเวณสามเหลี่ยมทองคำ ในช่วง 5 ปี ให้นำสนใจดังตารางต่อไปนี้

### พื้นที่ปลูกฝิ่นบริเวณสามเหลี่ยมทองคำ ไร่ (เฮกแต)

ปี พ.ศ. (ค.ศ.)	ประเทศพม่า	ประเทศลาว	ประเทศไทย	รวม 3 ประเทศ
2532 (1989)	891,875 (142,700 ha)	263,312 (42,130 ha)	25,469 (4,075 ha)	1,180,656 (1,188,905 ha)
2533 (1990)	938,125 (150,100 ha)	191,125 (30,580 ha)	21,468 (3,435 ha)	1,150,718 (184,115 ha)
2534 (1991)	1,000,000 (160,000 ha)	185,156 (29,625 ha)	18,750 (3,000 ha)	1,203,906 (192,625 ha)
2535 (1992)	1,036,250 (165,800 ha)	162,750 (26,040 ha)	18,000 (2,880 ha)	1,217,000 (194,720 ha)

แหล่งข้อมูล : U.S. State Department

จากตัวเลขข้างต้นจะเห็นว่าพื้นที่ปลูกฝิ่นในประเทศไทยและลาวลดลงในช่วง 4 ปีดังกล่าว แต่ตรงกันข้ามกับพื้นที่ปลูกฝิ่นในประเทศพม่ากลับเพิ่มขึ้น สำหรับประเทศไทยนั้นรัฐบาลให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหา ยาเสพติดด้วยการพยายามลดพื้นที่ปลูกฝิ่นมานานหลายปี รายละเอียดเกี่ยวกับการแก้ปัญหาจะกล่าวต่อไปในเรื่องการดำเนินงานของรัฐบาลเพื่อแก้ปัญหาการปลูกฝิ่นของชาวเขา

มีสาเหตุสำคัญ 2 ประการที่ทำให้ชาวเขายึดการปลูกฝิ่นเป็นอาชีพ ประการแรก ปลูกฝิ่นเพื่อเป็น**รายได้**ของครอบครัว เนื่องจากชาวเขาปลูกข้าวไร่บนพื้นที่ลาดชันของภูเขาซึ่งมีพื้นที่จำกัด ผลผลิตต่ำไม่พอสำหรับบริโภคตลอดปีจะเน้นการปลูกฝิ่นจึงเป็นการปลูกเพื่อนำไปขายเพื่อแลกซื้ออาหารและสิ่งจำเป็นอื่น ๆ ประการที่สองชาวเขาปลูกฝิ่นเพื่อ**ใช้บริโภค** ชาวเขาจะใช้ฝิ่นเป็นเครื่องรับรองแขกเหมือนกับคนไทยพื้นราบใช้บุหรี่ต้อนรับแขก นอกจากนั้นชาวเขาใช้ฝิ่นเป็นยารักษาโรค เช่นเจ็บป่วย เป็นหวัด ท้องร่วง และอื่น ๆ เหตุผลของการใช้ฝิ่นอีกประการคือเป็นยารักษาโรคทางจิต ชาวเขาใช้ฝิ่นเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดเช่นเดียวกับคนไทยพื้นราบดื่มเหล้าเมื่อมีความทุกข์

กรมประชาสงเคราะห์ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจประชากรชาวเขาและสภาพสังคมเศรษฐกิจพบว่า โดยทั่วไปชาวเขานำฝิ่นที่ปลูกไปใช้เพื่อการต่าง ๆ หลายชนิด ประมาณร้อยละ 12 ของฝิ่นที่ปลูกใช้บริโภคในครัวเรือน ร้อยละ 11 นำไปชำระหนี้ ร้อยละ 10 นำไปแลกเปลี่ยนสินค้าอื่น และร้อยละ 67 นำไปขายเพื่อนำเงินสดมาใช้จ่าย



หนังสือพิมพ์ Bangkok Post ฉบับวันที่ 13 มิถุนายน 2536 (ค.ศ.1993) พาดหัวข่าวว่า New farming technology plays a part in boosting opium production in Thailand. ในบทความนั้นกล่าวว่ามีพื้นที่กว่า 32,000 ไร่ในภาคเหนือที่ยังคงปลูกฝิ่น ในปีนี้จังหวัดเชียงใหม่ถือเป็นแหล่งผลิตที่ใหญ่ที่สุด ตามด้วยเชียงราย กำแพงเพชร ลำปาง เลย แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา เพชรบูรณ์ พิษณุโลก และตาก ผู้ที่ให้ข้อมูลนี้คือเจ้าหน้าที่ ป.ป.ส. ประจำภูมิภาค ผลผลิตฝิ่นที่ผ่านมาประมาณว่า 30 ตันต่อปีนั้นลดลงเหลือ 20 ตันต่อปีเมื่อไม่นานมานี้ แต่เมื่อปี พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) ผลผลิตกลับสูงขึ้นถึง 35 ตัน และปีนี้ พ.ศ. 2536 (ค.ศ.1993) ก็ขึ้นมาถึง 40 ตัน แต่ปรากฏว่าพื้นที่ปลูกฝิ่นนั้นยังคงน้อยเมื่อเทียบกับพื้นที่ปลูกในพม่าและลาว สหรัฐอเมริกาประเมินว่าในปี พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) นั้นพื้นที่ปลูกฝิ่นในเขตสามเหลี่ยมทองคำของสามประเทศรวมกันอยู่ระหว่าง 926,000 ไร่ (148,160 ha) ถึง 1,290,000 ไร่ (206,400 ha)

เมื่อมีการคำนวณอย่างหยาบๆ ว่าฝิ่น 10 กิโลกรัมสามารถสังเคราะห์เป็นเฮโรอีนได้ 1 กิโลกรัมนั้นเฮโรอีนที่ผลิตได้ในสามเหลี่ยมทองคำนี้ควรจะมีปริมาณ 280 ตันต่อปี ซึ่งราคาขายส่งประมาณ 50 ล้านบาทต่อ 1 กิโลกรัม ซึ่งหมายถึงว่าในเวลา 1 ปี พื้นที่สามเหลี่ยมทองคำสามารถผลิตเฮโรอีนได้เป็นมูลค่าถึง 14,000 ล้านบาท

ในช่วงปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีผลผลิตฝิ่นเพิ่มขึ้น ไม่ใช่เพราะมีพื้นที่ปลูกมากขึ้น แต่เป็นเพราะมีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วยในการผลิต เมื่อ 10 ปีก่อน พื้นที่ 1 ไร่ สามารถผลิตฝิ่นได้มากที่สุด 1.5 กิโลกรัม แต่เมื่อมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาสามารถผลิตได้ 3 กิโลกรัม ถึง 3.5 กิโลกรัมต่อไร่

การปลูกฝิ่นในประเทศไทยแต่เดิมนั้นปลูกโดยชาวเขา และปลูกเพื่อใช้เองประมาณว่ามีชาวเขาที่ปลูกฝิ่นไว้ใช้เอง 30,000-40,000 คน ถ้าชาวเขาที่ติดยาเหล่านั้นใช้ฝิ่น 1.6 กิโลกรัมต่อปี ปริมาณฝิ่นที่ใช้บริโภคจะอยู่ในระหว่าง 48 ถึง 64 ตันต่อปี ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงกว่าที่ผลิตได้ภายในประเทศในแต่ละปีเสียอีก นั้นย่อมหมายความว่าพวกติดยาทั้งหลายนั้นได้ฝิ่นจากประเทศลาวและพม่าเข้ามาใช้ด้วย ขณะที่ชาวเขาส่วนใหญ่กลัวต่อมาตรการเข้มงวดของรัฐบาลในเรื่องการปราบปรามยาเสพติด แต่ทว่าการเสนอราคาฝิ่นให้สูงของพวกเขาถูกลอบค้ายากก็เป็นแรงจูงใจให้ชาวเขาเหล่านั้นยังคงปลูกฝิ่นอยู่ ฝิ่นที่ผลิตในประเทศไทยโดยปกติเป็นฝิ่นที่มีคุณภาพดีและได้ราคาสูง ฝิ่นดิบ 1 จ้อย (น้ำหนัก 1.6 กิโลกรัม) ที่ผลิตในลาวโดยปกติราคา 4,800 บาท และที่ผลิตในพม่าราคา 6,500 บาท แต่ปริมาณที่เท่ากันนี้ถ้าผลิตในประเทศไทยมีราคา 8,500 บาท ถึง 10,000 บาท ถ้าเป็นฝิ่นสุกจากลาวราคา 7,500 บาท และจากพม่าราคา 8,500 บาท ถ้าเป็นฝิ่นสุกจากประเทศไทยอย่างต่ำราคา 9,500 บาท

เพื่อจะหนีกฎหมายพวกชาวเขาจะปลูกฝิ่นแปลงเล็ก ๆ ที่อยู่ห่างกันและอยู่ห่างจากถนน พวกลักลอบค้ายาก็นำเทคนิคใหม่ ๆ เข้ามาสอนให้เพื่อผลิตฝิ่นได้เร็วกว่ากำหนด ฝิ่นที่ปลูกก่อนฤดูกาลเรียกว่า "ฝิ่นดอ" ซึ่งสามารถผลิตได้ในเวลาสั้นกว่า ชาวเขาที่อยู่บริเวณชายแดนจะข้ามเขตเข้าไปปลูกฝิ่นในพม่าซึ่งเป็นพื้นที่อยู่ในความควบคุมของชนกลุ่มน้อยพม่า มีการกล่าวกันว่าชาวเขาเหล่านั้นต้องจ่ายค่าคุ้มครองให้แก่ชนกลุ่มนั้น ซึ่งเป็นผู้นำทางทหารของรัฐฉานมีชื่อเรียกว่า ขุนล่า การที่ขุนล่าให้ความคุ้มครองผู้ปลูกฝิ่นนั้นจริง ๆ แล้วต้องการป้องกันแหล่งเงินของเขาด้วย มีการประกันราคาฝิ่นต่ำสุด หากที่เก็บฝิ่นให้และส่งให้กับโรงงานผลิตเฮโรอีน

เชื่อว่ามีการผลิตเฮโรอีนประมาณ 20 แห่งตั้งอยู่ชายเขตแดนประเทศไทย โรงงานผลิตเฮโรอีนเหล่านั้นเป็นโรงงานแบบเคลื่อนที่ เมื่อมีการผลิตด้วยขั้นตอนที่ใช้เวลาน้อยกว่า 10 วัน ผู้ผลิตก็จะย้ายโรงงานไปยังที่แห่งใหม่ ฉะนั้นจึงเป็นการยากที่จะจับได้ รัฐบาลเคยประสบความสำเร็จในการไล่จับโรงงานนั้นในปี พ.ศ. 2532 (ค.ศ. 1989) มีการจับและทำลายโรงงานผลิตเฮโรอีน 10 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และลำปาง ปี พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) ทำลายแหล่งผลิตเฮโรอีนได้ 4 แห่งในเชียงใหม่ เชียงราย และสงขลา ผู้ผลิตเฮโรอีนเริ่มหาแหล่งที่ผลิตใหม่ในภาคใต้ เพราะจากการจับได้ที่สงขลานั้นพบโรงงานผลิตอยู่ในสวนยาง และนอกจากนั้นยังจับผู้ลอบค้าฝิ่นพร้อมกับฝิ่น 48 กิโลกรัม ในจังหวัดภาคใต้เมื่อ 2 ปีที่ผ่านมา

### การดำเนินงานของรัฐบาลเพื่อแก้ปัญหาการปลูกฝิ่นของชาวเขา

การเริ่มต้นแก้ปัญหาการปลูกฝิ่นของชาวเขามิได้เกิดมาจากการที่องค์การสหประชาชาติได้ตระหนักถึงความพยายามขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ องค์ปัจจุบัน ที่ทรงจัดตั้งโครงการหลวงพัฒนาชาวเขาขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2512 โดยมีวัตถุประสงค์ให้ชาวเขาลดการปลูกฝิ่นด้วยการปลูกพืชเศรษฐกิจอื่นทดแทน และลดการหักล้างทำลายป่าให้ชาวเขาอยู่เป็นหลักแหล่ง องค์การสหประชาชาติดำริที่จะให้ความช่วยเหลือจึงได้ส่งคณะสำรวจเข้ามาดำเนินการสำรวจชาวเขาเผ่าต่าง ๆ 10 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ร่วมกับคณะสำรวจฝ่ายไทย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม - 9 ธันวาคม พ.ศ.2513 (ค.ศ. 1970) หลังจากนั้นได้ร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินงานตามโครงการควบคุมยาเสพติดในประเทศไทยขึ้น

7 ธันวาคม พ.ศ. 2514 (ค.ศ. 1971) รัฐบาลไทยโดยคณะกรรมการปราบปรามยาเสพติดให้โทษ (กปส.) และองค์การสหประชาชาติลงนามร่วมกันในสัญญาโครงการควบคุมการใช้จ่ายในทางที่ผิดในประเทศไทย โดยกำหนดแผนการดำเนินงานในระยะ 5 ปี เริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2516-2520 โดยให้มีการดำเนินงาน 3 โครงการ คือ

1. โครงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตผู้ติดยาเสพติด
2. โครงการศึกษาเผยแพร่เกี่ยวกับยาเสพติด
3. โครงการพัฒนาเศรษฐกิจชาวไทยภูเขา

การดำเนินงานโครงการพัฒนาเศรษฐกิจชาวเขาไทยภูเขา เมื่อดำเนินมาจนครบ 5 ปี ผู้แทนฝ่ายไทยกับฝ่ายกองทุนเพื่อควบคุมการใช้จ่ายในทางที่ผิดแห่งสหประชาชาติ (United Nations Fund for Drug Abuse Control UNFDAC) ได้มีการประชุมร่วมกันและสรุปผลว่า สหประชาชาติจะให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการควบคุมการใช้จ่ายในทางที่ผิดต่ออีก 3 ปี คือ พ.ศ.2523-2525 โดยจะให้ความสำคัญในด้านการคุมพืชเสพติดด้วยวิธีพัฒนาชนบทแบบผสมผสาน (Integrated Rural Development) โดยใช้ชื่อโครงการว่า "โครงการปลูกพืชทดแทนและการตลาดที่สูง/สหประชาชาติ" โครงการจะเน้นการส่งเสริมให้ชาวเขาปลูกพืชเศรษฐกิจอื่นทดแทนฝิ่นและการจัดการด้านการตลาดพร้อมกันนั้นได้ขยายพื้นที่ดำเนินงานจากเดิม 30 หมู่บ้าน เป็น 67 หมู่บ้าน

ด้วยความสำเร็จของโครงการภายใต้ความช่วยเหลือขององค์การสหประชาชาติ และ UNFDAC\* ทำให้รัฐบาลไทยได้รับความช่วยเหลือจากมิตรประเทศและองค์การระหว่างประเทศผ่านทางสำนักงาน ป.ป.ส. หลายแห่งเช่น

1. รัฐบาลสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน : โครงการพัฒนาที่สูงไทย-เยอรมัน เริ่มปี พ.ศ.2524
2. องค์การบรรเทาทุกข์แห่งคริสตจักรนอร์เว Norwegian Church Aid NCA : โครงการพัฒนาที่สูงไทย-นอร์เว เริ่มปี พ.ศ.2528
3. UNDP UNFPA UNICEP และ UNDCP : โครงการพัฒนาที่สูงดอยแปเปื้อ ดำเนินงานในปี พ.ศ. 2530-2534
4. รัฐบาลคานาดาและรัฐบาลสวีเดนผ่าน UNDCP : โครงการพัฒนาที่สูงสามหมื่น ดำเนินงานปี พ.ศ. 2530-2534
5. องค์การเอกชนแห่งประเทศสวีเดนผ่าน UNDCP : โครงการพัฒนาที่สูงดอยเวียงผา ดำเนินงานปี พ.ศ. 2531-2535
6. รัฐบาลญี่ปุ่นและอิตาลีผ่าน UNDCP : โครงการพัฒนาที่สูงดอยยาว-ผาหม่น ดำเนินงานในปี พ.ศ. 2533-2537
7. รัฐบาลสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมันผ่าน UNDCP :โครงการพัฒนาที่สูงเฉพาะพื้นที่ ดำเนินงานปี พ.ศ. 2534-2536

โดยสรุปแล้ว มีโครงการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาการปลูกฝิ่นที่ดำเนินงานอยู่ 7 โครงการ กระจายออกไปในท้องที่ 26 อำเภอ 9 จังหวัด ลักษณะการดำเนินงานใช้รูปแบบการพัฒนาแบบผสมผสานเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของชาวเขาให้ดีขึ้น ลดการพึ่งพาฝิ่นเป็นรายได้หลัก

### ผลกระทบภายหลังการพัฒนา

การแก้ไขปัญหาวาชาเขาปลูกฝิ่น ตั้งแต่เริ่มปี พ.ศ. 2513 จนถึงปัจจุบันเป็นเวลา 25 ปี องค์การสหประชาชาติได้มีการประเมินผลและสถานการณ์การปลูกพืชเสพติด เมื่อกลางปี พ.ศ.2537 ผลการประเมินชี้ให้เห็นว่ามีการลดพื้นที่ปลูกพืชเสพติดลงเป็นจำนวนมากในหลายพื้นที่ ถึงแม้การปลูกฝิ่นยังไม่หมดไปจากประเทศไทย แต่การที่พื้นที่ปลูกฝิ่นลดลงอย่างเห็นได้ชัดในช่วง 10 ปีหลังนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโครงการพัฒนาที่สูงอยู่บ้าง องค์การสหประชาชาติจะเริ่มลดความช่วยเหลือแก่ประเทศไทย ขณะที่สหประชาชาติเริ่มหันไปให้ความช่วยเหลือแก่พม่าและลาวอย่างจริงจังมากขึ้น ขณะนี้ในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวมีโครงการพัฒนาที่สูงลักษณะเดียวกับประเทศไทย คือการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวเขา และส่งเสริมให้ชาวเขาที่ปลูกฝิ่นหันมาปลูกพืชชนิดอื่นเป็นการทดแทน แต่งานพัฒนามนุษชาติใช้ว่าจะสิ้นสุดลงตามความช่วยเหลือของสหประชาชาตินั้นหาไม่ หน่วยงานของรัฐที่ดำเนินการอยู่ในช่วงที่ยังรับความช่วยเหลือจากต่างประเทศก็คงดำเนินงานต่อไป โดยงบประมาณของรัฐบาลไทย ประเด็นที่ว่าเมื่อองค์การสหประชาชาติ

\* ปัจจุบัน คือ United Nations International Drug Control Programme (UNDCP)

หยุดให้ความช่วยเหลือแล้วรัฐบาลจะทำอย่างไรกับงานปราบปรามยาเสพติดนั้นไม่ใช่ปัญหา แต่สิ่งที่น่าวิตกและต้องเตรียมวางแผนป้องกันอย่างรอบคอบ ก็คือการแพร่ระบาดของยาเสพติดอันเนื่องมาจากการพัฒนาพื้นที่บริเวณที่เรียกว่าสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ ซึ่งอยู่ในเขตลุ่มน้ำโขงตอนบนนั่นเอง มีประเด็นที่จะต้องนำมาพิจารณาอยู่หลายประเด็น อาทิ

1. ปัญหาการเมืองในประเทศพม่า ยังไม่สามารถหาข้อยุติได้ระหว่างรัฐบาลกลางกับกลุ่มชนรัฐฉาน และกลุ่มชาวคะเหรียง ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มนี้ควบคุมการผลิตและการค้าเฮโรอีนรายใหญ่ของโลกที่ไม่มีใครควบคุมได้ ถ้าพื้นที่บริเวณสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจนี้ได้รับการพัฒนาการคมนาคมดีขึ้น การขนส่งสินค้าทำได้สะดวกเหล่านี้ย่อมเอื้ออำนวยให้มีการลักลอบขนส่งยาเสพติดได้ง่ายกว่าแต่ก่อน ปัจจุบันการลักลอบค้าใช้เส้นทางคมนาคมโดยผ่านเส้นทางในประเทศไทยเท่านั้น ในอนาคตข้างหน้ายาเสพติดอาจขนจากแหล่งผลิตแล้วส่งตรงไปยังประเทศลูกค้า เช่น ยุโรปและสหรัฐอเมริกาได้โดยสะดวก แล้วจะมีคนติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นอีกเท่าไรไม่อาจคาดเดาได้

2. พื้นที่ที่มีการพัฒนา ย่อมมีความต้องการ**แรงงาน** เป็นจำนวนมาก แรงงานในภาคเกษตรจะอพยพเข้ามาอยู่ในเขตที่มีการพัฒนาจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในเกือบทุกประเทศ การใช้แรงงานเป็นจำนวนมากมักหนีไม่พ้นที่จะมีการใช้สารเสพติด หรือยาเสพติดด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน เช่น เพื่อช่วยกระตุ้นให้ทำงานได้ เพื่อเป็นยาระงับความปวดเมื่อย เพื่อความสนุกสนานบันเทิง ฯลฯ การใช้ยาเสพติดจะเข้ามาเป็นปัญหาของคนในพื้นที่โดยตรง ฉะนั้นในเขตที่มีการพัฒนาปัญหายาเสพติดจะเกิดขึ้นแก่คนที่อยู่ในพื้นที่ด้วย

3. ความแตกต่างระหว่างระดับการพัฒนาประเทศของ 4 ประเทศในเขตสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ เป็นสาเหตุให้มีการอพยพแรงงานเข้าไปหาประเทศที่มีค่าแรงสูงกว่า ข้อเท็จจริงที่เป็นอยู่ขณะนี้มีแรงงานชาวพม่าอพยพโดยผิดกฎหมายเข้าไปทำงานในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก ในอนาคตถ้าพื้นที่พัฒนาแล้วเปิดให้มีการค้าขายอย่างเสรีจะมีการอพยพแรงงานเข้าไปหาประเทศที่เจริญกว่าอย่างแน่นอน และที่จะเป็นปัญหาต่อมาก็คือการเข้าไปปรับวัฒนธรรมของประเทศที่อพยพเข้าไปจะพบกับระบบการทำงานที่ต้องแข่งขัน และระบบการทำงานที่ถูกเอารัดเอาเปรียบ เกิดการกดขี่ สิ่งก็ตามมาคือการใช้ยาเสพติดไม่ใช่ชนิดเดียวแต่เป็นการใช้ยาเสพติดหลายชนิด วิธีการใช้แตกต่าง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ที่อพยพเข้ามาแล้วเมื่อกลับไปประเทศของตนนำไปเผยแพร่ในประเทศที่ไม่เคยใช้ ปรากฏการณ์เหล่านี้ย่อมเกิดขึ้นได้ และต่อไปความรุนแรงของการใช้ยาเสพติดก็จะแพร่กระจายไปทั่วเขตที่มีการพัฒนา

ทั้งหมดนี้อาจเป็นการมองปัญหาแต่เพียงด้านลบด้านเดียวในการพัฒนาใด ๆ ย่อมต้องการให้เกิดผลในทางที่ดีเป็นประโยชน์แก่ประชาชนที่ได้รับการพัฒนา อย่างไรก็ตามเราไม่อาจประมาทได้เลยว่าสถานการณ์ที่กล่าวถึงทั้ง 3 ข้อนั้นจะไม่เกิดขึ้นจากการพัฒนาลุ่มน้ำโขงตอนบน ฉะนั้นการที่นำข้อพิจารณาขึ้นมาแสดงให้เห็นนี้เพื่อต้องการเตือนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาว่าควรจะต้องวางแผนอย่างรอบคอบเพื่อมิให้เกิดเหตุการณ์อย่างที่เป็นมาแล้วในหลาย ๆ ประเทศ การพัฒนาโดยมีการวางแผนอย่างรอบคอบจะนำผลประโยชน์ให้เกิดแก่ประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง

## เอกสารอ้างอิง

การควบคุมพืชเสพติด. ม.ป.ท., ม.ป.ป. (เอกสารโรเนียว).

สุนันท์ ละอองศรี. สรุประวัติและความเป็นมาในการพัฒนา รูปแบบและผลสัมฤทธิ์ในการแก้ไขปัญห  
บนที่สูงภาคเหนือของประเทศไทย. (เอกสารประกอบการสัมมนา สองทศวรรษแห่งการพัฒนาที่สูง  
20-22 มิถุนายน พ.ศ.2537 โรงแรมปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่)

Andre and Louis Boucaud, 1992. **Burma's Golden Triangle : On the Trail of the Opium Warlords.**  
Asia Book, Bangkok.

Bertil Lintner. Opium War. **Far Eastern Economic Review** (20 January 1994)

New farming technology plays a part in boosting opium production in Thailand. **Bangkok Post,**  
(13 June 1993)

## การใช้ยาในการกีฬา

การตื่นตัวเรื่องนักกีฬาใช้สารกระตุ้นเป็นประเด็นที่กำลังกล่าวขวัญกันมากไม่เฉพาะแต่ในการแข่งขันกีฬาระดับโลกในต่างประเทศเท่านั้น การแข่งขันกีฬาในประเทศไทยก็เริ่มการพูดถึง และให้ความสนใจมากขึ้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2536 สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการขอร้องจากนายแพทย์ท่านหนึ่งซึ่งปฏิบัติหน้าที่อยู่ในวงการกีฬาแห่งประเทศไทย ให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยาในหมู่นักกีฬาของไทย โดยการสัมภาษณ์บุคคลหลายกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับวงการกีฬาของไทย อาทิ นักกีฬา โค้ช ผู้ดูแลนักกีฬา แพทย์ที่ทำงานเกี่ยวกับการกีฬา สื่อมวลชนด้านกีฬาฯ บิดามารดาหรือญาติของนักกีฬา นักศึกษาวิชาพลศึกษา นักรูทีกเกี่ยวกับการกีฬา และครูสอนพละ

เนื่องจากมีเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพียง 2 เดือน วิธีที่ใช้ในการศึกษาจึงมิได้ใช้การเลือกตัวอย่างด้วยหลักสถิติ แต่เป็นการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง หรือแบบมีเป้าหมาย ซึ่งเริ่มต้นด้วยการหารายชื่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับวงการกีฬาในด้านต่าง ๆ และติดต่อกับบุคคลเหล่านั้นทางโทรศัพท์เพื่อขอสัมภาษณ์และนัดหมายเวลาที่เหมาะสม บางรายไม่ต้องการให้สัมภาษณ์แต่ให้รายชื่อบุคคลอื่นแทน ภายในเวลา 2 เดือนของการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์นักวิจัยได้สัมภาษณ์ผู้มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการกีฬาทั้งสิ้น 30 คน ซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการกีฬา ในลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

บทบาทของผู้ให้สัมภาษณ์	จำนวน (คน)
ข้าราชการ การกีฬาแห่งประเทศไทย (กกท.) .....	1
นักวิชาการพลศึกษา (เคยเป็นนักกีฬา).....	1
โค้ช (ผู้ฝึกสอนนักกีฬา) .....	9
นักศึกษา (พลศึกษา) .....	2
นักกีฬา .....	8
ประธานสหพันธ์แห่งเอเชีย .....	1
กรรมการตัดสินกีฬา .....	1
นักธุรกิจเกี่ยวกับการกีฬา .....	1
นักวิชาการกายภาพบำบัด .....	2
ครูสอนพลศึกษา .....	1
แพทย์ .....	1
สื่อมวลชนด้านกีฬา .....	1
พ่อ-แม่นักกีฬา .....	1
<b>รวม</b>	<b>30</b>

ในการสัมภาษณ์ นักวิจัย 2 คนจะไปสัมภาษณ์ด้วยกัน คนหนึ่งตั้งคำถามและอีกคนหนึ่งทำหน้าที่จดบันทึก ทั้งนี้เพื่อป้องกันการบันทึกข้อมูลผิดพลาด นักวิจัยไม่ได้ใช้เทปบันทึกคำให้สัมภาษณ์ เนื่องจากผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่าการสัมภาษณ์โดยใช้เทปบันทึกจะทำให้ผู้ตอบรู้สึกถึงความไม่เป็นกันเอง อาจมีการระวังคำพูดเมื่อต้องการจะพูดบางเรื่องที่มีความอ่อนไหว ดังนั้นการใช้นักวิจัย 2 คน ไปสัมภาษณ์จึงเป็นวิธีที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

## การใช้ยาในการกีฬา

### ก. ลักษณะการใช้ยาในการกีฬา

สาระที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็น การสรุปความจากแบบสอบถามที่สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการกีฬา 30 ท่าน โดยจำแนกให้เห็นความแตกต่างของการใช้ยาในกีฬาแต่ละประเภท

#### กีฬาวัยน้ำ

โค้ชจะให้ให้นักกีฬาทาน **ไซ-คาร์โบไฮเดรต** (ชื่อยา EXCEEP) ผู้ปกครองจะให้ทานวิตามิน นักกีฬาว่ายน้ำส่วนมากมีผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีฐานะดีมักจะมีชื่อยามาให้ลูกทานเองเมื่อครั้งไปแข่งขันและเก็บตัวที่ประเทศเยอรมัน ผู้ปกครองหลายคนได้ความรู้เรื่องยานี้มาจากที่นั่นจึงซื้อ **วิตามิน B12** เป็นแคปซูลให้ลูกทานครั้งละ

8 เม็ดก่อนนอนทุกวัน ได้ซเองเคยซื้อไฮ-โปรตีน จากเยอรมัน (เป็นแคปซูล ทานครั้งละ 6 เม็ด) ให้กับลูกศิษย์ทานปรากฏว่าภายหลังอ่านพบในหนังสือว่าทานมากจะมีผลข้างเคียง จึงเลิกใช้

เคยมีโค้ชคนจีน ให้นักกีฬาทานวิตามิน A, B รวม, E และโสม ยาพวกนี้จะกินก่อนลงน้ำฝึกซ้อมทุกวัน และยังมีกรดอะมิโนเอซีส ลักษณะเป็นน้ำบรรจุหลอด ทานก่อนนอนวันละหลอด จะช่วยให้ระบบหมุนเวียนของโลหิตดีขึ้น และมีธาตุเหล็กสูง และยังมียาอีกชนิดเป็นเม็ด แต่ไม่ได้บอกว่ายานี้เพื่ออะไร

การใช้ยาไฮ-คาร์โบไฮเดรต ปกติจะทานหลังจากการแข่งขัน (ทั้งรอบคัดเลือกและรอบชนะเลิศ) และหลังจากออกกำลังกายภายใน 30 นาที ทานครั้งละ 1 ซอง ช่วงที่มีการซ้อมหนักก็ทานบ่อย

เหตุผลที่ใช้ยาก็คือ จะช่วยให้ไกลโคเจน ที่ถูกใช้ไปฟื้นตัวได้เร็วขึ้น และผลที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้ยา คือ คิดว่าเป็นการบำรุงร่างกายและทำให้ร่างกายสดชื่น วัตถุประสงค์ของผู้ใช้คิดว่ามี 3 ประการคือ

- (1) กินเพื่อให้ร่างกายใหญ่โตขึ้น
- (2) กินเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง
- (3) กินเพื่อให้ร่างกายสดชื่นและข้อสำคัญคือมีผลต่อจิตวิทยาของผู้ใช้ยา

นอกจากนี้ ยังมีอาหารเสริมอีกชนิดที่นายแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นผู้ผลิตขึ้นคือสารอาหารที่ประกอบด้วย โปรตีน - คาร์โบไฮเดรต - ไขมัน - วิตามิน ครบถ้วน ลักษณะเป็นผงชงกับน้ำแล้วจะมีลักษณะขุ่น ทานแล้วตัวจะใหญ่โตมาก (ลูกชายของหมอทานแล้วตัวใหญ่โตมาก)

นักกีฬาที่เริ่มใช้ยาหรือสารเหล่านี้ตั้งแต่อายุ 12 ปี หรือเริ่มเข้ามาสู่ระบบการแข่งขัน พ่อแม่จะเริ่มซื้อวิตามินให้ทานแล้ว

นักกีฬาวัยน้ำคนหนึ่งบอกว่าตนนั้นกินแต่ยาวิตามิน และยาบำรุงเลือด วิตามินนั้นมีทั้งเม็ดและแคปซูล กินครั้งหนึ่งประมาณ 4 เม็ด กินแล้วไม่รู้สึกผิดปกติอะไร เจ็บๆ คิดว่ากินยาบำรุงร่างกาย และไม่ได้ใช้อย่างต่อเนื่อง จะใช้เฉพาะช่วงที่มีการฝึกซ้อมและการเก็บตัวเท่านั้น และในช่วงที่จะทำการแข่งขันจะระวังเรื่องอาหาร จะทานแต่อาหารที่ย่อยง่าย อาหารจำพวกเนื้อจะไม่ทานเพราะย่อยยาก

นักกีฬาวัยน้ำอีกคนบอกว่าตนเองกินยา วิตามิน B คอมเพล็กซ์ อามิโน ยาบำรุงตับ จะกินบ่อยช่วงที่มีการเก็บตัวฝึกซ้อม นอกจากนี้โค้ชจะมียามาให้กินอีก ถ้าเป็นโค้ชรัสเซียจะให้กินยาบำรุงหัวใจ กินวันละ 3 มื้อๆ ละ 3-4 เม็ด ถ้าเป็นโค้ชจีน จะให้กินยาสมุนไพร บางทีดื่มมาให้เลย กินทีละ 1 ถ้วย กินยากเพราะมีรสขม ส่วนยา 3 ชนิดข้างต้นนั้นตนกินเองและจะกินช่วงเวลาฝึกซ้อมเท่านั้น เพราะคิดว่าเป็นยาบำรุงร่างกาย ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ระหว่างที่กิน ใช้ครั้งแรกเมื่ออายุ ประมาณ 15-16 ปี ผู้ฝึกสอนวัยน้ำเป็นผู้แนะนำให้ทาน กินวันละ 1 เม็ด ใช้มาตลอดในปริมาณเท่ากันนี้ไม่เคยใช้เพิ่มขึ้น เมื่อเลิกฝึกซ้อมก็เลิกใช้

ผู้ให้สัมภาษณ์อีกคนหนึ่งเป็นบิดาของนักกีฬาวัยน้ำ เล่าว่าตนเป็นผู้ให้ยาแก่บุตรสาวตั้งแต่อายุ 11 ปี เมื่อเริ่มให้เล่นกีฬา เป็นยาประเภทที่มีสารสังกะสีสังเคราะห์ FRASOVIT Z (มีสารซิงค์ออกไซด์) ให้กินวันละ 1 เม็ดทุกวัน ก่อนเล่นกีฬาจะให้กินบ่อยช่วงนั้น เหตุผลที่ให้กินยานี้เพราะต้องการให้รูปร่างสูงใหญ่



ยาช่วยกระตุ้นต่อมเพิ่มความสูงเพื่อเพิ่มธาตุเหล็กให้กับร่างกาย แรงการเจริญเติบโตและเพื่อให้ร่างกายได้สารอาหารครบถ้วน

ภายหลังจากการให้ยาแล้ว 2-3 วันอุจจาระจะเป็นสีดำ ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้ให้ยานี้แก่นุตรสาวเอง เพราะที่บ้านเป็นร้านขายยา ตนเองเคยเป็น detail ยามาก่อนและที่สำคัญได้เคยเห็นนักกีฬาต่างประเทศใช้ยาประเภทนี้เหมือนกัน

นอกจากกินยาแล้วเรื่องการควบคุมอาหารก็เป็นเรื่องสำคัญ อาหารต้องมีประโยชน์ ไม่มีไขมัน เน้นโปรตีน และทานอาหารวันละ 4 มื้อ (เช้า กลางวัน บ่ายและเย็น)

### กีฬาวอลเลย์บอล

ในกีฬาวอลเลย์บอล นักกีฬาได้รับยาวิตามินชื่อ ซีแบ็ค และ เทเรแกรม อย่างแรกเป็นเม็ดสีแดง เลือดหมู ขนาดค่อนข้างใหญ่ อย่างหลังเป็นเม็ดสีเขียว ทานวันละ 1 เม็ด จะทานช่วงก่อนแข่งขัน(เก็บตัว) 1 เดือนเท่านั้น ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นนักกีฬาเองบอกว่ายานี้ผู้จัดการสโมสรเป็นผู้หามาให้ทาน คือเมื่อมีการแข่งขันระดับสโมสร จึงจะได้ยานี้ แต่ถ้าเป็นการแข่งขันระดับชาติไม่ได้กินยาอะไรเลย ยา 2 ชนิดนี้จะทานสลับกันครั้งละชนิดเดียวเท่านั้น เมื่อใช้ยาแล้วรู้สึกประสิทธิภาพในการเล่นดีขึ้นนิดหน่อย เริ่มใช้เมื่ออายุประมาณ 19-20 ปี ผู้จัดการใหญ่เป็นผู้ซื้อมาให้บอกว่าวิตามินรวมทุกอย่างกินแล้วดีบำรุงแต่ใช้ยาเฉพาะช่วงก่อนการแข่งขันเท่านั้นถ้าเลิกแข่งขันก็เลิกใช้ยา

### กีฬายูโด

นักกีฬายูโดผู้หนึ่งบอกว่าตนเองใช้ยานวด ยาบำรุงและยาจีน ยาบำรุงจะใช้ยาวิตามิน แคลเซียม เป็นผงละลายน้ำก่อนดื่ม ดื่มอาทิตย์ละ 4-5 วัน ๆ ละ 1 ชอง การใช้ยาวิตามินนี้จะใช้เฉพาะช่วงที่มีการเก็บตัวเท่านั้น ปกติไม่ใช้ยาอะไรเลย

เนื่องจากตนเองมีปัญหาที่หัวเข่าซึ่งได้รับจากการฝึกซ้อม จึงใช้ยาเฟวโอดิน ช่วยรักษาอาการอักเสบและกินยาจีนซึ่งผู้ปกครองเป็นคนหามาให้อีกด้วย ยาจีนต้ม 1 หม้อได้ยา 2 ชามเล็ก ๆ ทานอยู่ประมาณ 8 ชาม คิดว่ายาจีนนี้จะช่วยรักษาอาการอักเสบและช่วยบำรุงร่างกายด้วย

การกินยาจีนถ้ายาเริ่มออกฤทธิ์จะมีอาการเหมือนท้องเสียอยู่ประมาณครึ่งวัน ถ้าเข้าห้องน้ำจะถ่ายออกมาเป็นเลือด เพียงครั้งเดียวก็หายไป เป็นอาการที่หมอจีนบอกไว้แต่แรก จากนั้นจะไม่มีอาการผิดปกติอะไรอีก

ไม่ได้ใช้ยาเฟวโอดินอย่างต่อเนื่อง จะใช้เมื่อมีอาการปวดเจ็บเท่านั้น ส่วนยาวิตามินจะใช้เมื่อมีการเก็บตัวจะแข่งขัน ถ้าเลิกแข่งก็เลิกใช้

### กีฬาแบดมินตัน

นักแบดมินตันผู้หนึ่ง พูดถึงการให้ยาของตนเองว่า มียาที่ใช้เป็นประจำคือยาทา นวด เป็นยาน้ำ ชื่อ แอมเบล เป็นยาที่ซื้อมาใช้เอง ส่วนยากินมีวิตามินที่ใช้อยู่เป็นประจำชื่อซูเพอร์ดีน-N เป็นยาบำรุง ยาทั้ง

2 ชนิดใช้เองโดยอยู่ในความดูแลของคุณแม่ซึ่งเป็นแพทย์เองและแนะนำให้ใช้ วิตามินกินทุกเช้าวันละ 1 เม็ด จะระวังควบคุมเรื่องอาหารมากกว่าที่จะใช้ยาช่วย

ยานวดใช้ทาทุกวันเพราะจะข้อมเล่นกีฬาทุกวัน และทา-นวดก่อนออกกำลังฝึกซ้อม เมื่อทาแล้ว เล่นกีฬาได้ สำหรับยาเม็ดทานเป็นประจำทุกเช้า เป็นการทานยาก่อนออกกำลังกาย

นักกีฬาให้เหตุผลว่ากินยาวิตามินเพราะต้องการให้ไปช่วยข้อมแซมส่วนที่สึกหรอ ถ้าไม่ได้กินยาจะ รู้สึกว่าทรมานไป และยานวดก็เหมือนกันถ้าไม่ได้ทาจะรู้สึกว่าเล่นกีฬาไม่ได้ เป็นความเคยชินแล้วว่าต้องทา ก่อนลงเล่น แต่ปริมาณการใช้ก็ยิ่งเหมือนเดิมไม่ได้ใช้เพิ่มมากขึ้นแต่อย่างใด

### กีฬาฟุตบอล

ผู้ให้สัมภาษณ์เล่าถึงนักฟุตบอลที่รู้จักว่าจะใช้ยาจำพวกยานวดทากล้ามเนื้อเป็นส่วนใหญ่ ถ้าเจ็บป่วย จึงจะใช้ยากินธรรมดา การใช้ยาทาหรือนวดเพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อทำให้เกิดความร้อน จะทาก่อนเล่น โค้ชเป็นผู้หามาให้นักฟุตบอลใช้ ในเวลาที่ร้อนจัด ๆ จะจัดคูโครส (กระป๋องสีฟ้า) แจกให้นักกีฬาและมียาวิตามิน (ไวทอป หรือแบนเนอร์) ซึ่งจะได้รับในช่วงก่อนการแข่งขันโดยแพทย์ประจำทีมเป็นผู้ให้ การให้ยาวิตามินก็ เพื่อต้องการให้ออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาได้นานขึ้น จากการสังเกตการใช้ยาวิตามินนั้น จะได้รับคำแนะนำ จากบุคคล 4 ประเภทคือ (1) แพทย์ประจำทีม (2) โค้ช (ที่มีฐานะดี) หามาให้ (3) ผู้จัดการทีม (ที่มีโอกาส ได้ไปต่างประเทศ) (4) เพื่อนร่วมทีม

ลักษณะยาเป็นแคปซูลสีส้ม กินแล้วไม่มีผลต่อร่างกาย น่าจะมีผลทางด้านจิตใจมากกว่า นักฟุตบอล มักต้องเชื่อฟังโค้ชและผู้จัดการตลอดจนแพทย์ประจำทีม ฉะนั้นเมื่อเขาเหล่านั้นให้กินยาอะไร นักกีฬาก็ต้อง กิน แต่มีนักฟุตบอลบางคนไม่ยอมทานยาที่โค้ชนำมาให้ด้วยให้เหตุผลว่า ยาอะไรเขาไม่รู้

เคยเห็นนักฟุตบอลบางคนมีปัญหาติดสุรา ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพ แต่ส่วนใหญ่แล้วนักกีฬาระดับ ชาติจะเป็นนักกีฬาดี รักที่จะเป็นนักกีฬาจริง ๆ จะระวังรักษาสุขภาพ ไม่ดื่มเหล้า หรือสูบบุหรี่

มีการใช้ยาอยู่ 2 ประเภทที่พบบ่อยเป็นยาพวก non-steroid คือยาฉีดพ่น (เป็นสเปรย์) และยาทา แก้วปวดเมื่อยธรรมดา สำหรับยาฉีดพ่นที่เป็นสเปรย์จะใช้เมื่อนักกีฬามีอาการเจ็บที่ขาหรืออวัยวะอื่น เมื่อฉีด สเปรย์แล้วทำให้ไม่เจ็บ และสามารถเล่นต่อไปได้ ใช้กันมากในหมู่นักฟุตบอล ขณะที่ใช้ยาหรือยาออกฤทธิ์จะไม่รู้สึกเจ็บ แต่เมื่อภายหลังยาหมดฤทธิ์จะรู้สึกเจ็บบริเวณที่อวัยวะนั้นเหมือนเดิมจะมีอาการเจ็บมากขึ้น ผู้ที่ ใช้ยามีความคาดหวังว่าเมื่อฉีดสเปรย์เข้าไปแล้วจะทำให้หายอาการเจ็บและเล่นต่อไปได้ ส่วนมากโค้ชจะเป็น ผู้แนะนำให้นักกีฬาใช้

### กีฬาชกมวย

ในกีฬาชกมวย เห็นมีการใช้ยาขับปัสสาวะ และยาถ่ายหลังจากการชก ยาทั้ง 2 ชนิดเป็นยาที่ต้องกิน กลุ่มพวกนี้มีอายุ 20 ปีขึ้นไปแล้วมักไม่ค่อยมีการศึกษาหรือการศึกษาน้อยผู้ให้สัมภาษณ์เป็นกรรมการมวย จึงเคยเห็นพฤติกรรมนี้มาบ้าง นักชกเมื่อทำน้ำหนักตัวไม่ได้ตามที่ต้องการจึงจะใช้ยาเหล่านี้ เมื่อนักมวยกิน

เข้าไป คนภายนอกดูไม่ออกว่ามีอาการผิดปกติอะไร แต่ผู้กินจะมีการขับถ่ายมาก อ่อนเพลีย พวกที่แนะนำให้ใช้มักเป็นพวกนักมวยด้วยตัวเอง หรือหัวหน้าค่ายมวย เหตุผลในการใช้ยากี้เพื่อต้องการลดน้ำหนักให้ได้เท่ากับที่ตนต้องการจะชก ถ้ายังคงลดไม่ได้ก็ใช้ยานี้ไป ไม่ใช่เป็นการกินแบบสม่ำเสมอเป็นเพียงยาที่กินชั่วคราวเท่านั้น เนื่องจากกลุ่มนักมวยนี้มักไม่มีใครมีความรู้ จึงอาศัยการแนะนำจากเพื่อนกลุ่มเดียวกันจะบอกกันว่าควรจะกินอย่างไร ไม่มีแพทย์ให้การแนะนำและเป็นกลุ่มนักกีฬาที่สูบบุหรี่จัดมากกลุ่มหนึ่งไม่อาจกล่าวได้ว่านักมวยติดยาเสพติด แต่จะเห็นมีการตีหมัดแล้วสูบบุหรี่เพื่อเป็นการฉลองกันเสมอ ๆ เมื่อเสร็จสิ้นการชกแต่ละครั้ง

ผู้ให้สัมภาษณ์อีกคนเป็นโค้ชมวยสากลสมัครเล่น เล่าว่าในการกีฬาประเภทนี้มีทั้งยากินและยาฉีด โดยอยู่ในความควบคุมของแพทย์ประจำทีม ยากินเป็นประเภทวิตามิน A B C B1 และ B2 แบรินด์ กลูโคส ส่วนยาฉีดเป็นยาอะไรไม่ทราบหมอบเป็นผู้ฉีดให้ ยาวิตามินนักมวยกินทุกวัน ส่วนยาฉีดนักมวยไปฉีดอาทิตย์ละครั้งช่วงเก็บตัวก่อนการแข่งขันจะมีการใช้ยาเหล่านี้บ่อย

อาการผิดปกติภายหลังการกินยาวิตามินนั้นไม่มี แต่กับยาที่ฉีดเข้าไปรู้สึกว่าจะมีแรงข้อมมากขึ้น ถ้านักมวยเป็นไข้จะให้ฉีดยาแก้ไขเข็มหนึ่ง ยาบำรุงอีกเข็มหนึ่ง พอรุ่งเช้าก็ข้อมได้เลย เคยเห็นบางค่ายมวยให้ฉีดยาวันเว้นวัน แต่สำหรับค่ายของตนให้ฉีดอาทิตย์ละครั้ง ผลข้างเคียงภายหลังจากฉีดยาคือมีอาการง่วงซึม จะฉีดบ่อยขึ้นตอนใกล้ชกอาการง่วงซึมมีฤทธิ์อยู่ประมาณ 12-13 ชั่วโมง การใช้นี้ก็เพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์เต็มที่ผลทางร่างกายและจิตใจของนักกีฬาด้วย โทษของยากิดว่าไม่มี มีแต่จะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงขึ้น ยาฉีดนี้จะฉีดภายหลังจากซ้อมเสร็จ เมื่อฉีดนักมวยจะง่วงซึม และโค้ชก็จะให้นอนพักผ่อน ไม่ได้มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จะใช้ตอนช่วงที่มีโปรแกรมการแข่งขันช่วงเก็บตัวจึงเริ่มใช้

ผู้ให้สัมภาษณ์อีกคนเป็นโค้ชมวยสมัครเล่น เล่าประสบการณ์ที่พบว่ามีการใช้ยาอยู่ 2 ชนิดคือ น้ำมันมวย กับ ยาลาซิก (ยาระดมพล) เป็นยาถ่ายเพื่อลดน้ำหนัก ยา 2 ชนิดนี้เห็นใช้เป็นส่วนมาก แต่มียาประเภทยาแก้ปวด กลูโคส (ฉีดเข้าเส้น) และอาจมีการใช้वान (ยาแผนโบราณ) บ้างเล็กน้อย

ยา 2 ชนิดแรกนั้นจะใช้ทุกครั้งที่มีการแข่งขัน น้ำมันมวยจะทาก่อนชก ส่วนยาระดมพลจะกินก่อนแข่งขัน 1 วัน กินเพียง 1 เม็ด สามารถลดน้ำหนักได้เป็นกิโลตามที่ต้องการสำหรับยาลาซิกภายหลังจากกินเข้าไปแล้วประมาณ 2 ชั่วโมงจะปัสสาวะตลอด ขณะยาออกฤทธิ์มีอาการอ่อนเพลียขาดน้ำ ช่วงเวลานั้นต้องกินอาหารชดเชย แต่เมื่อหลังจากกินยาไปแล้ว 2-3 วันไม่มีอาการผิดปกติอะไรคงเหมือนปกติธรรมดา เมื่อต้องการเพิ่มประสิทธิภาพของยา ก็จะกินยานั้นเพิ่มขึ้นจาก 1 เม็ดเป็น 2 เม็ด ขณะที่ยาออกฤทธิ์มีวิธีบำบัดอาการผิดปกติโดยการพักผ่อน และกินอาหารเสริม เช่น ต้มน้ำส้ม หรือ กินยาเม็ด (เคยใช้ยาพาสเซอร์โลมบี) บำรุงประสาท

ยาต่าง ๆ เหล่านี้นักมวยเริ่มใช้ตั้งแต่เริ่มฝึกหัดเป็นนักมวยคืออายุประมาณ 17-18 ปี โดยมีครูฝึกสอนและนักมวยรุ่นพี่เป็นผู้แนะนำให้ใช้ โดยปกตินักมวยจะฝึกซ้อมมาเต็มที่แล้วเมื่อกินยาจะลดการฝึกซ้อม เพื่อให้ร่างกายได้ผ่อนคลาย การกินยาลดน้ำหนักนี้กินเฉพาะเมื่อจะแข่งขันเท่านั้นไม่มีการกินอย่างต่อเนื่อง

## กีฬาคนน้ำหนัก

กีฬาประเภทยกน้ำหนัก มีการใช้ยาขับปัสสาวะ ยาบำรุงและยาวิตามิน ยาต่าง ๆ เหล่านี้นักยกน้ำหนักใช้และจะแนะนำพวกที่เล่นกีฬาในกลุ่มเดียวกันให้ใช้ พวกนี้ไม่ค่อยมีความรู้เรื่องการใช้ยา จะใช้ตามเพื่อนหรือรุ่นที่แนะนำ เกือบทุกครั้งที่มีการแข่งขันถ้าทำน้ำหนักให้อยู่ในรุ่นที่จะแข่งไม่ได้ก็จะกินยาขับปัสสาวะก่อนการแข่งขันมีการใช้มากที่สุด ผู้ที่ใช้มีเหตุผลที่ต้องการให้น้ำหนักตัวอยู่ในรุ่นที่จะแข่งขันได้ ซึ่งจะได้เปรียบคู่ต่อสู้ ผลของยานั้นเพียงให้มีการปัสสาวะออกมาเท่านั้น การใช้ยานี้ในระยะสั้นไม่เห็นผลอะไรแต่ในระยะยาวคิดว่าร่างกายจะชะลอการพัฒนา และสถิติการกีฬาจะไม่ดี ยาเหล่านี้นอกจากนักกีฬารุ่นที่จะเป็นผู้แนะนำให้ใช้แล้ว โค้ชก็ยังแนะนำด้วย สำหรับปริมาณการใช้ยามักไม่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากการใช้ยาเพียงเพื่อการให้น้ำหนักลด ถ้าน้ำหนักเกินมากไปการกินยามากไม่ทำให้ลดน้ำหนักลงได้ จริง ๆ แล้วนักกีฬาพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยาประเภทนี้อยู่แล้ว แต่ถ้าจำเป็นต้องลดน้ำหนักให้ได้จึงต้องใช้ ผู้ให้สัมภาษณ์เล่าว่าเคยเห็นนักกีฬาคนน้ำหนัก ต้มเหล้าและสูบบุหรี่ด้วย แต่ไม่ได้ใช้ให้เป็นประโยชน์กับการกีฬา น่าจะเป็นการพักผ่อนส่วนตัวมากกว่า ยาลดน้ำหนักนี้นักกีฬาผู้หญิงไม่ค่อยกล้าใช้

ในกีฬาคนน้ำหนัก ถ้าเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี เป็นช่วงที่กำลังฝึกหัด การฝึกฝน จะเน้นด้านเทคนิคมากกว่าเน้นเรื่องการใช้พลังกำลัง ฉะนั้นเด็กพวกนี้ไม่ได้รับการแนะนำให้ใช้ยา

ผู้ให้สัมภาษณ์อีกรายพูดถึงยาที่นักกีฬาคนน้ำหนักมักใช้กัน คือ ยาประเภท**สเตอโรยด์** (พิมเสน, วิก) เมื่อใช้แล้วทำให้สมองโปร่ง นอกจากนั้นมี**ยาโซมบารุง ยาเสริมกล้ามเนื้อและวิตามิน** ยาประเภทวิตามินใช้กิน แต่ถ้าเป็นยาเสริมกล้ามเนื้อใช้ฉีด ยาเหล่านี้อยู่ในความดูแลของแพทย์จะเป็นผู้แนะนำ จะเริ่มใช้ก็ต่อเมื่อเริ่มลงมือฝึกซ้อม เมื่อฤทธิ์ยาจะหมดผู้ใช้ อาจมีอาการอ่อนเพลียและหงุดหงิด เด็กอายุ 18 ปี เริ่มมีการสร้างกล้ามเนื้ออาจจะเริ่มใช้ยา แต่อย่างไรก็ตามการใช้ยาจะอยู่ในความดูแลของแพทย์ เพราะนักกีฬาไม่มีใครมีความรู้ในเรื่องการใช้ยาเหล่านี้

## กีฬาเพาะกาย

นักกีฬาเพาะกายคนหนึ่งเล่าประสบการณ์ของตนเองว่าการกีฬาเพาะกายมีการใช้ยาหลายชนิดเป็นอาหารเสริมประเภทโปรตีนสกัด พวกที่เล่นกีฬาเพาะกายจะต้องมีเงินพอสมควรเพราะยาพวกนี้มีราคาแพง อาหารเสริม กรดอะมิโน กินผสมกับน้ำ หลังอาหารเช้าและเย็น ครั้งละ 3 เม็ดกินเป็นปกติทุกวันกินไปเรื่อย ๆ เพราะต้องการให้กล้ามเนื้อใหญ่ เมื่อกินเข้าไปแล้วไม่มีอาการผิดปกติ นอกจากกล้ามเนื้อจะใหญ่ขึ้น เริ่มใช้ครั้งแรกเมื่อเริ่มหัดเพาะกาย คือ ประมาณอายุ 20 ปี ผู้ที่แนะนำให้กินยาคือพวกที่เพาะกายรุ่นพี่และอ่านจากหนังสือ หรือโฆษณาต่าง ๆ บ้าง

ครูฝึกเพาะกายให้สัมภาษณ์โดยกล่าวถึงยาที่นักเพาะกายกินส่วนมากไม่ใช่ยา เรียกว่าอาหารเสริมชื่อ "Super 90 protein" ของ Weider เป็นยาเม็ดราคาแพงกินแล้วให้พลังงานคือจะมีอาการร้อนภายในร่างกาย นั่งไม่ติด นอนไม่หลับ ต้องออกกำลังกาย ยานี้กินครั้งละ 3-15 เม็ด ก่อนเล่นประมาณ 40 นาที เมื่อกินแล้วต้องออกกำลังกายนั่งอยู่เฉย ๆ ไม่ได้ ผู้ที่แนะนำให้ใช้คือครูฝึกในช่วงแข่งขันอาจมีการเพิ่มปริมาณการกินเป็น 2 เท่า

## กีฬารักบี้

นักกีฬารักบี้ ผู้ให้สัมภาษณ์พูดถึงตนเองว่า กินยาอยู่ชนิดเดียวคือ**แบนเนอร์โปรตีน** แต่ถ้าเวลามีอาการปวดบวมหรืออักเสบจะใช้**เคนต์เตอร์เพน** หรือ**โวกาเลน เจล** เมื่อตอนเด็ก ๆ เคยกินน้ำมันตับปลา (หัดเล่นกลั้ม) ปัจจุบันไม่กินแล้ว กินแต่แบนเนอร์และบำรุงร่างกายด้วยอาหาร เช่น กินไข่มาก ๆ และไม่ได้กินยาบำรุงอื่นใด แบนเนอร์โปรตีนก็จะกินแต่เฉพาะช่วงที่มีการแข่งขันเท่านั้น ถ้าเป็นเวลาปกติก็ไม่กิน เพื่อน ๆ ในกลุ่มที่เป็นนักรักบี้ก็กินยานี้เหมือนกัน จะกินวันละ 1 เม็ด ในช่วงเวลาที่มีการเก็บตัว เนื่องจากช่วงที่มีการเก็บตัวจะมีการฝึกซ้อมมาก ร่างกายอ่อนแรง ยาแบนเนอร์จะช่วยเสริมสร้างส่วนที่ใช้ไปเมื่อกินแล้วรู้สึกร่างกายสดชื่นขึ้น

## กีฬาบาสเกตบอล

ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นโค้ชบาสเกตบอล เล่าว่านักกีฬาในกลุ่มนี้มักติด**บุหรี่**และ**เหล้า** เป็นส่วนมาก เนื่องจากเป็นนักกีฬาสมัครเล่น เป็นเด็กมาจากต่างจังหวัดโดยเฉพาะภาคอีสานฐานะปานกลาง เมื่อมาเข้าค่ายฝึกซ้อมก็จะรวมกันเป็นกลุ่มเดียวกัน คนกลุ่มนี้ใช้**บุหรี่**เป็นเรื่องผ่อนคลาย ก่อนวอร์มอัป และช่วงเวลาพักครึ่ง นอกจากนั้นจะใช้**กลูโคส**ระหว่างพักด้วย เด็กพวกนี้เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 16-17 ปีแล้ว การสูบบุหรี่หรือกินเหล้านี้น่าจะเป็นสิ่งที่เขาใช้อยู่เป็นปกตินิสัยมากกว่าจะใช้เป็นเครื่องช่วยในการแข่งขันกีฬา เพราะไม่ว่าเวลาใดก็เห็นเขาสูบบุหรี่ และดื่มเหล้า ช่วงที่มีการแข่งขันอาจสูบบ่อยเพราะช่วยระบายความเครียด

ผู้ให้สัมภาษณ์อีกคนเล่าประสบการณ์ว่าเห็นลูกศิษย์ที่เป็นนักบาสเกตบอล **กินลิโพ**ก่อนการแข่งขันเพียง 1/2 ขวดเท่านั้น นักกีฬาบอกว่ากินเพื่อให้เกิดอาการกระปรี้กระเปร่า (คึกคัก) แต่มีเพียง 2 คนในกลุ่มนักกีฬานี้เท่านั้นที่กินลิโพ การกินลิโพนี้ไม่ได้กินเป็นประจำ จะกินเฉพาะช่วงแข่งขัน กินก่อนลงแข่งขัน ได้เห็นว่าเมื่อกินแล้วลงแข่งก็มีอาการปกติไม่มีอะไรผิดปกติไปจากเดิม ผู้กินบอกว่าเพื่อน ๆ เป็นคนแนะนำ ตนเองเคยเตือนให้เลิกทราบว่า ปัจจุบันนักกีฬาทั้ง 2 คนก็เลิกกินไปแล้วเพราะตัวนักกีฬามาบอกเอง

## กีฬากรีฑา

กรีฑา เป็นกีฬาที่ต้องฝึกซ้อมทั้งปี นักกีฬาจึงต้องบำรุงร่างกายตลอด ยาที่ใช้มี**วิตามิน** **เกลือแร่** **แคลเซียม** และ**ยาบำรุง** ซึ่งการใช้ยาเหล่านี้อยู่ในความดูแลของแพทย์ ผู้ให้สัมภาษณ์เคยเป็นนักกีฬามาก่อน ช่วงที่แข่งขันแพทย์จะให้ยาจำพวก**วิตามิน** **แคลเซียม** **เกลือแร่** ในช่วงที่เล่นกีฬาเนื่องจากตนเองเป็นคนที่มีน้ำหนักน้อย ฉะนั้นช่วงการฝึกซ้อมก่อนการแข่งขันประมาณ 3 เดือน แพทย์จะฉีดยาให้ ซึ่งไม่ทราบว่าเป็นยาอะไร ทราบแต่ว่าเมื่อฉีดแล้วทำให้อยากทานข้าว ทานอาหารมาก ๆ เพื่อเป็นการเพิ่มน้ำหนัก ซึ่งการฉีดยานี้ทำในช่วงก่อนการแข่งขันเท่านั้น เมื่อเลิกแข่งก็เลิกใช้ ถึงแม้ปัจจุบันตนทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนักกีฬาก็ยังเห็นนักกรีฑารุ่นใหม่ๆ ยังคงใช้**วิตามิน** **เกลือแร่** **แคลเซียม**เช่นเดียวกับที่ตนเคยใช้ ตนคิดว่าการใช้ยาเหล่านี้ไม่ค่อยมีผลมากนักจะมีผลทางด้านจิตใจมากกว่า เพราะตนเองเชื่อถือการฝึกซ้อมถ้าซ้อมดีก็เล่นได้ดี ไม่ใช่เป็นเพราะกินยาดี

ผู้ให้สัมภาษณ์อีกคนหนึ่งเป็นโค้ชกรีฑา กล่าวว่านักกรีฑาส່วนมากมีการใช้ยาวิตามิน โสม และแบนเนอร์กันมาก บางคนมีการฉีดเข้าในกล้ามเนื้อด้วย ตนเองไม่ทราบว่ายาอะไร เมื่อตนเป็นนักกรีฑาเคยฉีดเข้ากล้ามเนื้อจะทำให้ไม่เหนื่อยง่าย (ตอนไปแข่งที่เยอรมัน) แต่ทั้งหลายเหล่านี้อยู่ในความดูแลของแพทย์ ผู้ตอบเข้าใจว่าการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อเพื่อต้องการให้ยาไปกระตุ้นส่วนต่าง ๆ ของกล้ามเนื้อให้ดีขึ้น ทำให้สถิติในการกีฬาดีขึ้น (วิ่งดีขึ้น) ในการใช้ยาเหล่านี้ผู้ให้สัมภาษณ์เล่าว่าตนเองพยายามที่จะควบคุมเพราะถ้าใช้มากอาจทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ โดยเฉพาะกับเพศหญิงอาจทำให้เป็นหมัน

ผู้ให้สัมภาษณ์อีกคนหนึ่งเล่าประสบการณ์ในฐานะเป็นโค้ชให้ฟังว่าในกีฬาประเภทกรีฑามีการใช้ยาอยู่ 5 ชนิด ซึ่งเห็นอยู่บ่อย ๆ คือยา Amino Combo, Max Effort, Ultra-4 เคาน์เตอร์เพน และฮีรูโดย ยา 3 ชนิดแรกเป็นยากิน ส่วนอีก 2 ชนิดเป็นยาทา ยาเหล่านี้เป็นยาที่ผู้ฝึกสอนนำมาให้นักกีฬา กิน ส่วนมากนักกรีฑาจะมีอายุอยู่ระหว่าง 16-17 ปีขึ้นไป เป็นนักเรียนและนักศึกษามหาวิทยาลัย และเป็นผู้ที่มาจากต่าง-จังหวัดมีความมุ่งหวังในการกีฬาว่าจะนำตนเข้าไปมีอาชีพที่ดีขึ้น มีการทำงานมั่นคง หรือเป็นการยกฐานะภาพของตนเองให้สูงขึ้น

ยา Amino Combo เป็นยาที่กินก่อนและหลังการฝึกซ้อมทุกวัน กินครั้งละ 3 เม็ดก่อนซ้อม และเมื่อซ้อมเสร็จจะกินอีก 3 เม็ด จะกินเฉพาะช่วงที่มีการฝึกซ้อมเท่านั้น ส่วนยาทาได้แก่ เคาน์เตอร์เพน จะใช้ในเวลาที่อากาศหนาว (โดยเฉพาะเมื่อไปเมืองนอก) และยาฮีรูโดยใช้เมื่อเกิดบาดเจ็บหรือฟกช้ำแล้วแต่กรณี

ผู้ให้สัมภาษณ์ให้เหตุผลว่า ที่ใช้ยาเหล่านี้เพราะดึงพลังงานมาใช้และซ่อมแซมขาดหายส่วนที่หายไป ซึ่งช่วยให้นักกีฬาฟื้นตัวเร็ว ผู้ที่เป็นนักกีฬาจะบอกว่าเมื่อใช้ Amino Combo แล้วรู้สึกดีขึ้นเป็นการเพิ่มพลังงาน เพราะอาหารอย่างเดียวไม่พอ ยาเหล่านี้คือผู้ฝึกเป็นผู้แนะนำให้กิน และเป็นผู้ควบคุมให้การกินยาและอาหารทุกชนิด ผู้ตอบมีความเห็นว่าการกินยานั้น 50% เป็นประสิทธิภาพของยาจริง ๆ อีก 50% เป็นเรื่องของจิตวิทยาที่คนกินเข้าไปจะเกิดความรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นว่าสามารถแข่งขันกับคนอื่น ๆ ได้ นักกรีฑาส່วนมากไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องสุรา, บุหรี่หรือยาเสพติดอื่น ๆ อาจดื่มเบียร์บ้างนิดหน่อยแต่อยู่ในการดูแลของครูฝึกสอนอยู่แล้ว

### ยิมนาสติก

นักกีฬายิมนาสติกเล่าประสบการณ์การใช้ยาของตนว่า ใช้ยาทากล้ามเนื้อชื่อเคาน์เตอร์เพนเท่านั้น ยาอย่างอื่นไม่ได้ใช้ และเริ่มใช้ยานี้เมื่อเริ่มเล่นกีฬาดังตั้งแต่อายุได้ 14-15 ปีแล้ว เห็นคนอื่นทาบ้างไม่มีใครแนะนำ แต่การใช้เคาน์เตอร์เพนนั้นจะทาเมื่อเกิดอาการปวดเมื่อย ถ้าไม่มีอาการดังกล่าวก็ไม่ทา ส่วนยาอื่นไม่เคยใช้ ในกลุ่มที่เล่นยิมนาสติกด้วยกันซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 14-21 ปีก็เห็นใช้ยาเคาน์เตอร์เพน นักกีฬาประเภทอื่นตนเองไม่มีความรู้

### กีฬาวิ่งเพื่อสุขภาพ

เป็นกีฬาที่เล่นเพื่อออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายนี้มีการใช้ยานวดและยากิน ยานวดคือ เคาน์เตอร์เพน น้ำมันมวย รีเจล ส่วนยากินได้แก่ เบนเนอร์โปรตีน กลุ่มนักกีฬาประเภทนี้มีอายุระหว่าง 30 ถึง 80 ปี มีทั้งผู้หญิงและผู้ชาย

โดยปกติการวิ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (1) วิ่งเพื่อการแข่งขันอาจจะต้องมีการใช้ยา (2) วิ่งเพื่อสุขภาพ บอกได้เลยว่า 99% ไม่น่าจะใช้วิธีรับประทานอาหารให้ถูกหลัก และพักผ่อนให้เพียงพอ การวิ่งเพื่อสุขภาพระหว่างทางที่วิ่งทุก 2.5 กิโลเมตร ต้องมีการให้น้ำและหลังจากการวิ่งจะดื่มเครื่องดื่มเกลือแร่ (สปอนเซอร์) ดื่มแล้วรู้สึกร่างกายสดชื่นขึ้น และจะดื่มตอนที่รู้สึกเหนื่อยมาก ๆ เท่านั้น

ในการใช้**แบนเนอร์โปรตีน** เนื่องจากเป็นอาหารเสริม ฉะนั้นกินยาเข้าไปด้วยต้องการให้มีอาหารครบทุกหมู่ตามหลักโภชนาการเท่านั้น ส่วน**ยานวด** จะใช้เมื่อเวลาบาดเจ็บหรือปวดเมื่อย หลังจากรับประทานยาหรือกายหลังจากใช้ยานวดก็ปกติธรรมดาไม่เกิดอาการอะไร รู้สึกว่าร่างกายแข็งแรงขึ้นกว่าเดิม

ผู้ที่แนะนำให้ใช้ยามักเป็นพวกนักวิ่งด้วยกันบอกต่อ ๆ มา แต่ถ้าเป็นการวิ่งแข่งขันแล้วโค้ชจะเป็นผู้หายาเหล่านั้นมาให้ นักวิ่งเอง นักวิ่งเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่เป็นนักธุรกิจเป็นคนที่อยู่ในฐานะทางสังคมดีไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกาย แต่ได้เข้ามาสู่กลุ่มการวิ่งเพื่อสุขภาพมากขึ้น

### **กีฬาวิ่งมาราธอนเพื่อการออกกำลังกาย**

ในการวิ่งทนปกติไม่มีการใช้ยาใด ๆ เลย นอกจากยานวด เช่น เคาน์เตอร์เพน หรือน้ำมันร้อนต่าง ๆ การใช้ยานวดมี 2 ประเภท ประเภทหนึ่งทาหรือนวดไว้ก่อนวิ่งเพื่อให้อุ่นใจไว้ก่อน ประเภทที่สองทาเมื่อเกิดปัญหาแล้วเช่นเป็นตะคริว เป็นต้น

นักวิ่งเชื้อสายจีนจะมียาจีนลักษณะเป็นยาลูกกลอนสีดำ ๆ กินก่อนวิ่งแล้วจะช่วยลดอาการบาดเจ็บได้ กินครั้งละ 8-10 เม็ดและต้องกินทุก ๆ ระยะทาง 20 กิโลเมตร ผู้ให้สัมภาษณ์เคยกินครั้งเดียวเพราะลูกคำที่เป็นคนเชื้อสายจีนนำมาให้กินก่อนออกวิ่ง 8 เม็ด และพอถึงระยะทาง 20 กม. ก็ให้กินอีก 8 เม็ด รู้สึกว่าสามารถระงับอาการปวดเมื่อยของข้อต่าง ๆ ได้ และหลังจากนั้น 2-3 วันก็ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น นักวิ่งคนจีนบางคนจะมีอาหารจีนลักษณะคล้าย ๆ สาหร่ายแห้งเป็นแผ่น ๆ พกติดตัวเวลาวิ่ง เมื่อเหนื่อยจะเอามาเคี้ยวบอกว่าช่วยลดอาการเหนื่อยมาก ๆ ได้

สำหรับนักวิ่งมาราธอนในระหว่างการแข่งขันจะมีน้ำบริการให้ทุก ๆ ระยะ 2 กิโลเมตร และจะมีน้ำเกลือแร่ เช่น สปอนเซอร์ หรือเกรดดูเรตบริการทุก ๆ 10 กิโลเมตร

### **นักกีฬาฮิงปีน**

ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นนักกีฬาฮิงปีน ตนเองเป็นโรคหัวใจบ่อยต้องมียาตีฟี่และดีคอลเจนติดตัวเป็นประจำ ใช้บ่อยมากเมื่อเป็นหวัดจะกินทุก 4 ชั่วโมง และครั้งละ 2 เม็ด แต่ทราบจากแพทย์ว่าตัวยาทัง 2 ชนิดนี้มีส่วนที่ต้องห้ามอยู่ ฉะนั้นเมื่อถึงเวลาแข่งขันจะหยุดกินยาตีฟี่และดีคอลเจน แต่ใช้วิธีไปหาหมอบ โดยปกติก่อนการแข่งขันทุกครั้งจะหยุดการใช้ยาแก้หวัดทั้ง 2 ชนิดนี้ล่วงหน้าเป็นเวลา 3 เดือน

## ข. ความสำคัญของการใช้ยา โดยทั่วไป

### การใช้ยาเสพติด

ในสังคมไทย การใช้ยาหรือสารเสพติดเป็นสิ่งที่ไม่ได้รับการยอมรับ ผู้ที่ติดยาเสพติดประเภทผิดกฎหมายเช่น ฝิ่น กัญชา หรือเฮโรอีน จะถูกมองว่าเป็นพวกที่มีปัญหาและสร้างปัญหาให้แก่สังคม สารระเหยเป็นอีกชนิดหนึ่งที่กำลังเป็นปัญหาเช่นเดียวกับยาเสพติดที่กล่าวถึง แต่สารระเหยเช่นกาวหรือทินเนอร์ ยังเป็นสิ่งที่หาซื้อได้ง่ายและไม่ผิดกฎหมาย ฉะนั้นสิ่งเสพติดชนิดหลังนี้จึงแพร่หลายและเป็นปัญหาอย่างมากในกลุ่มเยาวชนไทย

สุราและบุหรี่ ถึงแม้จะเป็นที่รู้จักกันว่าเป็นสิ่งเสพติดและก่อให้เกิดอันตราย แต่มิได้มีกฎหมายห้ามการจำหน่าย ในสังคมไทยการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรายังเป็นที่ยอมรับและเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของการเข้าสมาคม บุหรี่เองปัจจุบันมีการรณรงค์ให้เลิกสูบและมีการห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่หลายแห่ง แต่การรณรงค์นี้เป็นเพียงการเริ่มต้นเท่านั้น ยังมีเด็กวัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่ยังหลงคิดว่าการสูบบุหรี่เป็นการแสดงความเป็นผู้ใหญ่ หรือการดื่มสุราแสดงว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่สามารถทำอะไรอย่างผู้ใหญ่ทำได้

การใช้สารเสพติดในหมู่นักกีฬา กล่าวได้ว่ามีน้อยมากเพราะนักกีฬาย่อมรู้ดีว่าสิ่งเหล่านี้ทำลายสุขภาพร่างกายและเป็นอุปสรรคสำหรับการกีฬา แต่ในกลุ่มนักกีฬาบางประเภทเช่น กีฬาที่เล่นเป็นทีม นักกีฬาเหล่านี้จะอยู่ในการดูแลของผู้ฝึกสอนเป็นระยะ ๆ หรือเป็นช่วงที่มีการแข่งขันหรือเก็บตัวเท่านั้น ช่วงเวลาอื่นจะเป็นตัวของตัวเองมักสูบบุหรี่ และดื่มสุรา พฤติกรรมเหล่านี้จะพบมากในกลุ่มนักกีฬาที่มาจากต่างจังหวัด เติบโตและพยายามได้เต้าเข้ามาเป็นนักกีฬาเพราะต้องการมีชื่อเสียงต้องการมีฐานะในสังคม ฉะนั้นพื้นฐานความรู้ในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพมิได้เกิดขึ้นมาตั้งแต่เล็ก ซึ่งนักกีฬากลุ่มนี้จะแตกต่างจากนักกีฬาที่มีครอบครัวหรือพ่อแม่พี่น้องสนับสนุน เรื่องการสูบบุหรี่หรือดื่มสุราจะไม่อยู่ในนิสัยประจำของนักกีฬาประเภทที่สองนี้เลย

### การใช้ยาในการกีฬา

การใช้ยาหรือสารในการแข่งขันกีฬา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาประเภทวิตามินบำรุงทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น ร่างกายใหญ่โตขึ้น หรือเป็นการช่วยซ่อมแซมพลังที่กำลังที่เสียไป ส่วนยาอีกประเภทคือยาช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือยาทาปวดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลัง ยาอีกประเภทคือยาที่ใช้ลดน้ำหนักเพื่อต้องการให้ร่างกายอยู่ในน้ำหนักที่ต้องการ ยาอีกประเภทคือยาที่ช่วยทำให้ร่างกายสดชื่นขึ้นเมื่อเกิดอาการเหนื่อยมาก ๆ เช่น พวกเกลือแร่ต่าง ๆ โดยทั่วไปแล้วมีการใช้ยาอยู่ 4 ประเภทใหญ่ ๆ ข้างต้น

ยาต่าง ๆ เหล่านี้ส่วนใหญ่ักกีฬาได้รับจากครูฝึกสอน จากผู้จัดการทีม หรือจากพ่อแม่ของนักกีฬาเองก็มี ไม่ว่าใครจะเป็นผู้ให้ยากก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์หลายคนกล่าวว่าอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ เพราะถ้าเป็นนักกีฬาระดับชาติ การเก็บตัวนักกีฬา การให้อาหารหรือยารักษาอยู่ในความดูแลของแพทย์ตลอด ผู้จัดการจะเป็นผู้หายาหรือสารบำรุงต่าง ๆ เหล่านี้มาให้ให้นักกีฬาเอง นักกีฬาจะไม่ค่อยมีความรู้เรื่องการใช้ยาเท่าใดนัก ขึ้นอยู่กับว่าโค้ชหรือผู้จัดการจัดมาให้ ก็ต้องกินหรือปฏิบัติตาม



เป็นที่น่าสังเกตว่ากีฬาบางชนิดซึ่งพ่อแม่หรือครอบครัวมีส่วนสนับสนุนให้ลูกเข้ามาสู่การเป็นนักกีฬาระดับชาติหลายประเภท อาทิ กีฬาว่ยนน้ำ ยิมนาสติก ยูโด หรืออื่น ๆ นั้นพ่อแม่จะเป็นผู้มีอิทธิพลมากต่อการใช้จ่ายของนักกีฬา พ่อแม่เหล่านี้มักเป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีความรู้ อาจมีการปรึกษากับแพทย์อย่างใกล้ชิด ศึกษาจากหนังสือและจากประสบการณ์ของนักกีฬาต่างชาติ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามผลกระทบจากการใช้จ่ายดูเหมือนไม่เห็นชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของผู้ใช้ หรือผลกระทบต่อสุขภาพจิต แต่มีข้อสังเกตอยู่บ้างว่ายาบางชนิดที่นักกีฬาไม่ได้กินจะรู้สึกว่าคุณค่าความมั่นใจแรงกว่าจะไม่มีกำลังแข็งแรงพอที่จะแข่งขันก็เป็นประเด็นที่พูดถึงอยู่บ่อย ๆ

โดยภาพรวมแล้วผู้ให้สัมภาษณ์ต่างมีความเห็นแตกต่างกันในเรื่องผลดีและผลร้ายของการใช้จ่ายในการกีฬา เพราะจากผู้ตอบ 30 คน ปรากฏว่ามีความเห็นเรื่องการใช้จ่ายดังต่อไปนี้

อันตรายมาก	5	คน	}	= 43.3 %
อันตรายปานกลาง	8	คน		
ไม่มีอันตรายและไม่มีประโยชน์	5	คน		= 16.7 %
มีประโยชน์ปานกลาง	8	คน	}	= 33.3 %
มีประโยชน์มาก	2	คน		
ไม่ตอบ	2	คน		= 6.7 %

หมายความว่าผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ (43%) เห็นว่าการใช้จ่ายเป็นอันตรายมากกว่าเป็นผลดี ส่วนกลุ่มที่เห็นว่ายาเป็นประโยชน์มีเพียง 33.3% และอีกกลุ่มคือ 16.7% เห็นว่ายาที่ใช้อยู่ในการกีฬานั้นไม่มีทั้งประโยชน์และโทษ

### การใช้จ่ายกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค AIDS

ปัญหาเรื่องการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ไม่มีปรากฏในกลุ่มนักกีฬาเพราะไม่เคยพบว่ามึนักกีฬาคนใดติดยาเสพติด ถ้ามีคงจะไม่ได้เล่นกีฬา หรือถ้าเป็นการฉีดยาเนื่องจากบาดเจ็บพฤติกรรมเหล่านี้อยู่ในความดูแลของแพทย์ ฉะนั้นเรื่องการใช้เข็มเล่มเดียวกันฉีดให้นักกีฬาหลายๆคนจึงไม่เกิดขึ้น

นักกีฬาจะได้รับความรู้และคำแนะนำจากครูฝึกอยู่เสมอเรื่องการไปเที่ยวหรือการไปมีเพศสัมพันธ์ ควรจะต้องใช้ถุงยางอนามัย เรื่องนี้ออกจากโค้ชจะให้ความรู้แล้วทางสื่อมวลชน วิทยู และโทรทัศน์ก็รณรงค์ให้ความรู้อยู่ ไม่คิดว่านักกีฬาคนไหนอยากจะเป็นโรค AIDS ซึ่งเท่ากับเป็นการตัดอนาคตของตนเอง ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงความเชื่อมั่นว่านักกีฬาส่วนมากตื่นตัวในเรื่องนี้และที่สำคัญนักกีฬาเหล่านี้ต่างมีแฟนเป็นหลักเป็นฐานกันเกือบทั้งนั้น

ผู้ให้สัมภาษณ์รายหนึ่ง พูดถึงเรื่องการสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเองว่านักกีฬารุ่นพี่มักสอนรุ่นน้อง โค้ชคุมไม่ค่อยได้ หลังจากนักกีฬาทำแล้วนักกีฬามักคิดว่าตนเองหมดแรง เป็นผลทางสุขภาพจิต ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่าจะอยากให้การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ด้วย

### ค. การได้สารหรือยามาใช้

ยาต่างๆ ที่กล่าวถึงส่วนมากโค้ชหรือผู้จัดการเป็นผู้หามาให้นักกีฬาเองเมื่อก่อนการแข่งขัน เท่าที่ปรากฏการหาซื้อไม่ยาก แต่จะมีแหล่งที่หาซื้อได้อยู่เหมือนกัน แต่มียาบางชนิดที่เป็นยาพิเศษไม่มีขายในประเทศไทย พ่อแม่ นักกีฬาต้องซื้อจากต่างประเทศก็มี คือ ยาไฮ-คาร์โบไฮเดรต (ทำใน USA) ยานี้มีลักษณะเป็นผง บรรจุเป็นซองราคานั้นไม่ทราบ เพราะผู้ปกครองของนักกีฬาว່ายน้ำท่านหนึ่งต้องบินไปซื้อมาจากต่างประเทศ

ยาประเภทโปรตีนสกัด เป็นยาที่หาซื้อได้ตามร้านขายยาที่เป็นแหล่งเฉพาะเป็นเม็ด ราคากระป๋องละ 450 บาท

ยาวิตามิน (ไวทอป/แบนเนอร์) เป็นแคปซูลสีส้มแบนเนอร์โปรตีน หาซื้อได้ง่าย 1 กล่องมี 30 เม็ด เป็นแคปซูล ราคาประมาณร้อยกว่าบาท

ยาประเภทอาหารเสริมทราบว่า 10 เม็ดราคา 25-30 บาท ถ้าเป็นกระป๋องราคากระป๋องละ 500-1,500 บาท แล้วแต่คุณภาพ

ส่วนยาทาหรือนวด เป็นยาที่หาได้ตามร้านขายยาทั่ว ๆ ไป หาไม่ยาก และราคาไม่แพง พวกเครื่องตีไม้บำรุงกำลังก็เช่นกันหาซื้อได้ทั่วไป นักกีฬาหาซื้อมาตีเองได้ ไม่จำเป็นต้องให้ผู้ฝึกสอนหามาให้

### ง. ปฏิกริยาของสังคมปัจจุบันต่อปัญหาการใช้สารหรือยาในการกีฬา

ในประเทศไทยยังไม่เคยประสบปัญหาเรื่องการใช้สารหรือยากระตุ้นในการกีฬา โดยปกตินักกีฬาจะมีแพทย์ของ กกท. หรือแพทย์ที่สมาคมกีฬาแต่ละประเภทจัดไว้คอยดูแลและตรวจสุขภาพอยู่แล้ว ไม่มีสถานบำบัดรักษาเฉพาะนักกีฬาหรือเฉพาะผู้ที่มีปัญหาด้านการกีฬา แต่ในระดับนักเรียนมีคลินิกของกรมพลศึกษา ซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะทางการกีฬา กลุ่มเป้าหมายคือ นักเรียนตามสังกัดกระทรวงศึกษาฯ ในระยะหลังมีประชาชนมาใช้บริการบ้าง ต่อไปกรมพลศึกษา มีโครงการจะเปิดรักษาคนทั่วไปด้วยค่าบริการ

- สำหรับนักเรียน นักศึกษาจะไม่เสียค่าบริการ
- สำหรับคนทั่วไป เสียค่าบริการครั้งละ 40 บาท หรือสูงกว่าขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ใช้

ผู้ที่ทำงานในคลินิกนี้ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและผู้ช่วยพยาบาล คลินิกนี้ดำเนินไปได้ค่อนข้างดีมีประโยชน์มากกับนักกีฬาหรือผู้ที่เล่นกีฬา

เกี่ยวกับสหพันธ์การกีฬานานาชาติ IOC นั้น ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนมากไม่มีใครมีความรู้เกี่ยวกับองค์กรนี้มากนัก รู้แต่เพียงว่าเป็นองค์กรที่เข้ามายุ่งเกี่ยวกับเรื่องการใช้ ยาโด๊ป ซึ่งระยะหลังนี้ในวงการกีฬาของโลกเริ่มให้ความสนใจมากขึ้น

### จ. ความคิดเห็นทั่ว ๆ ไป

มีความเห็นแยกเป็น 2 กลุ่ม เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเรื่องการใช้ยาในการกีฬา กลุ่มแรก จำนวน 16 คน มีความเห็นว่าเรื่องการใช้ยาในการกีฬาในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาไม่มีการเปลี่ยนแปลงอะไรที่เห็นได้ชัดเจน ยาชนิดที่ใช้ในการกีฬายังคงเหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีหลายคนในกลุ่มนี้ปฏิเสธว่าไม่มีความรู้เรื่องการใช้

- ยาของนักกีฬามากนัก ส่วนกลุ่มที่ 2 จำนวน 14 คน มีความเห็นว่าการใช้ยาในการกีฬาในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงอยู่บ้างเป็นต้นว่า เรื่อง มีข่าวเกี่ยวกับการใช้ยาโด๊ป (ต่างประเทศ) แล้วมีการตรวจจับทำให้นักกีฬามีการระวังตัวมากขึ้น ผู้ที่ไม่ใช่กีฬาได้รับความรู้เพิ่มขึ้น สำหรับบางคนเห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงการใช้กลูโคสซึ่งแต่เดิมใช้วิธีกิน ปัจจุบันใช้วิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้อซึ่งได้ผลเร็วยิ่งขึ้น บางคนมีความเห็นว่าในกลุ่มนักกีฬาฟุตบอลมีการใช้ยามากขึ้น เนื่องจากมีการแข่งขันมากนักกีฬาไม่ค่อยซ้อมแต่ต้องลงแข่งมาก จึง “กรอบ-แข็ง” ต้องพยายามทำให้สดขึ้น บางคนมีความเห็นว่าในระดับนักกีฬาชั้นนำมีการใช้ยามากขึ้นเพราะมีการจ้างโค้ชมาจากต่างประเทศมาทำการฝึกสอนนักกีฬา (โค้ชจีนจะใช้สารธรรมชาติ) โค้ชเหล่านี้เป็นผู้นำยาแปลก ๆ เข้ามาให้ให้นักกีฬาใช้ บางคนมีความเห็นว่านักกีฬาเองที่ไปต่างประเทศบ่อย ๆ เห็นนักกีฬาต่างชาติกินยาก็หาข้อมูลและซื้อมากินเองด้วย ผู้ให้สัมภาษณ์ อีกคนหนึ่งมีความเห็นว่า มีการระมัดระวังเรื่องการใช้ยามากขึ้น เนื่องจากมีการเชิญโค้ชไปอบรมเรื่องการใช้ยา โดยมีแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้เรื่องยา เพื่อให้โค้ชนำความรู้มาถ่ายทอดให้นักกีฬาอีกทอดหนึ่ง

สำหรับความเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลา 2-3 ปีข้างหน้าจะมีลักษณะอย่างไร ปรากฏว่ามีความคิดเห็นคล้าย ๆ กันว่าอาจมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีการใช้ยามากขึ้นเพราะต้องการเพิ่มประสิทธิภาพในการแข่งขัน หรือเพราะมีตัวยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นเนื่องจากได้มีการติดต่อ และได้ข่าวสารจากต่างประเทศหรืออาจได้รับจากครูผู้ฝึกสอนชาวต่างประเทศ พวกนี้จะนำยานิดใหม่ ๆ เข้ามาให้ให้นักกีฬาใช้ ถึงแม้จะมีการควบคุมโดย กทท.ก็ตาม

อย่างไรก็ตามสภาพการใช้ยาในปัจจุบันของการกีฬาในประเทศไทย ยังไม่เป็นปัญหามากถึงขั้นใช้มาตรการใด ๆ กับผู้ที่ใช้ยาในการกีฬา แต่มีความจำเป็นที่น่าจะต้องทำเกี่ยวกับการใช้ยาของนักกีฬาในขณะนี้ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับยาแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น โค้ช และนักกีฬา เนื่องจากปัจจุบันมีการจ้างโค้ชชาวต่างประเทศมาก โค้ชไทยที่ได้รับความรู้จากโค้ชชาวต่างประเทศก็อยากนำมาใช้บ้าง อาจมีอันตราย ถ้าไม่มีความรู้ที่ถูกต้องจะใช้ยานั้นในจำนวนเท่าใด ไม่รู้เหตุผลและวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง การให้ความรู้ควรจะเน้นยานิดที่จำเป็น ต้องรู้ว่ายาที่ใช้เป็นยานิดไหน ถ้าใช้แล้วมีผลอะไร ถ้าเลิกใช้แล้วจะมีผลข้างเคียงหรือไม่ อย่างไรก็ตามต้องการให้มีการใช้ยาที่เป็นประโยชน์และถูกต้อง (หมายถึงไม่ผิดกฎหมายและแพทย์อนุญาตให้ใช้) ซึ่งควรจะแยกเป็นยาประเภท

- ก. ยากลุ่มที่แก้ไขโรคประสาทเครียด
- ข. ยาบำรุง
- ค. ยาเสริมสร้างพลังกำลังของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะ

ซึ่งผู้ตอบคิดว่า การใช้ยาเหล่านี้จะช่วยด้านจิตวิทยาของนักกีฬาได้ มีผู้ตอบอีกกลุ่มประมาณ 2-3 คน ไม่ต้องการให้มีการใช้ยาเลย คิดว่าควรจะรณรงค์ไม่ใช้ยา แต่หันมาสนับสนุนการฝึกซ้อมให้เต็มที่ก็จะสามารถเอาชนะคู่ต่อสู้ได้

## สรุป

การศึกษานี้มีเวลาเพียง 2 เดือนในการเก็บข้อมูล ด้วยข้อจำกัดเรื่องเวลาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้การศึกษานี้ไม่สามารถได้ข้อมูลใกล้เคียงกับข้อเท็จจริง ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลที่มิละเอียดเพียงพอที่จะวิเคราะห์หรือสรุปได้ว่า ไม่มีการใช้ยาประเภทช่วยกระตุ้น (ยาโด๊ป) ในการแข่งขันกีฬาในประเทศไทย แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาวิจัยให้ละเอียดในโอกาสต่อไป

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการกีฬาหลายลักษณะแสดงให้เห็นว่าในวงการแข่งขันกีฬาของไทยยังไม่มีการใช้ยาประเภทที่มีสารช่วยกระตุ้น (ยาโด๊ป) นักกีฬาจำนวนไม่น้อยยังคงอยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิดของครูผู้ฝึกสอนหรือผู้จัดการทีม การดูแลอย่างใกล้ชิดนี้หมายถึงการกำหนดให้มีการกินอาหารให้ถูกหลัก กินยาบำรุงบางชนิด และรักษาสุขภาพให้ถูกวิธี เป็นต้น กีฬาประเภทนี้ได้แก่กีฬาที่ต้องเล่นเป็นทีม และมีการเก็บตัวก่อนลงแข่งขันเป็นเวลาหลายเดือน ถ้าเป็นการแข่งขันกีฬาระดับชาติผู้ฝึกสอนจะให้ความดูแลเป็นพิเศษอาจมีการกำหนดให้กินยาบำรุงประเภทต่าง ๆ เช่น ยาวิตามิน แต่ถ้าเป็นการแข่งขันภายในประเทศหรือเรียกว่าระหว่างสโมสรต่าง ๆ แล้วความเอาใจใส่ดูแลเรื่องการให้ยาบำรุงหรืออื่น ๆ จะไม่เข้มงวดเท่าระดับชาติ

นักกีฬากลุ่มนี้มีความเสี่ยงอยู่เหมือนกัน ในเรื่องการให้ยาหรือสารกระตุ้นในการแข่งขัน เพราะนักกีฬาส่วนมากมีความรู้ไม่มากเกี่ยวกับยาหรือประเภทของยาที่ผู้ฝึกสอนนำมาให้กิน เนื่องจากทุกคนต้องกินตามคำแนะนำเมื่อต้องเก็บตัวฝึกซ้อม ถ้าผู้ฝึกสอนหรือผู้จัดการทีมเห็นแก่การเอาชนะเพียงอย่างเดียว นักกีฬามีโอกาสที่จะได้รับยาได้ และที่น่าเป็นห่วงอีกประการหนึ่งคือในปัจจุบันมีการจ้างผู้ฝึกสอนชาวต่างประเทศเข้ามามาก (กีฬาเกือบทุกประเภท) ผู้ฝึกสอนชาวต่างประเทศต่างนำกลวิธีแปลกใหม่เข้ามา ตลอดจนนำยาชนิดใหม่จากต่างประเทศมาให้นักกีฬาใช้ ถึงแม้ว่าในการศึกษานี้ยังไม่พบว่ามีการใช้ยาประเภทดังกล่าวอยู่ก็ตามแต่ในอนาคตอาจจะประสบปัญหาเหมือนในต่างประเทศก็เป็นได้

แต่กีฬาบางประเภทที่นักกีฬาต้องใช้ความสามารถคนเดียว เช่น กีฬาวายน้ำ ยิมนาสติก แบดมินตัน นักกีฬาเหล่านี้มักเติบโตและเข้ามาอยู่ในระดับแนวหน้าได้เพราะการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งแน่นอนต้องเป็นครอบครัวที่มีฐานะค่อนข้างดี มีการศึกษาดี นักกีฬาเหล่านี้จะมีพ่อแม่เป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เกือบกล่าวได้ว่า พ่อแม่คือผู้ฝึกสอนนักกีฬา พ่อแม่จะเป็นผู้หายาบำรุงต่าง ๆ มาให้ลูก พ่อแม่จะศึกษาข้อมูลจากหนังสือหรือจากประสบการณ์ ในการแข่งขันกีฬาในต่างประเทศ และมีการปรึกษาแพทย์อย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับการเลือกสรรยาบำรุงต่าง ๆ เหตุผลหนึ่งก็คือ พ่อแม่ย่อมจะต้องดูแลรักษาสุขภาพของตนอย่างดีที่สุด การใช้ยาที่เป็นอันตรายจึงไม่อยู่ในวิสัยที่จะทำ เหตุผลอีกประการคือ กลุ่มพ่อแม่ของนักกีฬาเหล่านี้มีการศึกษาดี ย่อมไม่หลงเชื่อหรือไม่มีความรู้เรื่องการให้ยาอย่างแน่นอน

ประเด็นเรื่องการได้ยามาใช้ในการกีฬาไม่ใช่ปัญหาของนักกีฬาเพราะในสภาพที่เป็นอยู่ปัจจุบันผู้ฝึกสอนและผู้จัดการทีมของนักกีฬาแต่ละประเภทเป็นผู้จัดหามาให้ นักกีฬา ยาประเภทบำรุงร่างกายเป็นยาที่มีราคาค่อนข้างแพง นักกีฬามักจะได้รับจากผู้ฝึกสอนมากกว่าแต่ถ้าเป็นยาประเภทนวดหรือทา หรือช่วยให้

ร่างกายกระปรี้กระเปร่าขึ้น ยาเหล่านี้ราคาไม่สูงแพง นักกีฬาอาจหาซื้อมาใช้เองได้ นอกจากเป็นยาที่ใช้เสริมกำลัง เฉพาะอย่างเช่นพวกที่บำรุงเสริมสร้างกล้ามเนื้อ อย่างเช่นนักกีฬาเพาะกายใช้อยู่ ยาประเภทนี้อาจจำเป็นต้องมีร้านที่ขายโดยเฉพาะ ส่วนกรณียาบำรุงของนักกีฬาบางชนิดที่พ่อแม่ักกีฬาต้องไปหาซื้อจากต่างประเทศเป็นกรณีที่มีไม่มากนัก

ปฏิภริยาสนองตอบในสังคมไทยเกี่ยวกับการใช้ยาในการกีฬาไม่อาจกล่าวได้ว่ามีการกระทำใด ๆ อันที่จะแสดงว่าในเมืองไทยมีปัญหาเรื่องนี้ ชาวเรื่องนักกีฬาดังประเทศใช้ยาหรือสารกระตุ้นในการกีฬาและมีการตรวจจับ เป็นชาวที่คนไทยทั่ว ๆ ไปให้ความสนใจอยู่ไม่น้อย แต่ในเมืองไทยยังไม่ตื่นตัวในเรื่องนี้เท่าใดนัก แต่ในวงการนักกีฬาเองอาจจะมีการตื่นตัวมากกว่าคนทั่ว ๆ ไป มีการระมัดระวังเกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่มากขึ้น และมีการให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ฝึกสอน นั่นคือปฏิภริยาที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม ในความเห็นของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต่างมีความวิตกอยู่ว่าในอนาคตปัญหาเรื่องการใช้ยากระตุ้นอาจเข้ามาเป็นปัญหาในการแข่งขันกีฬาของนักกีฬาไทย ทั้งนี้เนื่องจากเรามีการตื่นตัวเรื่องการใช้ยามากขึ้น มีการแข่งขันกันบ่อย ความต้องการที่จะได้เปรียบคู่ต่อสู้อาจจะใช้วิธีต่าง ๆ นานา รวมทั้งการใช้ยากระตุ้นด้วย ประการที่สองที่กล่าวมาแล้วว่าในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา มีการจ้างผู้ฝึกสอนชาวต่างประเทศเข้ามา มาก อาจนำเอาวิธีการที่ใช้ในต่างประเทศเข้ามาใช้ร่วม มีถึงเผยแพร่วิธีการใช้ยาในรูปแบบต่าง ๆ ได้ฉะนั้น การใช้ยาเพื่อให้นักเล่นเกมมีประสิทธิภาพมากขึ้นอาจจำเป็นต้องใช้ยา ประการที่สาม วิทยาศาสตร์การกีฬาในเมืองไทยยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร รัฐบาลให้การสนับสนุนกีฬาเพื่อให้มีการแข่งขันให้สร้างชื่อเสียง แต่ไม่ได้ให้ความรู้ ความเข้าใจที่แท้จริงเกี่ยวกับศาสตร์ของการแข่งกีฬาแก่ประชาชน ดังนั้นความจำเป็นในเรื่องดังกล่าวควรจะได้รับการส่งเสริมและทำให้มีขึ้นเพื่อป้องกันการตกเข้าไปอยู่ในปัญหาโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์

# Community-Based Approaches to Drug-Demand Reduction\*

Chantana Banpasirichote

## 1. Review of Drug Problem in Thailand

The report of drug problem in Thailand is generally based on official statistics derived from official records of both the police and the hospitals or treatment centers. Therefore, only to aspects of situation are reported, narcotics suppression and treatment services which cannot sufficiently reflect the demand for drugs. Fortunately, Office of Narcotics Control Board (ONCB) has realized the significance of having data to capture the reality of drug addict in Thailand, in 1992 a national survey was initiated and conducted for the first time through local administrative structure. This baseline survey covers data from 46,025 villages/communities in Thailand<sup>1</sup>, which can represent the situation of drug abuse closer to reality than official records.

### 1.1. Incidence and prevalence of drug abuse

Comparing the 1990 and 1991 statistics from the police records, the number of addicts arrested increased by 36.7%, or from 25,836 in 1990 to 35,313 cases in 1991.<sup>2</sup> This number indicated an efficiency of the Police Department rather than the actual situation of drug demand. However, in this case, the police statistics corresponded with the number of addicts seeking treatment, which was also increasing in 1991. The Ministry of Public Health reported that new patients seeking treatment<sup>3</sup> in 1989, 1990 and 1991 were rising in number, from 13,341 to 14,004 and 17,094 respectively or about 5% increase in 1990 and 22% in 1991.<sup>4</sup> This confirms that drug demand is indeed on the rise.

---

\* A paper prepared for Social Development Division, ESCAP, as material for a regional Seminar on "Community-based drug-demand reduction" 8-11 Nov. 1994 Bangkok.

<sup>1</sup>Office of Narcotics Control Board, *The Situation of Narcotics Problem in Thailand From Village/Community Baseline Questionnaire Survey, 1992*.

<sup>2</sup>Office of Narcotics Control Board, *Statistical Report on Narcotics, 1990, and 1991*, p6 and p9 respectively.

<sup>3</sup>The Patients include heroin, opium, marihuana, inhalants users, and liquor drinkers.

<sup>4</sup>Department of Medical Services, Ministry of Public Health and Institute of Health Research, Chulalongkorn University, *Statistical Report Fiscal year 1989 (and 1990-1991) : Drug Dependence Information System Treatment Population*.

The number of abusers had never been estimated before until the larger survey was launched. The report of the National Village/Community Survey in 1992 estimated the number of addicts to be as high as 159,555 in all types of drugs or averagely is not more than 5 abusers in each village/community<sup>5</sup>.

From the hospital records, drug abusers were mostly from urbanized areas, with Bangkok as the leading city, followed by its adjacent towns and regional centers like Chiangmai and Chonburi. Southern provinces such as Song Khla and Narathivat were also observed to have a high incidence of addicts seeking treatment.<sup>6</sup> The most striking was the result from the baseline survey showing 40.6% of the villages/communities caught in narcotics problem.<sup>7</sup> The proportion of communities having the drug abuse problem is higher in Municipality Areas (69.1%) and in Sanitary Districts (63.8%) than in the rural villages (38.7%).<sup>8</sup> Rural communities of Thailand are, in fact, not spared from narcotics, but the situation is not as aggravating as in the suburban and urban areas.

Considering types of drug found in the baseline survey, it is interesting to find that there is a regional variation in the types of drug spread in each region. Solvent and marihuana were the most popular in the northeast, and opium was widely used in the north, while amphetamine appeared to be of the highest proportion in the central region<sup>9</sup>. The spread of amphetamine in the central region indicates a spread of drug abuse into agricultural sectors, i.e., farm workers group. Also was it observed that a considerable number of villages/communities used more than one type of drugs (7,239 or 15.7% of the total communities surveyed, or 38.5% of the affected communities).<sup>10</sup>

As for the types of drug, the majority of addicts, either according to the hospital or from the police records, used heroin, opium and solvent, respectively. These groups of abusers need treatment therefore they were regularly always reported in the statistics. Other big groups not figuring in hospital records smoked marihuana. Data from the village survey also pointed out that marihuana occupied a large proportion of drug abusers but it was not as prevalent as solvent<sup>11</sup>. Judging from the result of the National Survey, the largest source of data, new substances such as solvent and amphetamine are spreading widely, if not yet out of control.

## 1.2. Characteristics of abusers.

Abusers are usually described with the general information of patient-addicts treated in hospitals. The National village/ community survey was not able to gather more detailed characteristics of abusers except those found in the reports of the local leaders investigation of drug situation in their respective community.

The ONCB statistical report on narcotics 1991 indicates that addicts who seeked treatment were between the ages of 21-30 (48.6%). This age group of addict-patients constituted the majority of abusers of heroin, solvent, and amphetamine. Users of opium were unsurprisingly of older age, because it is a traditional type of narcotics in Thailand.

---

<sup>5</sup>Office of Narcotics Control Board, *The Situation of Narcotics Problem in Thailand From Village/Community Baseline Questionnaire Survey, 1992*, 19.

<sup>6</sup>Office of Narcotics Control Board, *Statistical Report on Narcotics, 1991*, p.35-36.

<sup>7</sup>Office of Narcotics Control Board, *The situation of Narcotics Problem in Thailand From Village/Community Baseline Questionnaire Survey, 1992*. p10.

<sup>8</sup>Ibid., p.12

<sup>9</sup>Ibid., p.14

<sup>10</sup>Ibid., p.14

<sup>11</sup>Ibid., p.15

**Table 1: Highlights of general characteristics of patient-addicts**

Education		Marrital Status		Family (Parents) Background		Work Status		Income level Baht per month	
no education	6.1	single	50.6	happy	53.1	pupil	1.6	no income	24.5
1-4 years	25.4	married	37.6	not happy	4.9	employed	60.6	less 5,000	59.6
8-12 years	37.8	separate	6.5	loss of parents		temporary	14.9	less 8,999	18.3
> 12 years	9.1	divorce/	4.8	(mo/fa/both)	30.1	employed		more 8,999	5.5
abroad	1.4	widow		divorce	7.8	unemployed	22.1		

Source: The Office of Narcotic Control Board, *Statistical Report on Narcotics, 1991*, pp.47-53.

The 1991 statistics supports certain understanding about typical characteristics of addicts. The highlights information in Table 1 shows that patient-addicts are from lower income group with the highest income not exceeding 9,000 Baht a month, and the average income is only, a little bit higher than the minimum wage. This also corresponds to the fact that a considerable number of patients have no job security or do not have a job at all. Furthermore, as it is generally perceived that family problems can lead to drug abuse, from the above statistics, this statement might be true because almost half of the addicts are in the single-parent type of family. These characteristics of addicts imply that the risk group might have economic insecurity as well as family problems.

### 1.3. Trends of drug abuse

The Narcotic Prevention Plan (1992-1996) assessed socio-economic conditions and believed that drug abuse situation as evaluated in the previous plan (1986-1989) would become more serious. Major drugs were conjectured in the following:

- **Heroin** appears in most regions. It is expected to find higher incidence of heroin addicts in Bangkok Metropolitan area, adjacent cities, and other major cities in each region because of urbanization. Heroin might come into the market more in the future.

- **Opium** will continue existing in the northern provinces and will spread further down to the southern region for export.

- **Marihuana** will still be prevailing in most regions because the trafficking route from Laos to the world market passing through Thailand.

- **Solvent** is not yet under control although Solvent Abuse Act commenced in 1990 because the substance is still use in manufacturing. With the higher degree of industrialization, the incidence of solvent abusers will be more aggravating in the Metropolitan areas, central and northeastern regions.

- **Amphetamine** is found more and more to be a major cause of serious accidents because it is heavily used by all types of workers. With the expansion of industry and service sector, it is expected that amphetamine abusers will be on the rise.

The plan also states that it is likely to find new drugs in the market with different reasons, for example, a need for stronger drugs, availability of the old drugs, and new fashion in drug abuse.<sup>12</sup>

<sup>12</sup>Office of Narcotics Control Board, *Narcotic Prevention Plan (1992-96)*, Bangkok, 1991, pp.5-7.



## 2. National and Local Responses to Drug Demand Problem

### 2.1. Government Policies and Plans

Policies on narcotics in Thailand have been based on the control of supply side and the suppression of drug trading. Preventive measures have been integrated in the national policies since the Fourth National Economic and Social Development Plan (1978-81) until the current Seventh Plan (1992-96), but they are not as comprehensive as it should.

A Review of past performances on preventive action stated in the Seventh Narcotic Prevention Plan (1992-1996), reveals several shortfalls. First, there is no appropriate monitoring and evaluation system which could accurately reflect upon the effectiveness of the preventive program. In addition, research and model development in the area of demand reduction is very limited. *Second*, the preventive action during the Fifth and the Sixth Plan implementation was claimed successful in the sense that it has increased an awareness in the target groups. However, in terms of changes in attitudes and behavior of drug abuse, there is not much progress. There is a need for a more effective approach. Finally, with all participation from related organizations, their specific roles have not been clearly determined, and resources have not been really mobilized in the operation of preventive actions. This was due to the fact that no preventive plan of action was integrated within the structure of each organization involved.<sup>13</sup> The Office of Narcotics Control Board (ONCB), the core national organization on narcotics, has therefore drafted its Seventh Preventive Plan in cooperation with other related government organizations, and the plan can also be considered by those organizations.

Besides reviewing problems in the past, policy formulation for drug abuse prevention has also taken into account the changing social and economic conditions which may have influences of drug abuse. The Plan states that the society is developing toward urbanization and industrialization which has certain impact on the quality of life. This social and economic pressure is not carefully treated will result in of different crises including drug abuse.

#### *Objectives*

In order to prevent drug abuse, the National Narcotics Prevention Plan has set the objectives as follows:

- To establish the right understanding of narcotics and rational drug use.
- To implant anti-narcotic attitude and behaviour in the people.
- To improve the environment suitable for a free-from-narcotic-livelihood

Those objectives are currently implemented in four areas:

- ⇒ Education
- ⇒ Information services and dissemination
- ⇒ Multiplying personnel development
- ⇒ Activities development

#### *Major Target Groups*

- ◆ Educational Institutions: school children, and the supporting groups such as parents, educational staffs and religious institutions

---

<sup>13</sup>Ibid, p.2

- ◆ Community: children and youth not in school, disadvantaged children, street children, and their supporting groups
- ◆ Private Enterprises: wage workers, workers in fishing industries, transportation industries, factory workers, people in entertainment business, and their supporting groups.
- ◆ Specific Risk Groups: Children and youth in welfare institutions, juvenile delinquents, prisoners, soldiers, hill tribe people

### *Programs*

There are five programs under the Narcotic Prevention Plan:

1. Education and Information Dissemination for Narcotic Prevention
2. Social Environment Development
3. Management and Organization Development
4. Human Resource Development
5. Research and Evaluation

Those plans are implemented with a condition that ONCB is not the implementor. Its programs are under the responsibility of different government organizations. Thus, no comprehensive plan nor project has never been implemented at the national level, due to organizational constraints and the continuing policy emphasizing drug supply.

Those five programs have been spelled out in 60 to 70 projects implemented from 1992 through 1996 by at least 12 Ministries and other non-governmental organizations. Since the ONCB has pushed its drug prevention programs through different government agencies, it has compiled a very exhaustive list of organizations that are in some way related to narcotic prevention, covering Departments and Divisions in 12 Ministries, Bangkok Metropolitan Authority and a few independent organizations such as the National Bank of Thailand and the Office of the Prosecutor. The work on prevention might depend on some Ministries more than the others, for example, the Department of Social welfare, Department of Public Relation, a number of Departments in the Ministry of Education, the Ministry of Interior and the Ministry of Public Health.<sup>14</sup> That exhaustive list indicates that in fact there is no specific government organization working on narcotic prevention.

### **2.2. Law**

Law in narcotics prevention has not been a key instrument. As a matter of fact, there is no law directly dealing with narcotic prevention. There are seven Acts related to narcotics, namely, Narcotics Prevention and Suppression Act, Solvent Abuse Prevention Act, Addict Rehabilitation Act, Narcotics Crime Suppression Act, Narcotic Drug Act, Stimulant Substances Act, and Toxic Substances Act. The term prevention has been used in some of those Acts but the content does not necessarily indicate so, because in the larger part they provide legal status and authority of organizations to deal with narcotics problems. If it has to do with prevention, it must be in the sense of drug identification and classification as narcotics, and labeling quality and distribution of dangerous drugs and chemicals. Punishment is a common element in narcotics laws but it is more of a tool for suppression than demand reduction or prevention. With all these available laws, it is not much of the problem of inadequacy but more of the enforcement.<sup>15</sup>

<sup>14</sup>Office of Narcotics Control Board (ONCB). *The Role of Organizations Related to Narcotic Problem-Solving and Prevention*. Bangkok : Wisitsin for ONCB, 1992.

<sup>15</sup>See, *A Compilation of Laws on Narcotics, 1977-1992*, Bangkok : Sutpaisan, 1992.

### 2.3. *Non-governmental Responses*

It is quite surprising to find that there are more than a hundred non-governmental organizations (107) listed in the *Directory of NGOs on Narcotic Problem-Solving and Prevention*.<sup>16</sup> However, organizations that have programs directly related to anti-narcotics activities are 63 in number, the rest only have an interest or are partly related to anti-narcotics work. The nature of NGOs does not always allow them to present a large scale project, therefore, their role is not so appealing to the public. Organizations which specialize on anti-narcotics such as the Anti-Narcotics Association of Thailand focus their activities on campaign on a smaller scale like school level. There has been an attempt to form a kind of civil responsibility through an anti-narcotics volunteer training program with in some NGOs, but again the target groups are specific, the most popular group is volunteer school children and youth. Other non narcotic specialized organizations deal with narcotic problems from the dimension of their work such as child, youth and family development. Although their attempt was small, some NGOs started on anti-narcotics as early as 30 years ago.

The move of NGO sector has recently gained more progress in terms of its organizational setting. In 1982, the National NGO Administrative Meeting decided to set up a coordinating body in order to obtain the most cooperation among NGOs, the government and an international network for anti-narcotics. Thus, the *NGO Anti-Narcotic Coordinating Center (NGO-ANCC)* was set up in 1983 under the umbrella of the *National Council on Social Welfare of Thailand*. The NGO-ANCC formed up four divisions to tackle narcotics problems, namely, narcotic prevention, welfare for addicts, rehabilitation, and anti-narcotic promotion and coordination. This organization has set up their five-year-plan (1992-96) in parallel with the National Narcotic Preventive Plan. The programs also correspond to that of the National Plan; it includes education and information dissemination, social environment improvement, and administrative and organizational development. The NGO-ANCC is now expanding its network to the provincial level.<sup>17</sup>

A specific case of an NGO that represents an interesting role in working with the people to fight with narcotics at the community level are the Duang Prateep Foundation and the Grassroots Development Institute in Klong Toey Slum. Their role is to assist the people to take initiatives in fighting against narcotics in their own community. What would have developed from their experiences with the people could be a model of how to inspire people to take initiatives on anti-narcotics action. These NGOs also take part in transferring knowledge and facilitating an exchange of ideas and experiences in the field of community-based action.

### 2.4. *Development of Community Actions*

In general, actions on narcotic problems are operated at the Ministerial or Departmental level, and there is no means of knowing how the communities respond to the problems. The National Village/Community Survey in 1992 can only outline types of activities that the community has carried out in the past two years. More than 21,000 villages/communities (48.7 % of total sample-villages) have operated at least one kind of activity on narcotic problems. These activities cover **narcotic suppression** (9.7%), **prevention activities** (68.%), e.g., exhibition, training or information dissemination, **eradication of narcotic plants** (0.3%), **sending addicts to hospitals** (2.1%), more than one activity (19.5%).<sup>18</sup>

<sup>16</sup>NGO-Anti-Narcotics Coordinating Center (NGO-ANCC) and Office of Narcotics Control Board, *Directory of NGOs on Narcotics Problem-Solving and Prevention*, Bangkok : Wisitsin, 1992.

<sup>17</sup>NGO-ANCC, *A Manual for Setting up a Provincial NGO-ANCC*, Bangkok : The National Council on Social Welfare of Thailand.

<sup>18</sup>Office of Narcotic Control Board, *Statistical Report on Narcotics, 1991*, p. 21.

It is understood that activities at the community level reported by the National Village/Community Survey is far from being a community-based action on demand reduction or anti-narcotics, because it does not involve any aspect of community organization. A distinct experience of community organization for anti-narcotic took place in an urban community, that is Klong Toey slum. The case of Klong Toey has contributed to an awareness on community's action for anti-narcotics in Thailand. In the seventh ONCB Plan of narcotic control and prevention, the concept of community-based approach to anti-narcotics has been implanted. Therefore, communities have been targeted for capacity building to fight against drug abuse problem. A number of communities nation wide are now in the preparatory stage to develop their own activities to fight against drug. It could be said that community-action on anti-narcotics is now in the process.<sup>19</sup>

### **3. Community-based Approach: An introduction**

A community-based approach for demand reduction is a new invention in Thailand with less than 10 years of initiatives and experiences. Before that, there appeared only local treatment centers for detoxification operated in Buddhist temples in some provinces. These activities were not directly related to prevention of drug abuse in the surrounding communities.

It might not be mistaken to state that the Klong Toey slum in Bangkok represented the foremost community-based approach on demand reduction. A community-based project took place with the prevalence of drug abuse and with the capacity of the community to collectively response to the problem. This is not surprising, because Klong Toey is the largest and mostly established slum in Bangkok. People there have a long experience in community organization with an assistance from a renowned NGO called Duang Prateep Foundation.

The experience of Klong Toey is a lesson for the authority involved, that is the Office of the Narcotic Control Board (ONCB) which later on has developed a program of community-based demand reduction to be implemented country-wide. At present, there are more of such projects other than that of the Klong Toey but still in an early stage. To describe how a community-based approach is practiced in the Thai context has to rely on a review of the Klong Toey experience.

## **4. Background of Klong Toey Experiences**

### **4.1. The community: Its problems and organization setting**

Klong Toey is a place where migrants from different provincial towns have been residing for no less than 50 years. The 45 hectares of the land owned by the Port Authority of Thailand (PAT), consist of 8 communities and another 18 low income flats. About 52,000 inhabitants of 8,793 households, according to the survey of the National Housing Authority in 1991, relied mostly on wage-income and self-employment.

The physical development of the community at present has been improved a great deal, with more infrastructure development after a long struggle with PAT and a changing policy from slum upgrading expected to the complete eviction. And, typical of slum community, it does not escape from being under-privileged in most aspects of quality of life. Despite its improvement, a large number of Klong Toey residents do not have access to running water and electricity. In some communities, a lack of adequate sanitation causes an unpleasant and unhygienic environment. In spite of all this inadequacy, these slum people are in

---

<sup>19</sup>See, *Guidelines on Community-Networking for Anti-Narcotics*, Department of Technical and Foreign Affairs, Office of Narcotics Control Board. and *Prevention Plan Progress Report, 1993*, Office of Narcotics Control Board.

general considered to be tolerant, except for the unsolvable problem of land tenure. They express their feeling of insecurity from an imminent eviction scheme.

Among typical problems embedded in the slum community is youth problem, closely linked with the expansion of drug abuse in the community. Youth group is considered at the top of narcotic-risk groups. Family relationship of slum people is at stake and is a major cause of youth problems. So far, development of young people is impeded by the lack of essential facilities necessary for the promotion.

Among others, the problem of community's security contributes to slum self-organization. The fear of being evicted, which is an important factor constituting social and economic insecurity, has pulled these people together and eventually led to their organization in various forms. Sompong Patpui,<sup>20</sup> unfolds the history of people's struggle against slum underdevelopment in four phases from 1969 until today. Those experiences reflect a sense of belonging and common interests among the majority of Klong Toey inhabitants. Their social actions have been crystallized when the first meeting of community leaders took place in 1982, with assistance of a few NGOs and the National Housing Authority (NHA). The tradition of working together has then been established, and in 1989 the people were able to set up the *Klong Toey Slum Federation*, a mechanism of community work. Today the Federation has played a key role in community-based project for prevention of drug abuse in the subsequent period.

In general community work at Klong Toey has been in much progress only during the last decade, especially when the Federation has been visualized and materialized. Major concerns of community work certainly portray fundamental problems faced by slum people, such as, land owning and social security, economic and unemployment, health, and problems of youngsters. In the beginning, people were preoccupied with security problems as imminent land eviction, frequent fires in some communities here and there, and the latest one, the explosion of a certain chemical in the PAT's warehouse causing health hazard. Most recently, the community leaders and members of their organization have also been active in political campaign, especially during the election season. Nevertheless the nature of problem solving in Kong Toey still seems to be one crisis after another. This observation will certainly have some implications on their work on drug prevention campaign later on.

#### **4.2. Drug abuse and the responses: A community-based project setting**

##### ***Drug Situation***

While the community is at times in different social crises, the accompanying problem of all time is drug abuse. This problem has been with the community ever since, although it has been aware of for 20 years already when the Youth Group was the first to respond to the problem. It is also said that with its community location near the Port and in such depressing social context, Kong Toey could be counted among the worst cases of narcotic abuse. Sompong Patpui described: "Klong Toey is the port area where narcotics trafficking is routed to overseas markets. It is difficult to control population and social orders in the slum because of high mobility from migrants, over crowded, lack of house registration number, and a difficulty in having an access into the community. This makes it easier for drug dealers to hide in the slum."<sup>21</sup>

The heroine was the first problem striking the community. Those wage-workers in the Port who have income or employment insecurity constitute the majority among the heroine addicts. This addiction is

---

<sup>20</sup>Sompong Patpui, *Community-Based Drug Prevention: Slum Klong Toey Experience, Bangkok*, Drug Prevention Series No.1, Bangkok : Grassroots Development Institute, 1993.

<sup>21</sup>Sompong Patpui, *Ibid.*, 1993, p.4

commonly known to slum dwellers in terms of its application, markets, and addicts' identification. The number of addicts by 1974 must have been so remarkable that the Youth Group then sent a first batch of young addicts for treatment at Tamkrabok Temple in Saraburi province. The number was reported to be over 200, young people of 20-25 years. The number of heroine addicts according to them, is now believed to be stable; they claimed that presently no new heroine user were found. However the recent statistics of arrested addicts in 1990 and 1991 by local police station confirmed an average of about 200 cases a year<sup>22,23</sup>

Although the substance was not openly sold in the community, to obtain it by no means, was not difficult. As a matter of fact, it was dispensed all over the community. However, abusers usually bought it from near-by communities, using children as intermediaries. Some abusers with insufficient income have even become drug dealers themselves.

And, while heroine has stabilized itself among these addicts, during the past 5-6 years solvent addiction came to aggravate the situation, may it be with lacquer, thinner, glue or a mixture of gasoline. With its cheaper price and its general availability, it has spreaded among younger ages (16-19 yrs.) and the number keeps increasing. School children are the new victim-group of solvent addiction because, unlike heroine addicts, the abusers can sniff it publicly. The local police station reported solvent abusers arrested between 1990-91 averagely more than 1000 cases a year.<sup>24</sup> The impact of solvent abuse is even greater than that of the heroine; the addicts apart from being difficult to be rehabilitated, if not impossible, can be more complicated social phenomena of nuisance, teenage sexual misconduct, and child prostitution.

As for other types of drug addiction they are reported as of little importance, the popular ones being alcohol and amphetamine. The first has been a common practice among slum people, men, women and teenagers alike, while amphetamine is used mostly by hard-work group.

### *The communities effort on anti-narcotics*

The community's responses to the problem of drug abuse can be traced back to 20 years earlier. As previously mentioned, the concern for narcotic suppression in the community started when the Youth Group, established in 1974, sent the first 20 young addicts for treatment and rehabilitation at Tamkrabok Temple, with a financial assistance from the Rotary Club. The group campaigned against heroine abuse but their activities did not go on very long, because of the suppressive political climate during that time, and organizational constrains in the Youth Group itself.

The problem of drug abuse received attention again when the community organization came into being. It's development work has been expanded to tackle social problems caused by criminal and destructive lifestyle. Drug abuse is one of such lifestyles, and, thus, is a target for suppression. In 1986, twelve years after the launchling of Tamkrabok treatment program, people in cooperation with local police station initiated drug dealers suppression activities. They passed information on drug dealers to the police and a major arrest in the community was achieved. The activity opened a new decade of fighting against drug abuse in Klong Toey, where, in the earlier time narcotics were almost freely traded in every corner of the community, and the use was on the point of becoming a community cultural practice.

---

<sup>22</sup>The figure is adjusted from the police statistics quoted in Abha Sirivongs Na Ayudhya, *Pre-Evaluation Report of The Development of Integrated Community-Based Approaches to Drug Demand Reduction: A Case of Klong Toey Slum*, Bangkok, Chulalongkorn University Social Research Institute, 1993a; p. B-10

<sup>23</sup>There might be a problem of multiple count of the arrested cases. The police also indicates that the number of arrested case does not represent the reality of drug addiction in the community because it depends on the arrest policy. In stead, it should reflects on the policy and campaign consistency of the police side.

<sup>24</sup>The figure is adjusted from the police statistics quoted in Abha's, *Ibid.*, 1993a; B-10

Meanwhile, encouraged by the first cooperation with the police in an elimination of drug dealers, the community leaders determined to immobilize the situation of drug abuse in the community. As a consequence, the idea of a "Drug Free Zone" was announced as a tool to monitor the drug situation and to call for more people's participation. This initiative was firstly experimented in the Block-9 community. The Duang Prateep Foundation played then a considerable role in coordinating, encouraging and sometime financing the activity. This anti-narcotic activity became more comprehensive by 1987, when the USAID provided 5 million-Baht-grant to the community, hence the activity's official name : *Free From Drug Abuse (FFDA)* The assistance from a funding agency has marked an important change from informal community's efforts to a more formal with more technical orientation.

### **4.3. Organizational Setting of Community-Based Anti-Drug Abuse**

FFDA since then has gone through three phases and achieved a certain organizational development. *The first phase* was when the Drug Free Zone was initiated in 1986 in the Block-7-8-9- communities, with cooperation from local police station. Having gained some confidence from other communities, the idea of a Drug Free Zone expanded to another three, altogether 4 out of 8 communities being involved in this campaign.

*The second phase* began in 1987 which signifies a development of cooperation with a funding agency, i.e. the USAID. The people's organization is then coached by a local NGO, the Duang Prateep Foundation and the Grassroots Development Institute through the mechanism of FFDA project. This phase involved a lot of experimented activities, which would be a framework for community-based demand reduction.

*The third phase* started when the USAID funding ended in 1991, and ESCAP partially provided with financial and technical support. Important activities in this phase include a review of the project performance, in order to establish a model of community-based approach to drug demand reduction, as well as to improve efficiency of the people's organization. This phase gives an emphasis on building up organization and obtaining cooperation from various government authorities, namely, the police, ONCB, hospitals and Bangkok Metropolitan Authority public health centers.

From 1987 to 1991, the community-based approach to drug demand reduction in Klong Toey has elaborated on important aspects of inter-relationship among of organizations at different levels.

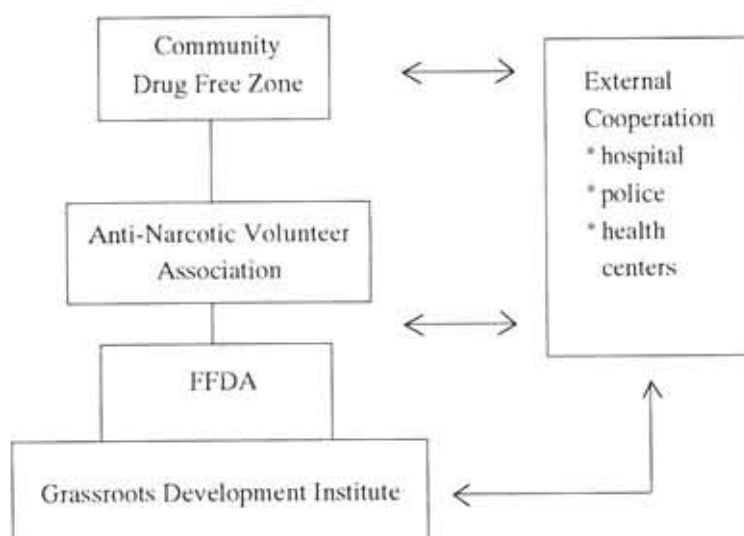
- **FFDA Project:** FFDA is a coordinating unit providing technical assistance for the community in financial management and development activities. It also functions as a secretariat to the community committee on anti-narcotics. In a broader scope, FFDA works toward a policy formulation and campaign for a promotion of community's role and responsibility in tackling drug problems nation wide.
- **Community-Drug-Free Zone:** A Drug-Free-Zone is established within each member-community of FFDA, which has freedom to manage its own activities at its own pace. However, some inter-committee activities are also in prospect. In each of the 8 communities the responsibilities are distributed among volunteer chiefs, coordinators and treasurers who will also participate in the management of FFDA, the Klong Toey has at least 247 volunteers working for their respective communities. Their community coordinators, volunteer chiefs, and treasurers sit in the FFDA project committee.
- **Anti-Narcotic Volunteer Association (ANVA):** This 134 member has been established as the key organization to operate community programs in the long run. Its chairperson is selected

among leader groups of the member communities. Its chief-task is to look after the volunteers' welfare and provide supports for any anti-narcotic activity. The Association is to set up an office by requesting support from governmental and non-governmental organizations.

- **Grassroots Development Institute (GDI):** The GDI is under the umbrella of Duang Prateep Foundation. It functions as a technical advisor and assistant to the community. Its activities focus on human resources and organization development, as well as providing FFDA the project staff, volunteers and a wide range of anti-narcotic organizations' technical trainings such as project management. The GDI also has a linkage with university experts for some technical consultation.

Thus, concentrated on Community Drug-Free Zone, are the community-based activities which, will be aggregated into an overall Klong Toey's plan under the management of the FFDA project, the latter having its secretariat in the office of Grassroots Development Institute, which will coordinate with technical organizations for their assistance for the community's work. FFDA has also shouldered administrative burden for the community especially require by the agencies, including some paper work to be presented to the government. The division of labour among different parties will be best described in the action program of FFDA.

**Chart 1. Relationship of organizations of Klong Toey Community-Based Approach to Drug Demand Reduction**



## 5. Free-From Drug Abuse: Project Activities

### 5.1. Community Initiatives

The underlying approach to get rid of drug abuse in Klong Toey, according to the people's traditional idea, is firstly to suppress drug dealers, i.e. their cooperation with the local police during the major arrest in 1987. The next step, assuring there will be no new addict, is a sanction in form of *Community patrol*. Prior to the USAID's involvement in the project, these people had already started a *community night patrol activity* to create an awareness against narcotics in the community. The patrol was meant to discourage addicts from their regular gathering for using drugs, and at the same time allow volunteers to collect information on drugs trading in the community.



The activities later on became more comprehensive with a longer term planning, in order to improve the conditions prone to drug addict problems. The community first Workshop with ESCAP are summarized as follows:<sup>25</sup>

1. *Community Control*
2. *Treatment and Counseling*
3. *Educational Campaign*
4. *Youth Development*
5. *Local Networking*

#### **5.1.1. Community Control:**

As mentioned earlier, the community began with its control of the drug abuse situation by setting a Drug Free Zone. Later, volunteers recruitment and community night patrol have drawn the people together. The patrol activity seemed to have created an anti-narcotic spirit in the community, and it may not necessarily be an effective means to eliminate drug abuse per se. The people themselves observed that there was some decrease as well as increase in numbers of addicts through out the period of their fight against narcotics. This is due to the fact that drug demand depends on many other factors which the patrol activity alone cannot put a stop to it.

Recruitment of volunteers is therefore very important, the spirit growing higher with more people involved. The night patrol activity now includes daily orientation and the planning where to walk. Volunteers will walk in groups they have themselves organized. Other volunteers not patrolling will help prepare food. The on-duty-volunteers when noticing an addicted group, will give them a warning and advice. Cooperation from the police is very important, so at least one policeman should join them in their daily night patrol.

#### **5.1.2. Treatment and Counseling:**

The community now is acquainted with the process of sending young addicts to hospitals or other treatment centers such as Tamkrabok Temple. Treatment programs are set both for groups and individuals. About 10 groups of addicts or 353 persons and another 25 individuals were already sent for detoxification at a specialized hospital, Tanyaraksa Hospital. The community has shown their moral support by paying them visits during the treatment.

Also, there was an attempt to set up a rehabilitation center within the community, so that addict's families could share the responsibility and the volunteers can observe closely their behavior after the treatment. However, with the prevalence of AIDS and its connection with narcotic application, residents of Block-9 community, where the center is located, were worried, having addicts stay in their community. FFDA therefore has called for a cooperation from the community health center, known as "Center 41", run by the Bangkok Metropolitan Authority (BMA), which has set up services for drug abusers. Some addicts have been thus dependents of the Center 41. The idea of setting up a community's own rehabilitation center, despite some constraints, is still under consideration.

As for a follow up of the treatment, the activities cover a close monitoring of already treated addicts, such as a "home visit". Volunteers visit, observe and escort them to make sure they will not return to drugs. In some cases, volunteers even have to find them a job. Training is also initiated to divert the addicts' attention from an urge for drugs, and at the same time help them to acquire some skill.

---

<sup>25</sup>FFDA Work Profile (Year 5th)", Discussion Document, *ESCAP Thailand Pilot Planning Workshop on Integrated Community-Based Approaches to Drug Demand Reduction*, August 19-22, 1991, Bangkok.

### **5.1.3. Campaign and Educational Activities:**

A part of the preventive approach is community education. The major event is their Annual Community Demonstration on Anti-Narcotics where not only the FFDA volunteers but also general public including children took part. The Demonstration signifies an effort to change the attitude of slum dwellers toward narcotic drugs. In addition, campaigns are regularly held through community media, such as anti-narcotic posters, pamphlets and community routine announcement on drug abuse and related topics.<sup>26</sup> Campaign strategies are determined by the volunteer group in each community. Schools in the community are designated as a campaign target as well. In the future, more educational material, creative ideas, and mass communication technique will be needed.

### **5.1.4. Youth Development:**

Youth has been given much importance because it is the risk group and it forms a majority of solvent abusers in the slum. FFDA has allocated two members of its staff to concentrate on youth development activities, which include youth camp, sports competition, community youth groups and volunteers, and leadership forming. But these activities recently have suffered a lack in community's space, in educational and sport equipment, and high turn over of the staff. The latest development indicated a number of young people began to share the responsibility as volunteers.

### **5.1.5. Local Networking:**

FFDA has perceived that narcotic problem is inter-connected among communities in Klong Toey. For instance, a narcotics suppression in one community resulted in an increase of drug trading in another community. Building -up a network is therefore imperative for anti-narcotics. In addition, fighting against drug abuse is a complicated matter, for it involves from narcotic suppression, medical treatment for addicts, to follow up activities, community educational program and campaign, all of which require both community commitment and technical assistance in parallel with resource mobilization from related organizations. FFDA has set to pursue as much cooperation from the community and other source of support, to guarantee a long term achievement of the project. Although there is no concrete and specific activities on networking, the implementation of activities are generally based on cooperation with some other institute. There has been an attempt to officially include representatives from a relevant organization in the organizational structure of the project but, with bureaucratic constraints, participation can be best appreciated at an individual level.

## **5.2. External Technical Support**

After USAID has discontinued their support, ESCAP started to show an interest in developing a model of community-based demand reduction from Klong Toey's experience. Three elements of technical support within the framework of ESCAP's assistance: project include a pilot planning workshop, evaluation of the training and of the project.

### **5.2.1. The Planning Workshops**

It was no less than 5 years of experience of community-based anti-narcotic actions in Klong Toey before ESCAP started providing a partial support to the project. What were those actions? The first action was the community's workshop in August 1991, to identify problems and solutions. Each group of volunteers

---

<sup>26</sup>The community announcement is done almost everyday by the community leaders to inform people about community affairs. The people can hear the announcement from the amplifier installed in each community.

**Table 2. Division of Responsibilities in Klong Toey Community-Based Activities for Drug Demand Reduction**

Activities	People		Non-Government			Government					
	Comm	ANVA	FFDA	GDI	NGOs	Pol	Hos	Sch	NHA	BMA	ONCB
1. People's Organization - activities - volunteer development - administration - resources	M   M	S M M	S S S M	 S	S  S	S S		S			S S
2. Technical assistance - data/information - documents - technical advice	S		S  M	M M S		S					S S
3. Treatment - hospitalization - com. rehabilitation - home visit	S M M	  S	 S				M  S				
4. School Youth Dev't - classroom information - school activity - community activities	  S	  S	 S	S				M M M	S S	S S	
5. Non-school Youth Dev't - sport equipment - youth center - youth activities	  S		M M M		S S			S	S S	S S	
6. Community Control - home visit - PR/campaign - night patrol - drug suppression	M S M S	 S S	S M S		S						

**Labels:** M = Main responsibility, S = Supporting responsibility

**Abbreviation:** Pol = police, Hos = hospital, sch = school, NHA = National Housing Authority, BMA = Bangkok Metropolitan Authority, ONCB = Office of Narcotics Control Board

**Source:** "Local Networking", Document no.5. ESCAP Thailand Pilot Planning Workshop on Integrated Community-Based Approaches to Drug Abuse Demand Reduction, Bangkok, August 19-22, 1991.

presented topics for discussion concluded from their activities. During group discussions, FFDA coordinated with the academics and experts as resource persons in different fields namely, mass communication, youth psychology and development, family, police and crime suppression. But most of the presentations were under the responsibility of the Klong Toey people themselves; they reviewed the situation of drug abuse, factors of drug demand in the community, and identify loopholes in the implementation process, while FFDA's role was a secretariat in preparing documents and summarizing the discussion. The first workshop outcome was the emphasis on a draft plan in each of the activities.

Plan operation was the theme of the second workshop followed in November 1991. Discussions were concentrated on the structure of organization and cooperation with the narcotics authorities. Also were proposed an evaluation of the project implementation and roles of the people in the evaluation process. During this workshop, for the first time, a long term organizational setting of the community-based project was officially discussed, and participants were invited from governmental organizations expected to play an important role in helping maintain community-based activities. Yet the result was not clear, because the authorities involved were indecisive about the level of their participation in the project. Most of them preferred not to be a part of the organizational structure of the project but would rather lend their support when need arises. This means that the community cannot rely much on them. However, cooperation from the police was the top priority, because the community's acts against narcotics abuses backed up by local gangsters, need official endorsement and support.

The two workshops marked an interaction between the local people and their outside collaborators. It provides the first with a sense of importance, being at the same time a tool to improve the project's efficiency and stability.

### 5.2.2. Training

The community-based project has thus evolved until it came to encounter technical bottlenecks, for instances: project administration,<sup>27</sup> follow up advice after the addict's re-entry, youth activities development, family counseling, mass media for community campaign, and self-evaluation.

The first training<sup>28</sup> was organized during 10-14 February 1992, when ESCAP began to take part in the project. The target group was the FFDA volunteers from community members. Topics of the discussion included the following:

1. Current status of drug abuse and its relationship to community problems
2. Community-based organization for drug prevention
3. Youth development in slum areas
4. Counseling for drug addicts and families

The evaluation of this training indicated that people appreciated a broader picture of narcotics problem plaguing the whole country and the impacts upon them (topic 1). They also gained better knowledge on counseling (topic 4) and were able to come up with new activities such as "home visit" for an after-treatment-follow-up of the addicts. Yet, there are still topics that might suit their need better, namely, *a) volunteer job description and division of labour in the community-based project (b) skill in public relation and project coordination (c) working with addicts (d) knowledge about AIDS (e) knowledge on dangerous*

---

<sup>27</sup>Administration is troublesome only when the community has to deal with outside organizations especially the funding agency; paper work, financial record, and reporting must be done properly.

<sup>28</sup>See Abha Siribongs Na Ayudhaya, "Evaluation of a community- level training : The case of Klong Toey Slum, 10-14 February 1992", Chulalongkorn University Social Research Institute, 12 March 1992a.

*narcotics, and (f) drug dealers suppression strategies.*<sup>29</sup> This training also provided community volunteers with an opportunity to observe themselves treatments in the hospital and the community health center.

The second training was held nine months later during 26-30 October 1992, after the first round of data collection for a project evaluation was completed and ready to share with the project's staff and volunteers. Its principle objective was to highlight and concretize the idea of community-based rehabilitation. Participants were again FFDA volunteers selected by the project staff.

The focus of this training was much narrower than the first one, mainly was technical. ESCAP has played a greater role in this training by providing experiences for the operation of community-based rehabilitation activities. The topics included the following:

1. Discussion on results from pre-evaluation survey
2. Techniques for narcotic problem analysis
3. Guidelines for rehabilitation
4. Model of community rehabilitation
5. A visit to Comunita Incontro in Pratum Thanee province

Participants were given relevant information on the above topics and visited the "Comunita Incontro," a model of community rehabilitation; afterwards they worked out together for a model for their own community<sup>30</sup>

After the training, unlike the first, trainees were asked to answer questionnaires concerning their attitudes and opinions about the implementation of community rehabilitation program in Klong Toey. The answers indicated a certain reluctance; only 56% accepted the model, while the rest were not ready, due to a lack of an appropriate place and an insufficient budget. However, inspite of their hesitation about a rehabilitation center, the people wanted to learn more about experiences elsewhere, and felt the need of training and for more trained volunteers.

### **5.2.3. Impact Assessment of Project Activities**

#### *The Necessity*

ESCAP has proposed,referring to the Klong Toey community-based project, a close monitoring during the first year of its implementation. The previous evaluation<sup>31</sup> being on a insufficient tool for the people to reflect upon problems encountered in the operation, another evaluation would be an essential part of the implementation, with an expectation that the people would be able to apply a more systematic approach to detect any change in the drug abuse situation in their community.

It was also suggested that the impact assessment were done by a separate institution, such as Chulalongkorn University Social Research Institute which provides this kind of consultation. The objectives are: (a) *to evaluate he effectiveness of community-based management of he FFDA project;* (b) *to assess the impact of the FFDA activities;* (c) *to review the role of institutions involved;* and (d) *to study the model of community-based management practice.*

---

<sup>29</sup>Abha, *Ibid.*, 1992a: 10-11

<sup>30</sup>See Abha Sirivongs Na Ayudhya, "Evaluation of a community-level training-II: The Case of Klong Toey Slum, 26-30 October 1992" Chulalongkorn University Social Research Institute, 1992b.

<sup>31</sup>Joseph Anthony DiCara, MD., "Freedom From Drug Abuse: 4 years summary of a community-based program in Klong Toey Slum", Bangkok: Duang Prateep Foundation, 1990.

### *The Design of the Assessment*

The objectives of the assessment, with the emphasis on the impact of the community-based practice against narcotics in Klong Toey, include substantial findings on the impact assessment. Therefore two surveys were conducted: pre and post-evaluation. The pre-evaluation coincided with the FFDA's work plan proposed to the ESCAP; and the post-evaluation was carried out after the first year of the work plan. The pre and post-evaluations were based on the assumption that "if the FFDA activities are successful, drug abuse among the sample and their family members should be changing."<sup>32</sup> In both the pre and post-evaluations, similar variables and the same sample groups were used; the framework is presented in the table below:

**Table 3: Data Collection Framework of the Impact Assessment for Klong Toey Community-Based Practice for Drug Demand Reduction**

Target Groups	Variables	Sources of Data
Parents, Children, Youth	Knowledge, attitude perception and drug abuse and addicts' behaviour	Sample-questionnaire survey
Drug Abusers	Changes in frequency, amount and pattern of drug abuse	Community inventory by FFDA volunteers, police and hospital records
Institutions	Degree and types of participation	Activities record and community testimony
Community	Degree and types of participation	Field observation and community records

Source: Abha Sirivongs Na Ayudhya, "Pre-evaluation of the development of integrated community-based approaches to drug demand reduction: A case of Klong Toey Slum, Bangkok", Chulalongkorn University Social Research Institute, July 1992, page 4.

The sample consists of 437 respondents selected by simple random sampling technique from the overall Klong Toey covering both member and non-member communities of FFDA. The samples include parents (130), children (123), youth (140) and drug addicts (44).

Since the evaluation was part of the project implementation, volunteers also took part in data collecting and giving feedback in the analysis. Their direct responsibility was to conduct an inventory of drug addicts and dealers in their respective communities. The women were very active in this activity and thus have increased an awareness, because the problem was actually visualized by the inventory. The drug situation revealed in their community has called for a more active attention.

The results of the pre-evaluation were presented in the second Klong Toey training, and the feedback was very useful for the analysis of the post-evaluation, of which the results were a subject of discussion in the final workshop in April 1993, apart from a summary of the realization of the community-based model for drug demand reduction.

The result of the one-year-project's implementation was not clear, or in other word statistically negative. The post-evaluation survey indicated a slight increase in number of addicts, according to the

<sup>32</sup>Abha Sirivongs Na Ayudhya "The development of Intergrated community-based approaches to drug abuse demand reduction: A case of Klong Toey Slum, Bangkok" A report submitted to ESCAP, Chulalongkorn University Social Research Institute, May 1993b, page 5.

community's inventory of that year, and the sample addicts used more drugs. It was observed that the period between the pre and post-evaluation activities had not been carried out according to the plan. In addition, it was reported that a large number of slum dwellers were still unaware of the project.

Yet, the result of the evaluation, by all means, cannot judge the merit of the community-based approach to drug demand reduction, due to the insufficiency in time and practice of the community in other technical aspects in order to cope with several technical bottlenecks. The other reason is that social and political environment in the community had certain influence on the project's activities. The FFDA project staff as well as volunteers reported that between 1992-93 with ESCAP's certain support, Klong Toey was in a sort of crisis following the May-political incidence,<sup>33</sup> and the alarming situations when those communities caught fire twice in the same year. As mentioned earlier, FFDA being stemmed from the structure of a community organization, or members of Klong Toey Slum Federation, which does not treat narcotic problem exclusively from others, FFDA activities naturally are interrelated with general problems in the community, which might have to slow down when the community has other pressing matters to attend to. This is substantiated by the survey's result of more drugs being used among parents group, for alcohol and pain relief, and among the addicts, for pain relief, amphetamine, marihuana, and alcohol.<sup>34</sup> Drug is generally used when people cannot cope with the reality, so do sum-dwellers.

## 6. Conclusions

The community-based approach to anti-narcotic is originated from the awareness of the people of Klong Toey. Narcotics had already had impacts on the people's and the community's livelihood before any action took place. When anti-narcotic activities were launched, they have developed and grown with external supports. The organizational structure of the community-based anti-narcotic action in Klong Toey is in fact linked with different levels of organizations, non-governmental, governmental, and some funding agency. The real community work is no other than volunteers recruitment, creating awareness among the people awareness and giving assistance to the addicts. And any expectation for a higher role of the community to prevent drug abuse is something more complicated than its original community control activity and the arrangement for treatment of the addicts.

Judging from the pre and post-evaluation surveys, the community-based model might not prove to be effective, because already one year FFDA and the community have been unable to control the use of narcotics. Without asking the reason why, the community-based model for anti-narcotic implemented in Klong Toey is not convincing at all. But looking further into the past experience before the one particular year, the community actions on anti-narcotics at different times had been in both high and low spirit, in accordance with the situation in each community and the conditions of its leader. This leads us to believe that it is unrealistic to treat the community-based action on anti-narcotics exclusively from another community's actions because they are actually inter-related. From the beginning up to now the community action on anti-narcotics still survives with or without external funding, thus indicates a certain determination to continue to fight against narcotics, within their own capacity, if need be.

The people was right to be concerned about the spirit of the community in lending each other support, and that they have all along given priority to the community control by means of its night patrols. It is a symbolic action, a mechanism to keep volunteers together, and a sign of self-determination. However,

---

<sup>33</sup>May 1992 marked one important political incidence with a major mass rally against the Military Coup. Slum group was considered one of the groups actively participated in the incidence.

<sup>34</sup>Abha, *Ibid.*, 1993b: 10-14

for a more effectiveness in the people's effort a financial assistance is necessary to build up capacity and establish a workable system.

FFDA and the community have now realized the need to improve a working system that would involve more participants in the activities. A myth in community organization suggests volunteer actions. In the case of community-based demand reduction in Klong Toey, it has been observed that as the activities become more intensive and more comprehensive, the community organization such as ANVA might find them beyond their capacity, unless some assistance from those professionals and a full time staff are incorporated in the structure of the community work.

The ESCAP cooperation has led to important elements in the community-based approach to demand reduction in Klong Toey, although its support lasted too short a time to see the results. **Capacity building** through various trainings and workshops is essential to turn volunteers into para-professionals in order to give advice and services on narcotic prevention to their community friends. An **Organizational set up** of the Anti-Narcotic Volunteer Association would help in building legitimacy for anti-narcotic volunteers, at the same time, could facilitate a cooperation from external organizations. **Self-monitoring system** is also a new invention in Klong Toey Community-based action. The people begin now to make use of a data collection in order to monitor the changing situation of drug abuse in their community.<sup>35</sup>

Finally, in enhancing the capacity of the community-based action it is most important to be aware of social, cultural and political characteristics of the community. These factors controlling the pace of community development vary from one community to another. The community cannot be pushed beyond their natural pace. Thus a generalization of the Klong Toey model must take into account these factors as the pre-conditions of particular community.

---

<sup>35</sup>Details of recommendation see Abha, Ibid, 1993b: 38.



# สตรีกับการทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้าน

เบญญา จิรภัทรพิมล\*

การทำงานอยู่กับบ้านได้กลายเป็นโอกาสหนึ่งสำหรับสตรีอายุน้อยที่ต้องอยู่บ้านเลี้ยงลูกและทำงานหารายได้ หรือสตรีที่มีอายุอยู่ในวัยกลางคนซึ่งลูกโตเข้าโรงเรียนหมดแล้วและต้องการกลับไปทำงานในตลาดแรงงานอีกครั้งหนึ่ง หรือสตรีนักธุรกิจที่มีความคิดอยากริเริ่มลงทุนทำธุรกิจ กล่าวได้ว่าสตรีที่ทำงานนี้ต่างมีเหตุผลและความจำเป็นแตกต่างกันออกไป เช่นเดียวกับลักษณะงานที่ทำก็มีหลายชนิดหลายประเภทแล้วแต่ภูมิภาคและความเป็นไปได้ จุดประสงค์ของบทความนี้เพื่อนำเสนอสภาพการทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้านของสตรี ในหมู่บ้านบางแห่งทางภาคเหนือตอนบนที่กำลังมีบทบาทสำคัญต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในสังคม หากข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการทำงานลักษณะนี้ยังไม่ค่อยจะพูดถึงกันมากนัก

## การทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้าน (Industrial homework)

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา การทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้านได้กลายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแพร่หลายทั้งในประเทศอุตสาหกรรมก้าวหน้า อย่างเช่น อังกฤษ สหรัฐอเมริกา อิตาลี ญี่ปุ่น และประเทศกำลังพัฒนาในโลกที่สาม (Beneria, 1987) ทั้งนี้ เป็นเพราะได้มีระบบการกระจายการผลิตบางขั้นตอนออกจากโรงงาน (Putting-out system) เกิดขึ้น โดยที่ทางโรงงานได้กระจายงานบางลักษณะและ/หรือบางขั้นตอนของการผลิต ซึ่งเป็นงานทำได้ง่าย ๆ และไม่ต้องการทักษะหรือฝีมือมากนัก รวมทั้งเป็นงานที่อาจไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมืออะไรเลย หรือถ้าจำเป็นต้องใช้ก็คงเป็นเครื่องมือง่าย ๆ ที่มีราคาไม่แพง แต่สิ่งที่สำคัญคืองานที่ส่งออกไปทำนอกโรงงานนั้นมักจะเป็นงานที่ต้องใช้แรงงานแบบเข้มข้น (Labour-intensive job) ดังนั้น การนำงานลักษณะนี้ออกไปทำนอกโรงงานจึงเท่ากับเป็นการลดต้นทุนการผลิตของโรงงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแรงงาน (อาทิเช่น ค่าจ้าง ค่าฝึกอบรม ค่าควบคุมงาน รวมไปถึงผลประโยชน์พิเศษอื่น ๆ ที่ทางโรงงานต้องจ่ายให้กับคนงาน) ลงทั้งหมด กล่าวได้ว่าการจ้างงานลักษณะนี้ย่อมก่อให้เกิดผลดีต่อโรงงานโดยตรง ด้วยเหตุนี้ จึงพบว่าเมื่อมีอัตราค่าจ้างแรงงานสูงขึ้นโรงงานบางประเภทมีแนวโน้มที่จะกระจายงานออกไปทำนอกโรงงานมากขึ้น

สำหรับวิธีดำเนินการจ้างงานนั้น ปรากฏว่ามีรายละเอียดปลีกย่อยที่แตกต่างกันออกไปตามประเภทของอุตสาหกรรม หากในแง่ของหลักการใหญ่ ๆ แล้วพบว่าไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ โรงงานส่วนใหญ่จะเป็น

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ฝ่ายจัดเตรียมวัตถุดิบเอง แล้วนำมาส่งโดยตรงให้คนงานถึงบ้าน หรืออาจส่งผ่านคนรับเหมา (Subcontractor) ก่อน แล้วคนรับเหมาจึงจะกระจายงานไปยังคนงานอีกต่อหนึ่งซึ่งในบางแห่งจะมีการรับเหมางานกันหลายทอด เป็นผลให้อัตราค่าจ้างที่ปลายทางได้รับน้อยกว่าที่ควรจะได้ ในส่วนของการรับ-ส่งวัตถุดิบจากโรงงานนั้น จะต้องมีการกำหนดเวลาไว้เป็นกฎเกณฑ์แน่นอน เช่น อาจจะเป็นลักษณะต่อวัน/ต่อสัปดาห์ หรือเป็นลักษณะโควต้า ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับลักษณะงาน โดยที่ทางโรงงานจะนำวัตถุดิบที่จัดเตรียมไว้เรียบร้อยแล้วมาส่งให้ พอทำเสร็จแล้วจึงจะมาเก็บงานคืนไป แต่บางแห่งคนรับเหมาหรือคนที่ทำจะเป็นฝ่ายมารับวัตถุดิบจากโรงงานเอง พอทำเสร็จแล้วก็นำมาส่งให้โรงงานตามเวลาที่ได้กำหนดไว้เช่นกัน

ส่วนการคิดอัตราค่าจ้างมักจะนิยมคิดเป็นอัตราค่าจ้างต่อชิ้น (Piece rate) ซึ่งมีราคาค่าจ้างแตกต่างกันออกไปตามความยาก-ง่ายของงาน หรือบางครั้งก็อาจคิดค่าจ้างในลักษณะงานเหมา สำหรับค่าจ้างที่ได้รับนั้นโดยเฉลี่ยแล้วจะได้รับน้อยกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ แต่ที่มีผู้ทำงานแล้วได้รับค่าจ้างที่ดูเหมือนสูงกว่าค่าจ้างขั้นต่ำนั้น เป็นเพราะผู้นั้นมีชั่วโมงทำงานต่อวันมากกว่าชั่วโมงทำงานตามปกติ จึงกล่าวได้ว่าผู้ที่ทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้านโดยทั่ว ๆ ไปมักจะต้องทำงานหนัก (ในแง่ของเวลาที่ใช้) มากกว่าการทำงานอยู่ตามโรงงาน นอกจากนั้น การทำงานลักษณะนี้จะมีข้อเสียในแง่ของการขาดความสม่ำเสมอของปริมาณงาน ด้วยเหตุที่งานที่เข้ามาจะมีปริมาณมาก-น้อยแตกต่างกันไป เช่น ใน 1 ปี อาจจะมีงานมากเพียง 5 เดือนเท่านั้น ทำให้ผู้ทำงานนี้มีรายได้ไม่ค่อยแน่นอน จึงเป็นเหตุให้คนต้องหันไปทำงานอื่นแทน อาจกล่าวได้ว่า ความไม่แน่นอนของปริมาณงานน่าจะเป็นเหตุผลสำคัญอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้โรงงานนำเอาระบบการกระจายงานออกจากโรงงานมาใช้ ทั้งนี้ เพื่อต้องการลดความเสี่ยงในการลงทุนของโรงงานนั่นเอง

### การทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้านทำไมจึงเหมาะสมกับสตรี?

แม้จะมีได้เป็นกฎเกณฑ์ตายตัวว่า ผู้ที่ทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้าน จะต้องเป็นสตรีเสมอไปก็ตาม แต่ดูเหมือนจะเป็นการยอมรับกันอยู่ในที่ว่างานนี้เหมาะสมกับสตรี ดังกล่าวมาแล้วข้างต้นว่า งานที่ทางโรงงานส่งออกไปทำนอกโรงงานนั้น มักจะเป็นงานที่ใช้แรงงานแบบเข้ม และไม่ต้องการใช้ทักษะมากมาย รวมทั้งไม่ต้องใช้เครื่องมือ หรือถ้าหากมีการใช้เครื่องมือก็จะเป็นเครื่องมือแบบง่าย ๆ ที่อาจมีใช้ตามบ้านอยู่แล้ว อาทิเช่น จักรเย็บผ้า กัดผ้า เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ งานอุตสาหกรรมบางลักษณะจึงสามารถทำได้ในบ้านของแต่ละคน ขณะเดียวกันได้มีสตรีบางกลุ่มบางพวกที่มีความจำเป็นต้องอยู่บ้านเพราะต้องเลี้ยงลูกดูแลพ่อแก่แม่แก่ รวมทั้งภาระงานบ้านอื่น ๆ แต่ก็พอมีเวลาว่างในแต่ละวันเหลืออยู่บ้างจึงสามารถรับงานพิเศษมาทำที่บ้านได้ ประกอบกับงานดังกล่าวมีลักษณะยืดหยุ่นทั้งในแง่ชั่วโมงการทำงาน และลักษณะการควบคุมงาน ดังนั้น จึงเอื้อประโยชน์ต่อสตรีที่จำเป็นต้องอยู่บ้าน ด้วยสามารถทำงาน ดูแลลูก และทำงานบ้านไปได้พร้อม ๆ กัน แม้ว่าการทำงานบางอย่างสตรีจำเป็นต้องไปนั่งทำงานอยู่ที่บ้านของเจ้าของงานเพราะต้องใช้อุปกรณ์บางอย่างร่วมกัน หรือเจ้าของงานจำเป็นต้องควบคุมบางขั้นตอนของการผลิตก็ตาม หากการทำงานในลักษณะนี้มิได้เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่แม่บ้านของสตรีแต่ประการใด เพราะบ้านเจ้าของงานก็อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน

อาจกล่าวได้ว่า ลักษณะความง่ายของงานที่โรงงานส่งออกมาให้ทำ และความรู้ความสามารถรวมทั้งเวลาว่างที่พอจะมีอยู่บ้างนั้น ได้มีส่วนทำให้เกิดการยอมรับกันทั่วไปว่า การทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้านมีความเหมาะสมกับสตรี ประกอบกับการที่สตรีส่วนใหญ่จำเป็นต้องแบกรับภาระทางเศรษฐกิจของครัวเรือนอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้นั้น การทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้าน จึงกลายเป็นช่องทางหนึ่งที่ช่วยให้สตรีมีงานทำและมีรายได้เป็นของตนเอง ขณะเดียวกันก็สามารถทำหน้าที่แม่บ้านได้อีกด้วย

ได้มีการศึกษาในต่างประเทศที่ได้ผลตรงกันว่า ผู้ทำงานอยู่กับบ้านส่วนใหญ่เป็นสตรี ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Kyoko Kamio (1991) ได้เสนอผลการศึกษาของเธอต่อที่ประชุมของกลุ่ม Technical Meeting of The ILO-DANIDA Subregional Project (1993) ว่า ในประเทศญี่ปุ่นนั้นสตรีที่ทำงานอยู่กับบ้านมีประมาณ 3 ล้านคน ใน ค.ศ. 1989 สำหรับงานอุตสาหกรรมที่สตรีญี่ปุ่นทำอยู่กับบ้านในตอนแรก ๆ นั้น ส่วนใหญ่จะเป็นจำพวกเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ หรือชิ้นส่วนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ งานเกี่ยวกับเครื่องหนัง งานแกะสลักไม้ งานทอผ้า และงานเย็บผ้าสำเร็จรูป แต่ต่อมาภายหลังเมื่อญี่ปุ่นได้ย้ายฐานการผลิตเข้ามาอยู่ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทำให้โครงสร้างเศรษฐกิจของประเทศเปลี่ยนไปเน้นกิจกรรมทางด้านการค้าและการเงิน อันเป็นผลให้ลักษณะการทำงานอยู่กับบ้านของสตรีญี่ปุ่นเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ปรากฏว่างานที่กำลังเป็นที่นิยมของสตรีแม่บ้านญี่ปุ่นในปัจจุบันคือ การทำงานเกี่ยวกับการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ อาทิเช่น รับพิมพ์งาน รับทำโปรแกรม คีย์ข้อมูล และอื่น ๆ โดยให้เหตุผลว่า เพราะเป็นงานสะอาดและได้ใช้สมองมากกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lourdes Beneria (1987) ในประเทศเม็กซิโก พบว่างานอุตสาหกรรมที่สตรีทำอยู่กับบ้านส่วนใหญ่คือ งานเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์พลาสติก เช่น ดอกไม้พลาสติก ตุ๊กตาพลาสติก ของเด็กเล่น การ์ตูน ที่เย็บกระดาษ ปากกา ตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป ทอผ้า ทำขดลวดที่ใช้กับเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ อุปกรณ์บางส่วนของเสาอากาศ และอื่น ๆ

สำหรับประเทศไทยนั้น การศึกษาทางด้านนี้ยังมีน้อยใน ปี พ.ศ. 2529 ทางกรมแรงงานได้ทำการสำรวจชนิดของงานที่รับไปทำที่บ้านพบว่า งานที่มักจะทำกันมากที่สุดมี 15 ชนิด (เรียงจากมากไปหาน้อย) คืองานจักสานภาชนะ งานตัดเย็บเสื้อผ้า งานทอผ้า งานเจียรไนเพชรพลอย งานแกะอาหารทะเล งานผลิตภัณฑ์เปลือกหอย งานตัดหุ่นผูกอวน งานเย็บที่นอนหมอนมุ้ง งานชุดเปลือกมะม่วงหิมพานต์ งานทอเสื่อ งานแกะสลักไม้เฟอร์นิเจอร์ งานทำแล็บิดฝุ่น งานทำตะแกรงแปรงทองเหลือง งานดอกไม้พลาสติก และอื่น ๆ (วิจิตรา และคณะ, 2529) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Amara et.al (1989) ที่พบว่างานอุตสาหกรรมที่ทำอยู่กับบ้านส่วนใหญ่คือ เย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป ดอกไม้ประดิษฐ์ ไม้แกะสลัก ทำร่ม เจียรไนเพชรพลอย ถนอมอาหาร จักสานไม้ไผ่ ทำมิด ทำอิฐ อาหารทะเลกระป๋อง และเป็นที่แน่นอนว่าผู้ทำงานส่วนใหญ่เป็นสตรี จะเห็นได้ว่าลักษณะงานที่ทำนั้นมีแตกต่างกันไปในแต่ละภาคของประเทศ แต่กิจกรรมที่ค่อนข้างจะเป็นที่นิยมในหมู่สตรี และมีปรากฏอยู่ในทุกภาคของประเทศคือ งานทอผ้าและเย็บผ้าที่ถือว่าเป็นงานของสตรีมาแต่โบราณ หากแต่เดิมนั้นเป็นการผลิตเพื่อใช้ภายในครัวเรือน แต่ในปัจจุบันได้พัฒนามาเป็นกิจกรรมการผลิตเพื่อขาย (เรณู และคณะ, 2534) โดยเฉพาะภาคเหนือตอนบนนั้น งานทอผ้าถือได้ว่าเป็นงานอุตสาหกรรมที่สำคัญและมีมานานแล้ว (Bowie, 1992) เช่นเดียวกับการตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปที่เริ่มเกิดขึ้นจากคนภาคเหนือเช่นกัน (ชัตติยา และคณะ, 2533) เนื่องจากงานทอผ้าและเย็บผ้านั้น ได้ถูกจัดอยู่ใน

กลุ่มอุตสาหกรรมประเพณี (Traditional industry) (Udokang, 1985) ที่แม้จะมีกระบวนการผลิตเป็นแบบสายการผลิต (Line production) ก็ตาม หากเป็นการผลิตที่มีลักษณะไม่จำเป็นต้องกระทำภายในโรงงานทั้งหมด และ/หรือต้องทำให้เสร็จภายในวันเดียว ดังนั้น จึงสามารถกระจายบางขั้นตอนของการผลิตออกไปนอกโรงงานได้ ด้วยเหตุนี้ จึงเปิดโอกาสให้มีการจ้างเหมางาน (Subcontract) เกิดขึ้น ปรากฏว่าในระหว่าง พ.ศ. 2529-2530 ซึ่งเป็นยุคทองของอุตสาหกรรมเสื้อผ้าสำเร็จรูปของไทยนั้น ได้เกิดการว่าจ้างในลักษณะ Subcontract กันอย่างเ็นล่ำเป็นล้นทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด จนถึงกับเกิดมีหมู่บ้านอุตสาหกรรมเสื้อผ้าสำเร็จรูปเกิดขึ้นหลายแห่ง เช่น ตำบลบ้านสร้าง อำเภอวังน้อย จังหวัดอยุธยา หมู่บ้านห้วยนา ตำบลเจียด อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้น (วารสารเศรษฐกิจและสังคม, 2531) ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นการสะท้อนให้เห็นว่า การทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้านนั้นมิใช่บทบาทสำคัญต่อสตรีโดยเฉพาะสตรี แม่บ้านเป็นอย่างมาก แต่ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นก็คือ รายได้จากการทำงานนี้ ได้มีบทบาทสำคัญต่อชีวิตความเป็นอยู่ของบรรดาสมาชิกคนอื่น ๆ ในครัวเรือนด้วยเช่นกัน

### การทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้านของสตรีในหมู่บ้านทางภาคเหนือ

จากการศึกษาสตรีที่ทำงานทอผ้าและเย็บผ้าอยู่กับบ้าน ในหมู่บ้านบางแห่งในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน จำนวน 43 ราย พบว่าสตรีที่ทำงานนี้มีสองลักษณะคือ เป็นเจ้าของกิจการลักษณะหนึ่ง อีกลักษณะหนึ่งเป็นผู้รับจ้าง สตรีเกือบจะทั้งหมดเป็นสตรีที่แต่งงานแล้ว (มีสตรีโสดเพียง 3 ราย) สตรีเหล่านี้ต่างมีความรู้เกี่ยวกับงานทอผ้าและเย็บผ้ามาก่อน โดยเฉพาะสตรีกลุ่มเย็บผ้านั้นส่วนใหญ่เคยทำงานเย็บผ้าในโรงงานมาแล้วทั้งสิ้น บางคนเคยเป็นหัวหน้าควบคุมงานในโรงงาน แต่ต้องออกจากโรงงานมาอยู่บ้านภายหลังที่แต่งงานและมีลูก ดังนั้น ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการทำงานในโรงงาน จึงช่วยให้สตรีเหล่านี้สามารถรับงานจากโรงงานมากระจายให้เพื่อนบ้านหรือญาติในหมู่บ้านทำ โดยที่ตนเองทำหน้าที่ด้านจัดการ แต่มีบางรายที่ทั้งทำหน้าที่ตัดเย็บและการจัดการไปด้วยในขณะเดียวกัน

ส่วนกลุ่มสตรีทอผ้านั้นปรากฏว่า สตรีเหล่านี้ต่างได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการทอผ้ามาจากแม่ ยาย หรือญาติพี่น้องคนอื่น ๆ เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ที่เป็นเจ้าของกิจการมักจะมาจากครอบครัวที่ได้ชื่อว่ามีความรู้และความชำนาญในงานทอผ้ามาก่อน และที่สำคัญคือ กลุ่มสตรีที่เป็นเจ้าของกิจการนั้นจะต้องเป็นคนที่มีฐานะทางการเงินของหมู่บ้านรวมทั้งเป็นคนกว้างขวางในหมู่บ้านหรือมีเงินนั้นก็มิใช่ญาติพี่น้องค่อนข้างมากซึ่งช่วยให้การรวมกลุ่มแรงงานทำได้ง่ายขึ้น ซึ่งผลที่ค้นพบนี้สอดคล้องกับผลที่ได้จากการศึกษาของ Angkarb P. Korsieporn (1991) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเจ้าของกิจการทอผ้า 2 ราย เป็นภรรยากำนัน และให้เหตุผลของการริเริ่มทำธุรกิจทางด้านนี้ว่า เป็นเพราะทางราชการต้องการให้มีการรวมกลุ่มบรรดาแม่บ้าน เพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนั้น ตนในฐานะภรรยากำนันจึงได้คิดตั้งกลุ่มทอผ้าขึ้นในหมู่บ้านด้วยมีจุดมุ่งหมายว่าจะช่วยให้บรรดาแม่บ้านได้มีโอกาสทำงานที่มีรายได้มาจุนเจือครัวเรือน จะเห็นได้ว่าทั้งความรู้และประสบการณ์จากการทำงาน ที่สตรีได้รับการถ่ายทอดมาจากโรงงานหรือจากคนรุ่นอายุก่อน ๆ นั้น ได้มีส่วนช่วยให้สตรีสามารถทำงานนี้ได้เป็นอย่างดี

## สภาพการทำงาน

ผลจากการศึกษาพบว่า สตรีบางคนทำงานนี้มานานกว่าสิบปี แต่มีบางคนที่จะเพิ่งจะเข้ามาทำงานนี้ได้ไม่นานนัก และโดยเฉลี่ยแล้วสตรีเหล่านี้ทำงานทอผ้าและเย็บผ้ามานานกว่า 5 ปี (ดูตารางด้านหลัง) โดยที่สตรีทอผ้าส่วนใหญ่ทำงานนี้ยามที่ว่างจากการทำงานเกษตร ต่างจากสตรีเย็บผ้าที่ส่วนใหญ่ทำงานนี้เป็นงานประจำและมีได้ทำการเกษตร ดังนั้น หลังจากเสร็จภาระจากงานประจำวันของตนแล้ว บรรดาแม่บ้านทั้งหลายก็จะเริ่มทำงาน ซึ่งบางกลุ่มก็มาทำงานรวมกันอยู่ที่บ้านของหัวหน้างาน เพื่อว่าจะได้ใช้เครื่องมือร่วมกันบ้าง บ้างก็ต้องการมีเพื่อนคุยขณะทำงาน แต่บางแห่งที่มีการเข้มงวดในเรื่องคุณภาพนายจ้างจำเป็นต้องควบคุมขณะทำงาน พอตกเย็นจึงแยกย้ายกันกลับบ้านไปหุงหาอาหาร ดูแลลูก บางคนก็ต้องไปรับลูกที่โรงเรียน ในกรณีที่มียานเร่งด่วนสตรีเหล่านี้ก็จะกลับเข้ามาทำงานอีกครั้งในตอนกลางคืน ส่วนผู้ที่มีลูกเล็ก ๆ และยังไม่ได้เข้าโรงเรียน สตรีกลุ่มนี้ก็จำเป็นที่จะต้องทำงานอยู่ที่บ้านของตน ด้วยจะได้ทำงานและดูแลลูกไปด้วยในคราวเดียวกัน เมื่อถามถึงจำนวนชั่วโมงทำงานในแต่ละวันนั้น ปรากฏว่า สตรีตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่า เวลาทำงานก็จะอยู่ในช่วงระหว่าง 8 โมงเช้าถึง 5 โมงเย็น สตรีตัวอย่างทั้งหมดไม่สามารถให้คำตอบที่แน่นอนได้ เพราะส่วนใหญ่มักจะทำงานทั้งสองอย่างควบคู่กันไป นอกจากนั้น อาจมีการหยุดพักในระหว่างทำงานอีกด้วย และมีบางคนซึ่งทำอยู่ที่บ้านของตนเองเล่าให้ฟังว่า ถ้าหากวันไหนเกิดง่วงนอนก็จะหยุดนอนก่อน แล้วค่อยตื่นมาทำงานใหม่ ส่วนคนที่ทำงานอยู่ที่บ้านของนายจ้างก็อาจจะหยุดพักคุยกันบ้าง กินขนมบ้าง แล้วค่อยทำงานต่อ จะเห็นได้ว่าการทำงานลักษณะนี้ไม่สามารถแยกระหว่างงานกับบ้านให้ขาดจากกันได้ จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการกล่าวว่ ผู้ทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้านมักมีชั่วโมงทำงานที่ยาวนานในแต่ละวัน เนื่องจากได้มีการรวมเอาชั่วโมงทำงานบ้านหรือ ชั่วโมงพักผ่อนเข้าไปด้วย

## ลักษณะการจัดการ

ในการรับงานมาทำนั้นมีลักษณะแตกต่างกันระหว่างสตรีที่ทอผ้ากับสตรีที่เย็บผ้า กล่าวคือ สตรีที่ทอผ้านั้นรับงาน (ด้าย ฝ้ายที่ย้อมสีแล้ว) โดยตรงจากเจ้าของงาน (ซึ่งสร้างเป็นโรงงานขนาดเล็กอยู่ในหมู่บ้าน) พอทอผ้าเสร็จก็จะนำไปส่งให้เจ้าของงาน หลังจากตรวจสอบคุณภาพและปริมาณของงานที่ทำเสร็จแล้ว นายจ้างก็จะจ่ายค่าจ้างให้ แต่ในบางครั้งที่มีความจำเป็นต้องใช้เงินก็อาจจะเบิกเงินล่วงหน้าจากนายจ้างได้ ส่วนทางโรงงานนั้นมีทั้งที่ทอขายเองโดยตรงและที่รับ Order จากร้านค้าในเชียงใหม่บ้าง จากกรุงเทพฯ บ้าง และบางแห่งก็รับ Order จากต่างประเทศโดยตรง

ส่วนสตรีที่เย็บผ้านั้นรับงานจากหัวหน้ากลุ่มซึ่งรับงานมาจากคนรับเหมา (Subcontractor) ที่รับช่วงต่อมาจากโรงงานในเชียงใหม่บ้าง โรงงานในกรุงเทพฯ บ้าง จะเห็นได้ว่ามีการรับเหมากันมาหลายทอด หลังจากทำงานเสร็จแล้วสตรีก็จะนำงานมาส่งให้หัวหน้ากลุ่ม พอหัวหน้ากลุ่มตรวจสอบคุณภาพแล้วก็จะนำงานไปส่งให้คนรับเหมาและ/หรือโรงงานแล้วแต่กรณี เมื่อตรวจสอบคุณภาพเป็นที่พอใจแล้วทางโรงงานและ/หรือคนรับเหมาจึงจ่ายค่าจ้าง ซึ่งจะมีการหักค่าจัดการกันเป็นทอด ๆ ทำให้เหลือเป็นค่าแรงให้แก่คนทำงานเพียงน้อยนิด ดังนั้น คนที่จะได้ค่าจ้างต่อวันสูงก็หมายความว่าต้องทำงานหนักในแต่ละวัน เมื่อคนงานเร่งทำงานให้ได้จำนวนมากต่อวัน ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านคุณภาพตามมา ทำให้เจ้าของ

กิจการหรือผู้รับเหมาจะต้องทำการตรวจสอบคุณภาพของผลงานที่ทำมาอย่างเข้มงวด ในกรณีที่ทำผิดหรือทำไม่ดีก็จะส่งคืนไปให้แก้ไขใหม่ พร้อมทั้งมีการว่ากล่าวตักเตือน แต่ถ้าหากยังไม่ปรับปรุงเจ้าของหรือหัวหน้ากลุ่มก็จะไม่ส่งงานให้ทำในคราวต่อไป สำหรับงานที่ทำมาผิดและส่งกลับไปให้แก้ไขใหม่นั้น ถ้าแก้ไขไม่ได้ก็จะถูกบังคับให้ซื้อในราคาต้นทุนของวัตถุดิบ ซึ่งเงื่อนไขนี้มักจะได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากคนงานว่าไม่ยุติธรรมสำหรับตน ด้วยไม่รู้ว่าเอาของเหล่านั้นไปใช้ได้อย่างไร ส่วนเจ้าของงานก็มีความคิดว่า แม้จะได้เงินค่าวัตถุดิบคืนแต่ก็ไม่คุ้มกับเวลาที่เสียไป และบางครั้งวัตถุดิบมีจำกัดและหายาก ดังนั้น การทำของเสียของลูกจ้างก็ส่งผลเสียต่อการวางแผนการผลิตของตนเหมือนกัน

จะเห็นได้ว่าการทำงานลักษณะนี้จำเป็นต้องมีความร่วมมือและความไว้นใจเชื่อใจกันระหว่างเจ้าของกิจการ ผู้รับเหมา และลูกจ้าง เพราะในการติดต่อทุกขั้นตอนจะเป็นการพูดด้วยวาจาทั้งสิ้น ซึ่งการจะทำเช่นนั้นได้นั้นย่อมแสดงว่าคนเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบว่า สตรีตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคนในเครือญาติเดียวกัน หรือมีจะนั้นก็มีความเกี่ยวข้องทางด้านเขยบ้างสะใภ้บ้าง บางรายเป็นเพื่อนกันมาตั้งแต่เด็ก ๆ ความเป็นคนกลุ่มเดียวกันทำให้เกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน รวมทั้งรู้สึกเกรงอกเกรงใจ ซึ่งความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดของคนในชุมชนเช่นนี้ได้มีส่วนช่วยให้การควบคุมแรงงานกระทำได้ง่ายขึ้น

## รายได้

ปรากฏว่า สตรีตัวอย่างมีรายได้จากการทำงานที่แตกต่างกันค่อนข้างมากกล่าวคือ ผู้ได้รับค่าจ้างต่ำสุดเท่ากับ 33.- บาทต่อวัน ในขณะที่ผู้ได้รับค่าจ้างสูงสุดเท่ากับ 250.- บาทต่อวัน แต่โดยเฉลี่ยแล้วจะมีรายได้ราว 75.- บาทต่อวัน แม้จะเป็นรายได้ที่ดูเหมือนว่าน้อยเมื่อเทียบกับรายได้ขั้นต่ำ (ในปีที่ศึกษารายได้ขั้นต่ำของจังหวัดเชียงใหม่เท่ากับ 101.- บาทต่อวัน และจังหวัดลำพูน เท่ากับ 94.- บาทต่อวัน) แต่ก็เป็นรายได้สุทธิที่นับว่าไม่น้อยสำหรับคนชนบท ทั้งนี้ เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าเครื่องแต่งตัว ค่าอาหาร และค่าเดินทางไปทำงาน ที่สำคัญคือ รายได้ส่วนนี้ของสตรีมีความสำคัญต่อครัวเรือนเป็นอย่างมาก เพราะสามารถนำมาเป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในครัวเรือน เช่น ค่าอาหาร ค่าเล่าเรียนของลูก ค่าผ่อนส่งรถจักรยานยนต์ ทวี หรือเข้าของเครื่องใช้อื่น ๆ กล่าวได้ว่า รายได้จากการทำงานของสตรีแม่บ้าน ได้มีส่วนช่วยให้ครอบครัวมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จากการสอบถามบรรดาแม่บ้านส่วนใหญ่ต่างตอบเป็นเสียงเดียวกันว่า ถ้าขาดรายได้จากการทำงานของตนแล้วครอบครัวจะเดือดร้อน ดังนั้น พวกตนจึงต้องการมีงานพิเศษทำจะเป็นงานอะไรก็ได้ แต่ปัญหาที่มีอยู่ในขณะนี้คือ งานเย็บผ้าและทอผ้าที่มีอยู่ในขณะนี้มีน้อยไม่เพียงพอกับความต้องการ

## ข้อสรุปและข้อคิดเห็น

ผลที่ได้จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้านที่มีลักษณะพิเศษ คือเป็นงานที่ทำง่าย ๆ ไม่ต้องการทักษะมากนัก และเป็นงานที่ทำโดยใช้แรงกายเป็นส่วนใหญ่ อาจจะมีการใช้เครื่องมือบ้างเล็กน้อย ประกอบกับเป็นงานที่ไม่ต้องใช้สถานที่มากนัก จึงทำให้สามารถใช้สถานที่ภายในบริเวณบ้านได้ ที่สำคัญคือมีความยืดหยุ่นในแง่การควบคุมงานและเวลาทำงาน คุณสมบัติต่าง ๆ เหล่านี้ล้วน

มีความเหมาะสมต่อสตรีแม่บ้าน ทำให้สตรีแม่บ้านสามารถผสมผสานงานในบ้านและงานนอกบ้านได้อย่างกลมกลืน

อย่างไรก็ตาม การทำงานลักษณะนี้ย่อมมีทั้งผลดีและผลเสียเกิดขึ้นพร้อมกัน ผลดีที่เกิดขึ้นและเห็นได้ชัดเจนคือ ทำให้สตรีมีงานทำและมีรายได้เป็นของตนเอง ซึ่งรายได้จากการทำงานของสตรีได้มีส่วนช่วยให้สมาชิกคนอื่น ๆ ของครอบครัวมีชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น แต่ขณะเดียวกันผลเสียที่น่าวิตกคือ การที่สตรีแม่บ้านต้องทำงานหนักขึ้น จนอาจก่อให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพและชีวิตของเธอในที่สุด นอกจากนี้ ก็เป็นการเสียประโยชน์ของสตรีเกี่ยวกับค่าจ้างที่ได้รับ ซึ่งมักจะถูกกดจากนายจ้างให้ต่ำที่สุดเท่าที่จะทำได้ ที่สำคัญคือ สตรีเหล่านี้ไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ใด ๆ เลย อีกทั้งยังไม่มีหลักประกันใด ๆ เกี่ยวกับภาวะการมีงานทำ ดูเหมือนว่าความไม่แน่นอนของปริมาณงานที่เข้ามา จะกลายเป็นกลไกสำคัญอันหนึ่งที่ควบคุมคนงานสตรีไม่ให้มีการเรียกร้องใด ๆ เกิดขึ้น เป็นที่น่าสังเกตว่าการเรียกร้องขอขึ้นค่าแรงนั้นแทบจะกระทำไม่ได้เลย แต่ถ้าหากจะมีเกิดขึ้นบ้างมักพบว่าสตรีกลุ่มทอผ้าขอขึ้นค่าแรงจากนายจ้าง การที่สตรีกลุ่มทอผ้าสามารถต่อรองกับนายจ้างได้นั้นเป็นเพราะงานทอผ้าชิ้นนั้นเป็นงานที่มีทักษะและเอกลักษณ์เฉพาะตัวและคนทอผ้าเป็นมีไม่มากนัก ต่างจากงานเย็บผ้าที่หาคนทำได้ง่ายกว่าเพียงแค่เย็บผ้าเป็นก็ทำได้แล้ว หรือถ้าเย็บไม่เป็นก็สามารถสอนให้ทำได้ไม่ยากนัก การที่แรงงานเย็บผ้าหาได้ง่ายทำให้เกิดมีการแข่งขันหางานทำ และในบางครั้งก็มีการตัดราคาตนเอง จนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นายจ้างสามารถกดราคาค่าจ้างได้

ดังนั้น รัฐบาลในฐานะเป็นคนกลางจำเป็นที่จะต้องเข้าไปดูแลให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจลักษณะนี้มีการดำเนินกิจการไปอย่างยุติธรรมทั้งสองฝ่าย ซึ่งอาจจะหาทางออกด้วยการสนับสนุนให้สตรีทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม อาจจะเป็นกลุ่มสหกรณ์หรือกลุ่มอื่นใดก็ได้ เพื่อกลุ่มจะได้ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของสตรีแม่บ้านในการต่อรองกับเจ้าของโรงงานหรือผู้รับเหมาเกี่ยวกับค่าจ้างหรือผลประโยชน์พิเศษอื่น ๆ ในขณะเดียวกัน รัฐบาลก็ควรจะช่วยเหลือในการพัฒนาฝีมือให้กับแรงงานเหล่านี้ เพื่อจะได้ยกระดับมาตรฐานฝีมือให้สูงขึ้น ซึ่งการช่วยเหลือลักษณะนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อนายจ้างและลูกจ้าง ในแง่ของนายจ้างคือเท่ากับเป็นการยกระดับมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ให้สูงขึ้น โดยที่นายจ้างไม่ต้องลงทุนทางด้านค่าใช้จ่ายในการอบรมคน ส่วนทางด้านคนงานสตรีเองเมื่อมีฝีมือสูงขึ้นก็สามารถต่อรองเรื่องค่าจ้างกับนายจ้างได้ง่ายขึ้น ในส่วนของสตรีผู้ที่ต้องการริเริ่มทำธุรกิจ รัฐบาลก็ควรหาทางช่วยเหลือทางด้านการตลาด ทางด้านสินเชื่อ เพื่อช่วยผู้ประกอบการท้องถิ่นให้สามารถดำเนินกิจการต่อไปได้ อันจะมีผลดีย้อนกลับมาสู่ชุมชนในที่สุด

ตาราง ร้อยละของสตรีตัวอย่างจำแนกตามสภาพการทำงานและประเภทของงานที่ทำ

สภาพการทำงาน	ทอผ้า	เย็บผ้า
<b>ประเภทของงานที่ทำ</b>		
รวม	72.1 (31)	27.9 (12)
	100.0 (43)	
<b>สถานที่ทำงาน</b>		
บ้านเจ้าของงาน	45.2	75.0
บ้านตนเอง	54.8	25.0
รวม	100.0 (31)	100.0 (12)
<b>ลักษณะการทำงาน</b>		
ทำงานนี้ตลอดปี	38.7	58.3
ทำเฉพาะช่วงที่ว่างจากเกษตร	61.3	41.7
รวม	100.0 (31)	100.0 (12)
<b>ระยะเวลาที่ทำงานนี้</b>		
ต่ำกว่า 1 ปี	6.7	18.2
1 ปี	13.3	18.2
2 ปี	16.7	9.1
3 ปี	10.0	9.1
4 ปี	3.3	-
5 ปี	13.3	-
6 ปี	3.3	18.2
7 ปี	3.3	-
8 ปี	6.7	9.1
10 ปี	10.0	9.1
12 ปี	3.3	-
14 ปี	10.0	-
16 ปี	-	9.1
รวม	100.0 (30)	100.0 (11)



## ตาราง (ต่อ)

สภาพการทำงาน	ทอผ้า	เย็บผ้า
<b>ความสัมพันธ์กับนายจ้าง</b>		
เป็นคนในหมู่บ้านเดียวกัน	58.1	100.0
เป็นญาติกับนายจ้าง	41.9	-
รวม	100.0 (31)	100.0 (12)
<b>เหตุผลที่มาทำงานนี้</b>		
ต้องการหารายได้เพิ่ม	9.7	-
ช่วยสามีจัดตั้งกลุ่ม	6.4	-
ทำเกษตรไม่ได้เพราะสุขภาพไม่ดี	6.4	-
ไม่มีงานอื่นทำ	9.7	27.3
ทำเกษตรขาดทุน	12.9	-
สามารถอยู่บ้านและเลี้ยงลูกไปพร้อมกัน	19.4	27.3
ชอบและทำเป็นอาชีพ	35.5	27.3
มีรายได้แน่นอน	-	9.1
ช่วยญาติทำ	-	9.1
รวม	100.0 (31)	100.0 (11)
<b>ความต้องการการช่วยเหลือจากรัฐบาล</b>		
อยากได้ Order เพิ่ม	42.3	9.1
อยากได้ค่าจ้างเพิ่ม	19.2	18.2
อยากให้รัฐส่งเสริมด้านอุปกรณ์	7.7	9.1
อยากให้รัฐช่วยขยายตลาด	15.4	-
อยากให้รัฐอบรมความรู้เกี่ยวกับงานที่ทำอยู่	11.5	9.1
อยากให้รัฐช่วยส่งเสริมสินค้าพื้นเมือง	3.8	-
อยากให้มีงานทำตลอดปี	-	54.5
รวม	100.0 (26)	100.0 (11)

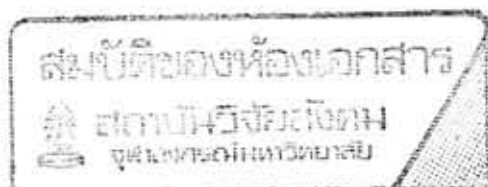
## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- ชัตติยา กรรณสูตร และคณะ (2531) *ผู้รับงานไปทำที่บ้าน* คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร-ศาสตร์.
- เรณู คุปต์ชเรีเยอร์ และคณะ (2534) *การทอผ้าพื้นเมืองของสตรีชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : การศึกษาในมิติทางด้านวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ* รายงานการวิจัย (องค์การบริหารวิเทศกิจแห่งแคนาดาและสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- วิจิตรา พรหมพันธุ์ และ ชัยวัฒน์ เกิดผล (2529) *สภาพการทำงานของคนงานหญิงตามผลงานในประเทศไทย* กรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย.
- วีระพงศ์ จันทน์โพธิ์ศรี (2531) “บ้านสร้าง (วังน้อย) แหล่งเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปในต่างจังหวัด” ใน *วารสารเศรษฐกิจและสังคม* ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 (พฤษภาคม - มิถุนายน).
- ศักดิ์เจริญ ภวภูตานนท์ (2531) “หมู่บ้านหัวนา กับแรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าวันนี้” ใน *วารสารเศรษฐกิจและสังคม* ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 (พฤษภาคม - มิถุนายน).

### ภาษาอังกฤษ

- Beneria, Lourders and Roldan, Martha (1987) *The Crossroads of Class & Gender*, The University of Chicago Press, U.S.A.
- Bowie, Katherine A. (1992) “Unraveling the Myth of The Subsistence Economy : Textile Production in Nineteenth-Century Northern Thailand” in *The Journal of Asian Studies* 51, No. 4 (November).
- Christensen, Kathleen (1988) *Women and Home-Based Work* Henry Holt and Company, New York.
- Korsiepor, Angkarb P. (1991) “Rural Women and Industrial Homeworking in Thailand : A Case of Integrating Women in Development?” in *Journal of The Society For International Development*.
- Lucita Lazo (1993) *Subregional Meetings I and II of the ILO-DANIDA* ILO Office, Bangkok, Thailand.
- Pongsapich, Amara et al. (1989) *Women Homeworkers in Thailand* Social Research Institute, Chulalongkorn University.
- Udokang, Patricia (1985) *Women in Industry* The North - South Institute, Ohawa, Canada.



## สิ่งพิมพ์ของสถาบัน

- 2538 สถาบันวิจัยสังคม  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย      การสำรวจทัศนคติต่อภาวะทางสังคมในเขตเมือง  
ปี พ.ศ.2537
- 2538 สถาบันวิจัยสังคม  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย      รายงานสถานการณ์แรงงานเด็กในประเทศไทย  
(A Comprehensive Report on the Situation of  
Child Labour in Thailand)
- 2538 อาภา ศิริวงศ์ ณ ออยุธยา  
สุทธิจิตต์ จินตยานนท์  
รัตนา จารุเบญจ      สภาพปัญหาสารเสพติดในกิจการไร่อ้อย
- 1995 Abha Sirivongse Na Ayudhya  
Sudthichit Chintayanonda  
Orawan Sukasaem      Social Impact of The Government  
Development Programme : A Case of  
Small Swamp Inland Fisheries  
Project (SSIFP)
- 1995 Uraivan Tan-Kim-Yong      Muang-Fai Communitues Are for People:  
Institutional Strength and  
Potentials

\*\*\* วารสารวิจัยสังคม \*\*

- 2536 ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 - ยาเสพติดและโรคเอดส์  
ฉบับที่ 2 - Input-Output Analysis
- 2537 ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 - Rapid Industrialization and Socio-Economic Transformation in Thailand  
ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 - การวิจัยประเมินผลกระทบ