

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัด
แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียง

นายมนัส สุนทรโชติ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

SELECTED FACTORS RELATED TO RESILIENCE TO AMPHATAMINE USE
OF ADOLESCENT RECEIVING TREATMENT OUT PATIENT
DEPARTMENT, EASTERN REGION HOSPITAL

Mr. Manus Soontornchoti

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
For the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2011
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพ
ยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก

โดย

นายมนัส สุนทรโชติ

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

มนัส สุนทรโชติ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก (SELECTED FACTORS RELATED TO RESILIENCE TO AMPHETAMINE USE OF ADOLESCENT RECEIVING TREATMENT, OUT PATIENT DEPARTMENT, EASTERN REGION HOSPITALS)

อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 173 หน้า

การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพลังด้านการเสพยาบ้า ของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นชายอายุ 12- 21 ปี ที่ถูกคดีเสพยาบ้าและถูกส่งตัวมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในระบบบังคับบำบัด ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคตะวันออก จำนวน 140 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างง่าย ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 7 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง 3) แบบสอบถามการเผชิญความเครียด 4) แบบสอบถามดัชนีวัดความรุนแรงของการใช้แอมเฟตาไมน 5) แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว 6) แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า และ 7) แบบวัดพลังด้านการเสพยาบ้า เครื่องมือทุกชุดผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน และตรวจสอบค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคสำหรับเครื่องมือชุดที่ 2-7 คือ .88, .91,.83,.93 และ .83 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. วัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 50.70 มีพลังด้านการเสพยาบ้าในระดับน้อย

2. พลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด ทั้ง 3 แบบ คือการใช้ความสามารถของตนเอง การใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆและแบบหลีกเลี่ยงปัญหา และ รับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r=.195, .541, .367, .246$ และ $.309$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าและการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดการเสพ

สาขาวิชา:.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....ลายมือชื่อ.....

ปีการศึกษา:.....2554.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์.....

5277817836: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING.

KEYWORDS: ADOLESCENT AMPHATAMINE SELECTED FACTORS RESILIENCE TO AMPHATAMINE USE

MANUS SOONTORNCHOTI: SELECTED FACTORS RELATED TO RESILIENCE TO AMPHATAMINE USE OF ADOLESCENT RECEIVING TREATMENT, OUT PATIENT DEPARTMENT, EASTERN REGION HOSPITALS
 ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 173 pp

The purposes of this descriptive correlational research were: 1) to examine the prevalence of resilience to amphetamine use of adolescent receiving treatment out patient department, eastern region hospitals and 2) to study the relationships between selected factors including self esteem, coping, related to the physical and psychological effects of drug, family hardiness index and social support by peer. A total sample of 140 amphetamine use of adolescents, who met the inclusion criteria, was drawn out patient departments of eastern hospitals. Research instruments consist of 7 questionnaires namely: 1) demographic data sheet, 2) The Rosenberg’s Self-Esteem Scale, 3) The Adolescent Coping Scale 4) Addiction Scale, 5) The Family Hardiness Index, 6) The Social support by Peers and 7) The Resilience to drug use Scale. All instruments were validated for content validity by 7 experts and tested for reliability. The Cronbach’s Alpha coefficient reliability were .88, .91, .93, .83, .93 and .83 respectively Statistic techniques utilized in data analysis were, percentage, mean, standard deviation, Contingency Coefficient and Correlation.

Finding were summarized as follow:

1. Amphetamine use of adolescents receiving treatment out patient department, eastern region hospitals was 50.70%
2. History of resilience to amphetamine use of adolescent receiving treatment out patient department, eastern region hospitals were significantly related to self esteem, challenge appraisal, problem-focused coping, others support coping and The Social support by Peer ($r = .194, p = 0.05, r = .541, p = 0.01, r = .359, p = 0.01$ and $r = .309, p = 0.001$, respectively) Family Hardiness, The Social support by Peer were not significantly related to resilience to drug use of adolescent receiving treatment out patient department, eastern eastern region hospitals

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing

Student’s Signature

Academic Year : 2011

Advisor’s Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ซึ่งแนะแนวทางในการทำ วิทยานิพนธ์ รวมทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ให้ข้อคิดและประสบการณ์ อันมีคุณค่าที่มีอามีในห้องเรียน เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นในการเรียนและการทำงาน จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นที่สุดศิษย์ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเองและวิชาชีพพยาบาลต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบคุณคณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว โรงพยาบาลพุทธโสธรและโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ เข้าไปเก็บข้อมูล ที่ทุกๆ ท่านได้กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ คำแนะนำและคอยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนถึงที่สุดการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้เข้ารับการบำบัด ผู้ปกครอง และญาติทุกๆ ท่าน ที่เห็นความสำคัญ สละเวลาให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อทองโปรย คุณแม่สังวาลย์ สุนทรโชติ ครอบครัวสุนทรโชติ ที่เป็นกำลังใจและคอยสนับสนุนผู้วิจัยมาตลอด ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ ทุกท่านที่ร่วมศึกษาดูด้วยกันมา ในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้แบ่งปันกำลังใจช่วยเหลือซึ่งกันและกันตั้งแต่เริ่มการศึกษาจนกระทั่งจบการศึกษา

สุดท้ายนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอบอบแต่ผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดและครอบครัว ขอให้ท่านมีความสุขกาย สุขภาพใจที่แข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง	ซ
ง.....	
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	10
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน.....	10
ขอบเขตของการวิจัย.....	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	14
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่นและยาบ้า.....	18
ความหมายของวัยรุ่นและพัฒนาการของวัยรุ่น.....	18
ความหมายและการออกฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีน (ยาบ้า).....	20
สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสพยาบ้า.....	23
ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาบ้า.....	24
การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า.....	25
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด.....	31
แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความแข็งแกร่ง (Resilience) และพลังต้าน	34
การเสพยาเสพติด.....	
ความหมายของความแข็งแกร่ง (Resilience).....	34
ลักษณะของความแข็งแกร่ง.....	35
ประโยชน์ของความแข็งแกร่ง.....	36
วิธีส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต.....	37

วิธีส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตวัยรุ่น.....	41
ความหมายของพลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use).....	47
การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด.....	49
หลักการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ.....	29
การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับ.....	31
การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ.....	31
แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความแข็งแกร่ง (Resilience).....	34
ความหมายของความแข็งแกร่ง (Resilience).....	34
ลักษณะของความแข็งแกร่ง.....	34
ประโยชน์ของการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต.....	37
วิธีการส่งเสริมความแข็งแกร่งทางอารมณ์.....	38
วิธีการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น.....	41
ความหมายของพลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use).....	48
การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด.....	49
การพยาบาลวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด.....	54
ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาบ้า.....	56
ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง.....	59
แนวความคิดความสามารถในการเผชิญปัญหา.....	63
ความสามารถในการเผชิญปัญหา.....	63
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน.....	70
แนวความคิดเข้มแข็งของครอบครัว.....	73
ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพลังด้านการเสพยาเสพติด	78
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	76
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	93
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	94
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	94
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	96
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	105
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	107
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	109
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	116
รายการอ้างอิง.....	126

ภาคผนวก.....	142
ภาคผนวก ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	143
ภาคผนวก ข ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	145
หนังสือแสดงยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย.....	146
ภาคผนวก ค จดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย.....	164
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	171
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	173

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยบำบัดรักษายาเสพติด (ยาบ้า) จำแนกตามโรงพยาบาล	95
2	แสดงค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย.....	104
95	แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเมื่อนำไปทดลองใช้	105
4	แจกแจงความถี่และร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ อายุเมื่อเริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก ระยะเวลาในการเสพยาบ้าและ การเสพยาบ้าของวัยรุ่นในปัจจุบันที่เข้ารับการบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....	110
5	ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของวัยรุ่นที่เสพยา ยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ.....	111
6	คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของพลังด้านการเสพยาบ้าตาม การรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาใน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....	112
7	คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)ของการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของ ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่ เข้ารับการบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ.....	113
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญ ความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการ บำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....	114

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 Adolescent Resilience Model.....	47

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่รุนแรงซึ่งกำลังคุกคามทำลายเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศไทย แม้รัฐบาลทุกยุคทุกสมัยได้พยายามแก้ไขปัญหานี้มาโดยตลอด ด้วยการป้องกันและปราบปราม แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติดกลับมีแนวโน้มเพิ่มและระบาดกว้างขวางมากขึ้น ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ระบุว่ายาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุดในประเทศไทย คือ แอมเฟตามีน หรือ ยาบ้า ดังจะเห็นได้จากมีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาในสถานบริการของรัฐเพิ่มขึ้นทุกปี คือ 84,841 คน 95,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 120,000 คนในปี พ.ศ. 2551-2553 ตามลำดับ โดยข้อมูลดังกล่าวเมื่อพิจารณาการกระจายตามช่วงอายุ จะพบว่าเป็นผู้ที่มีอายุในช่วงวัยรุ่น คือ ระหว่าง 12 - 24 ปี จำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 25.4, 25.5 และ 26.4 ตามลำดับ (สำนักงาน ป.ป.ส., 2553) สอดคล้องกับข้อมูลจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่มารับบริการบำบัดรักษา ณ สถาบันธัญญรักษ์ ซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยยาบ้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.4, 61.76, 59.62, 58.54, และ 54.05 ของผู้มารับบริการทั้งหมด และ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 15 - 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.97, 50.62, 51.27, 48.95, 47.69 ในปีงบประมาณ 2550 - 2554 ตามลำดับ (สถาบันธัญญรักษ์, 2555)

ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตไปเป็นทรัพยากรสำคัญของประเทศชาติในอนาคต กลับเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเสียดายยาบ้ามากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงสูง เป็นช่วงการเปลี่ยนผ่านจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน โดยเฉพาะด้านร่างกายอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงระดับของฮอร์โมน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจและอารมณ์ตามมา เช่น รู้สึกสับสน ไม่มั่นคง และหงุดหงิดง่าย อีกทั้งเป็นวัยที่กำลังแสวงหาความเป็นตัวของตัวเอง มีความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง มีการยอมรับคำนิยามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องได้ง่าย สอดคล้องกับผลการศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้วัยรุ่นเสียดายยาบ้าคือ อยากทดลอง เพื่อนชักชวน รวมถึงบุคลิกลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ มีจิตใจอ่อนไหวง่าย ไม่มั่นใจในตนเอง มีความดีรู้นอกจกสนาน มีการเจ็บป่วย กลุ้มใจ มีปัญหา ขาดความรับผิดชอบ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น การอาศัยอยู่ใกล้แหล่งค้ายาเสพติด ปัญหาครอบครัว

และ ความต้องการยอมรับจากเพื่อน เป็นต้น (Shives, 1994; สุกุมมา แสงเดือนฉาย และ คณะ, 2544; อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2550)

Shives (1994) กล่าวว่า ยาบ้าเป็นสารเสพติดในกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (CNS stimulant) ซึ่งทำหน้าที่เก็บความคิด ความจำ ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการถ่ายทอดความรู้สึก โดยไปกระตุ้นการสร้างและการหลั่งของ Dopamine และ Norepinephrine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ช่วยกระตุ้นให้คนมีการตื่นตัว จึงส่งผลต่อร่างกาย คือ ระยะเวลาที่เสพจะรู้สึกกระปรี้กระเปร่าและมีความตื่นตัวอยู่เสมอ ลดอาการอ่อนเพลีย เพิ่มพลังงาน มีแรงทำงานได้มากกว่าปกติ ไม่ง่วงนอน จิตใจสบาย รู้สึกแจ่มใส ทำให้รู้สึกว่าตนเองอยู่ในอีกโลกหนึ่ง ในขณะที่เดียวกันอาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย หากมีอาการเป็นพิษเฉียบพลันเกิดขึ้น เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น ประสาทตึงเครียด แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะรู้สึกอ่อนเพลียมาก กว่าปกติ ประสาททำให้การตัดสินใจช้า และผิดพลาด เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงได้ (ไพฑูรย์ แสงพุ่ม และ ธนรัตน์ นามผลดี, 2550) อีกทั้งการเสพยาบ้าติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจส่งผลกระทบต่อทำให้สมองเสื่อม นอนไม่หลับ ประสาทแข็ง การตัดสินใจผิดพลาดและการรับรู้เปลี่ยนไป (อังกูร ภัทรากร, 2545)

ยาบ้านอกจากจะส่งผลกระทบต่อตรงด้านร่างกายต่อตัวผู้เสพเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อมาหลายประการ ทั้งผลกระทบต่อเกิดกับครอบครัว อาทิ ทำให้ครอบครัวเสื่อมเสียชื่อเสียง เพราะผู้เสพยาบ้ามักจะถูกรังเกียจของบุคคลทั่วไป หรือบางรายอาจถูกไล่ออกจากโรงเรียนหรือต้องหยุดเรียนเพื่อเข้ารับการบำบัดทำให้เสียอนาคต ครอบครัวสูญเสียรายได้เนื่องจากต้องให้เงินไปซื้อสารเสพติดมาเสพอาจเกิดการทะเลาะวิวาท การลักขโมย การโกหกหรือพูดเท็จ ซึ่งพฤติกรรมของผู้ติดยาจะเป็นเหตุให้สมาชิกในครอบครัวอยู่กันอย่างไม่สงบสุข และมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา (สุชาติ เหล่าบริพัตร, 2545) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อ ให้เกิดปัญหาในด้านสังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติในภาพรวมด้วย เนื่องจากผู้เสพยาบ้าส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นดังที่กล่าวไปแล้ว จึงเป็นประชากรกลุ่มที่ยังไม่มีอาชีพ หรือไม่มีงานทำเป็นหลักแหล่ง แต่ภาวะการติดยาบ้า ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีอาการอยากยา ไม่สามารถหักห้ามใจได้ จึงจำเป็นต้องหาวิธีต่างๆ เพื่อให้ได้เงินมาซื้อยา นำไปสู่การกระทำในสิ่งที่ไม่คาดคิด เช่น ก่อปัญหาอาชญากรรมหรือเข้าไปเกี่ยวข้องกับธุรกิจนอกกฎหมายจนส่งผลให้วัยรุ่นเหล่านี้ถูกจับด้วยกรณีต่างๆ รวมถึงการกลับไปค้ายา (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และ คณะ, 2550) และถูกส่งตัวไปรับการควบคุม

ประพฤตินในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในที่ต่างๆ ด้วยเหตุนี้ผู้เสพติดยาบ้าจึงควรได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมเพื่อลดละพฤติกรรมกระเสพและลดผลกระทบด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

ประเทศไทยได้ออกพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติ พ.ศ. 2545 (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2549) เพื่อเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการผลักดันผู้ติดยาเสพติต่างๆ รวมทั้งยาบ้าให้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา โดยหากตรวจพบว่าบุคคลมีสารแอมเฟตามีนหรือยาบ้าในปัสสาวะก็จะถูกกฎหมายส่งตัวเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบใดระบบหนึ่งตามความรุนแรงของโทษที่ถูกจับกุม ซึ่งสำนักงาน ป.ป.ส. (2554) ระบุว่า ภายใต้ พ.ร.บ. ฉบับดังกล่าวนี้จำแนกการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติ ออกเป็น 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบสมัครใจ (voluntary system) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติที่ต้องการเลิกยาโดยสมัครใจ สามารถขอรับการบำบัดในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนได้ ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 2) ระบบบังคับ (compulsory system) เป็นระบบที่ผู้ติดยาเสพติซึ่งถูกจับในฐานะผู้เสพจะถูกบังคับให้เข้ารับการบำบัด และหากมีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจจะถูกปล่อยตัวโดยไม่ถูกดำเนินคดี และ 3) ระบบต้องโทษ (correctional system) เป็นระบบที่ให้การบำบัดแก่ผู้ติดยาเสพติที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติและถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย ทั้งนี้ข้อมูลจากการรายงานของสำนักงาน ป.ป.ส. ที่ผ่านมามีให้เห็นว่าจำนวนผู้ติดยาเสพติซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบังคับจะมีมากที่สุด เช่นในปีงบประมาณ 2551 พบว่าผู้เสพติส่วนใหญ่ คือร้อยละ 62.3 เป็นผู้ต้องคดีในฐานะผู้เสพยาและถูกคุมประพฤติเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบริการของรัฐในระบบบังคับบำบัด รองลงมาเป็นผู้เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจร้อยละ 25.5 และที่เหลือคือผู้ถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดในระบบต้องโทษ ร้อยละ 12.2 (สำนักงาน ป. ป. ส., 2552) สำหรับปีงบประมาณ 2553 ก็เช่นกัน โดยพบว่ามีผู้ติดยาเสพติที่เข้ารับการบำบัดทั้งหมด 114,074 ราย เป็นการใส่สารเสพติประเภทยาบ้ามากที่สุด และเมื่อจำแนกตามระบบที่เข้ารับการบำบัด พบว่าเป็นผู้บำบัดในระบบบำบัด ร้อยละ 62.51 ระบบ สมัครใจ ร้อยละ 24.68 และระบบต้องโทษ ร้อยละ 12.81 (สำนักงาน ป. ป. ส., 2554)

แม้ว่าผู้ติดยาเสพติรวมถึงผู้เสพติดยาบ้าจะต้องรับการบำบัดในระบบต่างๆ ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติฯ ดังที่กล่าวข้างต้น แต่พบว่าประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติเหล่านี้ยังไม่บรรลุเป้าหมายของการเกิดผลลัพธ์ในการดูแลฟื้นฟูประสงค์เท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจากพบว่าผู้เสพติดยาบ้าส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 75 มีการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ทั้งในระหว่างและภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดรักษา (สำนักงาน ป.ป.ส., 2552, 2553) สอดคล้องกับ

ผลการศึกษาของสุลินดา จันทรเสนา (2549) ซึ่งพบว่าวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดยาบ้าในสถาบันจิตเวช-
 ราษฎร์ ร้อยละ 66 เป็นผู้ที่รับการบำบัดซ้ำเป็นครั้งที่ 2 รวมทั้งผลการศึกษาของปราณีพร บุญเรือง (2543)
 ซึ่งพบว่าวัยรุ่นผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ในชั้นตอนพิษยา ของศูนย์
 บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ร้อยละ 77 มีการกลับไปเสพยาบ้าภายใน 1 ปี ดังนั้น การเสพยาบ้าซ้ำจึง
 เป็นปัญหาสำคัญในผู้เสพยาบ้าที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในต่างประเทศมีการให้ความสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่เรียกว่า
 “Resilience” ซึ่งเป็นปัจจัยซึ่งสัมพันธ์กับการที่วัยรุ่นจะกลับไปใช้หรือไม่ใช้ยาเสพติดซ้ำ (Meschke and
 Patterson, 2003) ทั้งนี้ Grotberg (1999) และ Haase (2004) มีมุมมองที่สอดคล้องกันว่า “resilience”
 หมายถึง สักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลาง
 สภาพการณ์เลวร้ายหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต โดยสามารถฟื้นตัวและนำพาชีวิตของ
 ตนให้ผ่านพ้นจากผลกระทบที่เกิดจากภาวการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี
 ขึ้น นอกจากนี้ Luthar, Cicchetti and Becker (2000) ก็ให้ความหมายที่ใกล้เคียงกันว่า หมายถึง
 กระบวนการที่ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการพัฒนาหรือการปรับตัวแม้จะต้องตกอยู่ใน
 สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง และ/หรือ ในบริบทที่เครียด ก็ตาม ซึ่งต่อมา Dillon et al. (2007, p.3) ได้นำแนวคิดนี้
 มาประยุกต์ใช้กับวัยรุ่นที่ตกอยู่ในสถานการณ์เครียดจากการเสพยาเสพติด และเรียกชื่อตัวแปรนี้ว่า
 “Resilience to drug use” โดยให้นิยามว่า หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นในการต้านการเสพยาเสพติด
 แม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยา ซึ่งคำว่า resilience ตามมุมมอง
 นี้จึงไม่ใช่คุณลักษณะประจำตัวของวัยรุ่น แต่เป็นกระบวนการที่วัยรุ่นมีการปรับตัวได้สำเร็จทั้งด้าน
 ความคิด จิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และทักษะทางสังคม ภายใต้อาณัติที่เครียด/กดดันจากสิ่งเร้าทั้งที่
 เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง (Luthar, Cicchetti and Becker, 2000; Masten and Curtis, 2000;
 Fraser, Kirby and Smokowski, 2004) แล้วแสดงออกมาในรูปการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมอัน
 เหมาะสม เช่น ตัดสินใจที่จะไม่เสพยา (Werner, 1989) สอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่องที่สนับสนุนว่า
 resilience to drug use มีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำของวัยรุ่น เช่น ผลการศึกษาของ
 Braverman (1999) และ Hawkins, Catalano and Miller (1992) ที่สนับสนุนว่า resilience to drug use
 เป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญของการเสพยาซ้ำในวัยรุ่น และ การศึกษาของ Dillon et al. (2007) ในประเทศ
 สหรัฐอเมริกาซึ่งพบว่าวัยรุ่นที่มีการเสพยาซ้ำส่วนใหญ่จะเป็นผู้มี resilience to drug use ในระดับต่ำ
 สำหรับในประเทศไทยพบว่าการแปลคำว่า Resilience มาใช้ในภาษาไทยอย่างหลากหลาย เช่น ความ

ยืดหยุ่น การฟื้นพลัง พลังเข้มแข็ง และ ความแข็งแกร่งในชีวิต แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจะขอเรียกตัวแปร “resilience to drug use” ในภาษาไทยว่า “พลังด้านการเสพยาเสพติด” เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดและกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งสนใจศึกษา

จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Dillon et al. (2007) พบว่าแนวคิดพลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) ในวัยรุ่น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด จะเห็นได้ว่าแนวคิดนี้กล่าวถึงพลังด้านการเสพยาเสพติด โดยคำนึงถึงบริบททั้งของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันไปพร้อมๆ กัน ซึ่ง Dillon et al. (2007) ได้ชี้แนะต่อว่า หากผู้เสพยาเสพติดมีปัจจัยป้องกันสูงกว่าปัจจัยเสี่ยง ก็จะส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดรายนั้นมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่เสพยาและใช้ทางเลือกอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหาหรือหาทางออกแทน นอกจากบริบทของปัจจัยทั้งสองด้านดังกล่าวแล้ว ผู้เสพยาายังต้องมีการดึงประสบการณ์เดิมของตนเองนำมาประกอบกันเพื่อใช้เป็นกลยุทธ์ในการป้องกันการเสพยาเสพติดอีกด้วย สอดคล้องกับแนวคิดในระยะแรกๆ ของ Jessor and Jessor (1978) ที่กล่าวว่าพลังด้านการเสพยาเสพติด เป็นความสามารถของเยาวชนในการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมเสพยาหรือไม่เสพยาเสพติดภายใต้ภาวะเสี่ยงและปัจจัยป้องกันที่มีอยู่ ซึ่งการตัดสินใจนี้ขึ้นอยู่กับผลของการโต้ตอบกันระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน ซึ่งพลังด้านนี้ไม่ใช่คุณสมบัติที่ถาวรแต่จะเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์หรือการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่ผ่านมาของวัยรุ่นแต่ละคน ดังนั้น Frisher et al. (2005) จึงเสนอว่า แนวทางสำคัญในการพัฒนาให้วัยรุ่นเกิดพลังด้านการเสพยาเสพติดได้ดีขึ้น คือ การสนับสนุนและพัฒนาให้วัยรุ่นเกิดปัจจัยป้องกันส่วนบุคคล เกิดทักษะทางสังคม รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรอื่นๆ ให้มากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้สามารถเอาชนะปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมการเสพยาเสพติด

จากที่กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าพลังด้านการเสพยาเสพติด เป็นเสมือนกลไกหรือกันชนที่มีอิทธิพลให้วัยรุ่นสามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดได้ดีขึ้นและลดการกลับไปเสพยา (Braverman, 1999; Hawkins, Catalano and Miller, 1992) ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดพลังด้านการเสพยาเสพติดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ทั้งนี้ในการส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดพลังด้านการเสพยาเสพติด นั้น จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อตัวแปรนี้ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาเสพติดและภาวะกดดันอื่นๆ ของวัยรุ่น สามารถจำแนกเป็น 4 ปัจจัย คือ

ปัจจัยด้านบุคคล ความแตกต่างของบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติด (สุวรี ศิวะ-แพทย 2549, 18-28) ซึ่งความแตกต่างได้แก่ 1) เพศ โดยจากการศึกษาของ Fraser, Kirby and Smokowski (2004) พบว่า บริบททางสังคมมีผลต่อความเชื่อที่เป็นบรรทัดฐานในเรื่องเพศ และส่งผลให้เพศชายมีแนวโน้มในการเสพยาเสพติดสูงกว่าในเพศหญิง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Compas, Hinden and Gerhardt (1995) พบว่าวัยรุ่นชายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและเกรมีโอกาสที่จะเสพยาเสพติดสูงกว่าวัยรุ่นหญิง นอกจากนี้ การศึกษาของ Guo et al. (2001) พบว่านักเรียนเพศชายมีแนวโน้มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่านักเรียนหญิง 2) อายุที่เริ่มเสพยาเสพติด พบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติด (Young et al, 2002) นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Dillon et al. (2007) ในวัยรุ่นที่มีอายุ 10-24 ปี พบว่า วัยรุ่นที่มีการสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยมีแนวโน้มจะเสพยาเสพติดเมื่อเริ่มมีอายุมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากบุหรี่เป็นยาเสพติดอันดับแรกที่เข้าถึงได้ง่ายและเมื่อวัยรุ่นสูบบุหรี่จะถูกชักชวนให้เสพยาเสพติดตัวอื่นได้ง่ายขึ้น 3) บุคลิกภาพ โดยพบว่าผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มักให้ข้อมูลว่าตนเองมีสัมพันธภาพแบบสมยอม (passive) พึ่งพิง (dependent) แยกตน (withdrawn) และไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ลึกซึ้งกับผู้อื่นได้ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ 2549, 242) 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีผลการศึกษาในต่างประเทศหลายเรื่องสนับสนุนว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสพยาเสพติด (Hoffman and Cerbone, 2002; Yuprasert, 1997) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทย เช่น นัยนา อินธิโชติ (2545) นิตยา สุมธยาพร (2546) และ อาภาศิริ สุวรรณานนท์และ คณะ (2550) ศึกษาในผู้เสพยาบ้าซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษา โดยพบผลการศึกษาที่สอดคล้องกันว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีความรู้สึกลึกซึ้งเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเยาวชนส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียน ดังนั้น การเข้ารับการบำบัดรักษา ทำให้ต้องสูญเสียบทบาทในด้านการเรียนซึ่งเป็นบทบาทสำคัญสำหรับวัยนี้ เช่น ต้องขาดเรียนหรือพักการเรียนชั่วคราว ทำให้เรียนไม่ทันเพื่อนในวัยเดียวกัน บางรายอาจต้องถูกไล่ออกจากโรงเรียนทำให้เกิดความไม่แน่นอนในชีวิตและเสียนอนาคต กระวนกระวาย และอาจรู้สึกไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป 5) ภาวะซึมเศร้า ซึ่งในต่างประเทศพบว่าผู้เสพยาบ้าจะมีความรู้สึกลึกซึ้ง หงุดหงิดใจและมีภาวะซึมเศร้าในช่วงขาดยา (Lewinsohn, 1993) สำหรับในประเทศไทยก็พบผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน คือ พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้ามักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2550) และ 6) พบว่าทุกข์จากความเครียดในปัญหาต่างๆ จะกลับไปเสพยาบ้า นอกจากนี้ยังพบว่าการเผชิญกับความเครียดมี

ความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติด โดยพบว่าการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธีเป็น กลยุทธ์ที่วัยรุ่นใช้ ได้ผลในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด (Grotberg, 2003; Dillon et al., 2007)

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย โดยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าว่าส่งผลทำให้ร่างกายเจ็บป่วย จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสพยาเสพติด (von Sydow et al., 2002) สอดคล้องกับผล การศึกษาของ Dillon et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นซึ่งมีประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด เช่น วัยรุ่นเมื่อเสพยาเสพติดครั้งแรกจะรู้สึกไม่สุขสบาย มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ ไม่ดีจึงไม่อยากเสพยาเสพติดอีก และอีกเหตุผลอีกด้านหนึ่งคือวัยรุ่นบางคนที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น มีโรคประจำตัวในระบบทางเดินหายใจ หรือป่วยเป็นโรคมุมิแพ้อาจตัดสินใจไม่เสพยา เพราะคิด ว่าการเสพยาเสพติดจะทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบมากขึ้น และคิดว่าการเสพยาเสพติดเป็นการทำให้ สุขภาพของตนเองถูกทำลายมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยด้านครอบครัว ครอบครัว เป็นสถาบันพื้นฐานของสังคม เนื่องจากครอบครัวหมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน อยู่ด้วยกัน ดำเนินชีวิตร่วมกัน มีความผูกพัน ทางอารมณ์และจิตใจ มีการพึ่งพากันทางสังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนทางกฎหมาย (อัมพร เบนจวบพล พิทักษ์ 2549, 239-252) สิ่งที่ทำให้แตกต่างกัน ได้แก่ 1) โครงสร้างและขนาดของครอบครัว โดยจาก การศึกษาของ Frisher et al. (2007) ซึ่งศึกษาครอบครัวในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าครอบครัวที่มี ขนาดใหญ่ทำให้ไม่สามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวได้อย่างทั่วถึง ส่งผลให้วัยรุ่นที่เป็นสมาชิกของ ครอบครัวขนาดใหญ่มีแนวโน้มที่จะเสพยาเสพติดมากกว่าวัยรุ่นที่เป็นสมาชิกของครอบครัวขนาดเล็ก 2) ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัวของวัยรุ่น เช่น การมี ทักษะไม่ดี มีความบาดหมางกัน มีความขัดแย้งรวมถึงรูปแบบของการสื่อสารที่ไม่ดี จะม ีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสพยาเสพติด (Chassin, 2004) 3) ความเข้มแข็งของครอบครัว ซึ่งจาก การศึกษาของ Merikangas and Avenevoli (2000) พบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถทำนาย การเสพยาเสพติดของวัยรุ่นได้ถึงร้อยละ 55 นอกจากนี้ Stanton et al. (2004) พบว่าความเข้มแข็งในการ ติดตามดูแลวัยรุ่นอย่างใกล้ชิดของครอบครัวเป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้วัยรุ่นมีการเสพยาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของ Meschke and Patterson (2003) ซึ่งพบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวส่งผล ให้สมาชิกซึ่งเป็นวัยรุ่นมีการเสพยาเสพติดลดลง และ 4) การเสพยาเสพติดของผู้ปกครอง โดยพบว่า หากในครอบครัวมีผู้ปกครองเสพยาเสพติดจะส่งผลต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น (Hoffman and Cerbone, 2002) และ จากการศึกษาเชิงลึกของอาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ (2550) พบว่าผู้เสพยา

เสพติดที่กลับไปติดยาซ้ำนั้น ส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัวเสพยาเสพติดประจำ ส่วนลักษณะเฉพาะที่พบบ่อยในครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การสูญเสียบิดา มารดา การเลี้ยงดูแบบปกป้องเกินไป การเลี้ยงดูแบบควบคุมเกินไป การเลี้ยงดูและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ห่างเหิน เย็นชา หรือขาดความใส่ใจในกันและกัน การปราศจากพ่อทั้งที่พ่อยังมีชีวิต ลักษณะลูกที่คือดิ่งและคิดเพื่อน

ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ 1) ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมดี เช่น มีเงินมากพอที่จะซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติด ก็จะส่งผลให้มีโอกาสเข้าถึงและเสพยาเสพติดได้ง่ายขึ้น Leinherz et al. (2000); Lane et al. (2001); Arthur et al., (2002) 2) การเข้าถึงยาเสพติด โดยพบว่าหากวัยรุ่นอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย ก็จะมีโอกาสเสพยาเสพติดได้ง่ายขึ้น von Sydow et al. (2002) 3) การสนับสนุนทางสังคม Fine (1991); Kumpfer (1999) โดยเฉพาะการสนับสนุนจากเพื่อน Wills et al. (2004) โดยหากวัยรุ่นอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่มีทัศนคติว่าการเสพยาเสพติดเป็นสิ่งที่ดี การมีเพื่อนที่เป็นแบบอย่างที่เสพยาเสพติดรวมถึงเกิดการชักชวนให้เสพยาจะส่งผลโดยตรงต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น Dielman et al. (1990-1991); Wood et al. (2004) เนื่องจากวัยรุ่นต้องการการยอมรับจากเพื่อน และเป็นการยากมากที่วัยรุ่นจะปฏิเสธการเสพยาเสพติดจากเพื่อน เนื่องจากหากไม่ทำตามจะถูกแยกออกจากกลุ่ม Dillon et al. (2007) ในทางตรงข้าม Piko (2000) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนที่ไม่เสพยาเสพติดเป็นปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น

สำหรับในประเทศไทยแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับ “resilience” อยู่บ้าง แต่พบว่าส่วนใหญ่เป็นการมองตัวแปรนี้แบบคุณลักษณะประจำตัวของบุคคล ที่ถือเป็นปัจจัยป้องกัน (resilience factors) ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ซึ่งแบ่งปัจจัยนี้ออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านแหล่งประโยชน์ภายนอก (I HAVE : provided external supports and resources) 2) ด้านความเข้มแข็งภายใน (I AM : inner strengths) และ 3) ด้านทักษะสังคมและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (I CAN : social and interpersonal skills) ตัวอย่าง เช่น การศึกษาของสุจิตรา สมจิต (2541) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน (resilience factors) การรับรู้รสมชีวิต พฤติกรรมด้านลบ และผลสัมฤทธิ์ในการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในจังหวัดชลบุรี และ ต่อมานุสรินทร์ หลิมสุนทร (2543) ได้ทำการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน คือความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้รสมชีวิต และลักษณะส่วนบุคคลบางประการกับพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นสแลมที่เตร็ดเตร่ในสนาม

เด็กเล่น รวมทั้งการศึกษาเพื่อพัฒนาและทดสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินปัจจัยป้องกันด้านบุคคล (The Resilience Factors Scale) สำหรับวัยรุ่นไทยของ Takviryanun (2008) เป็นต้น

การมอง resilience ถูกวิพากษ์ว่ามีข้อจำกัดเรื่องการคำนึงถึงอิทธิพลของบริบทแวดล้อมที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้ไม่สามารถมอง resilience ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนได้อย่างครอบคลุม Luthar et al. (2000) ; Haase (2004) เพื่อลดข้อจำกัดข้างต้น ปัจจุบันจึงมีความพยายามศึกษาตัวแปรนี้โดยใช้แนวคิดใหม่ที่มองว่า resilience หมายถึง กระบวนการที่วัยรุ่นมีการปรับตัวได้สำเร็จทั้งด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และทักษะทางสังคม ภายใต้สถานการณ์ที่เครียด/กดดัน จากสิ่งเร้าทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง (Luthar, Cicchetti and Becker, 2000; Masten and Curtis, 2000; Fraser, Kirby and Smokowski, 2004) แล้วแสดงออกมาในรูปการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมอันเหมาะสม เช่น ตัดสินใจที่จะไม่เสพยา (Werner, 1989) เป็นต้น ซึ่ง Dillon et al. (2007, p.3) ได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้กับวัยรุ่นที่ตกอยู่ใน “สถานการณ์เฉพาะ” นั่นคือ สถานการณ์เครียดจากการเสพยาเสพติด โดยให้นิยามว่า “พลังด้านการเสพยาเสพติด” (Resilience to drug use) หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นในการต่อต้านการเสพยาบ้า แม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้า ซึ่งพลังด้านการเสพยาเสพติดตามมุมมองนี้ไม่ใช่คุณลักษณะประจำตัวของวัยรุ่น แต่เป็นผลมาจากกระบวนการที่วัยรุ่นสามารถปรับตัวได้สำเร็จทั้งด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และทักษะทางสังคม ภายใต้สถานการณ์ที่เครียด/กดดันจากสิ่งเร้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ประเมินพลังด้านการเสพยาเสพติด โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) ที่ประกอบเกี่ยวกับความสามารถ 3 ประการของวัยรุ่น ได้แก่ 1) การที่วัยรุ่นมีโอกาสเข้าถึงยาเสพติด หรือ มีปัจจัยหลายๆ ด้านที่เอื้อต่อการเสพยาเสพติด (ยาบ้า) แต่วัยรุ่นตัดสินใจเลือกที่จะไม่เสพ 2) การที่วัยรุ่นใช้เหตุผลหลายๆ อย่างเข้ามาร่วมในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาบ้า และ 3) การที่วัยรุ่นใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ในการวางแผนหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะของตนเองในการป้องกันและปฏิเสธการเสพยาบ้า การศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยใช้แนวทางในการศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นและนำ Adolescent Resilience Model ของ Haase (2004) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยา มาเป็นกรอบในการคัดเลือกปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรนี้ ทั้งนี้ได้คัดเลือกปัจจัยที่จะสามารถจัดกระทำเพื่อป้องกันและลดปัญหาการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่นกลุ่มนี้โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้

โดยทำการศึกษาในวัยรุ่นที่ถูกดำเนินคดียาเสพติด และถูกส่งตัวเข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงพลังด้านการเสพยาเสพติดกับประชากรผู้เสพยาเสพติดกลุ่มใดๆ ในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ การศึกษาเพื่ออธิบายว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีพลังด้านการเสพยาบ้ามากน้อยเพียงใดและมีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับตัวแปรนี้ จึงยังเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่น่าสนใจและต้องการคำตอบ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถนำองค์ความรู้เหล่านี้ไปใช้ในการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย นอกจากนี้ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหารในการกำหนดแนวทางหรือนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาที่วัยรุ่นจะกลับไปเสพยาบ้าซ้ำต่อไป ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งรับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก จึงสนใจทำการศึกษาเพื่อหาคำตอบในเรื่องนี้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมีการแปลคำว่า Resilience มาใช้ในภาษาไทยอย่างหลากหลาย เช่น ความยืดหยุ่น การฟื้นพลัง พลังเข้มแข็ง และ ความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ศึกษาจะขอใช้คำว่า “พลังด้านการเสพยาเสพติด” เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดและกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ที่สนใจศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพลังด้านการเสพยาบ้า ของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

เนื่องจากวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาบ้าเป็นผู้ที่มีปัญหาเรื่องพลังด้านการเสพยาเสพติด (Dillon et al., 2007) แต่พบว่าในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดมีพลังด้านการเสพยาเสพติดเพียงใดและมีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับตัวแปรนี้ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็น

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งรับผิดชอบงานยาเสพติด จึงสนใจศึกษาเพื่อหาคำตอบในเรื่องนี้ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบจำลอง The Adolescent Resilience Model ของ Hasse (2004) และผลการศึกษาของ Dillon et al. (2007) ร่วมกับการทบทวนผลการศึกษานานๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบในการคัดเลือกตัวแปรต้นที่คาดว่าจะสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาเสพติด โดยพิจารณาจากความเหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในประเทศไทยและเป็นตัวแปรที่สามารถใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการจัดกระทำได้ จำแนกเป็นปัจจัย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การเห็นคุณค่าในตนเอง และการเผชิญความเครียด 2) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า 3) ปัจจัยด้านครอบครัว คือ ความเข้มแข็งของครอบครัว และ 4) ปัจจัยด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) โดยวัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีแนวโน้มที่จะเห็นคุณค่าในตนเองต่ำสอดคล้องกับผลการศึกษาของของนัยนา อินธิโชติ (2545) ซึ่งพบว่าเยาวชนเสพยาบ้าส่วนใหญ่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลรัฐบุรีรัมย์เป็นผู้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จากการที่ต้องสูญเสียบทบาทในด้านการศึกษาซึ่งเป็นบทบาทสำคัญสำหรับวัยนี้ ซึ่งพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเสพยาเสพติด (Hoffman and Cerbone, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Carr (2000) ซึ่งพบว่าความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นหันไปเสพยาเสพติด รวมทั้งผลการศึกษาของ Nyamathi et al. (1998) ที่พบว่ากลุ่มหญิงไร้ที่อยู่อาศัย ซึ่งเสพยาเสพติดและแอลกอฮอล์ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการยอมรับตนเอง เชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะกระทำให้สิ่งหนึ่งสิ่งใดให้ประสบความสำเร็จ (Maslow, 1970) สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenberg (1965) ซึ่งกล่าวว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่สะท้อนให้เห็นถึงการที่บุคคลตัดสินใจมีความรู้สึกรับรู้คุณค่าของตนเองและทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการประเมินเกี่ยวกับ ทัศนคติในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ดังนั้น ผู้เสพยาบ้าที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากคนทั่วไป ทำให้ขาดความสามารถที่จะกระทำให้สิ่งต่างๆ รวมถึงการหยุดเสพยาบ้าได้สำเร็จ (Shives, 1994) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของอาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ (2550) พบว่าการไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่มีเป้าหมายในชีวิตจะไปพบเพื่อนเพื่อเสพยาบ้าซ้ำและกลับไปค้ายาอีก เป็นต้น

2. การเผชิญความเครียด (Coping) ถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาเสพติด โดยมีผลการศึกษามากมายเรื่องที่น่าสนับสนุนว่าการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธีเป็นกลยุทธ์ที่วัยรุ่นใช้ได้ผลในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด (Grothberg, 2003; Eftekhari, Turner and Larimer, 2004; Dillon et al., 2007) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Downe-Wamboldt (1995) และ Kimble (1998) พบว่าหากวัยรุ่นที่ติดยาบ้ามีการประเมินสถานการณ์ในการบำบัดว่าเป็นภาวะท้าทาย จะทำให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการนำเอาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่มาใช้ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดกำลังใจในการลดพฤติกรรมการเสพยาเสพติด ในทางตรงข้าม ผลการศึกษาของ Walt (1999) พบว่า นักเรียนที่เสพยาเสพติดประเภทแอลกอฮอล์ซึ่งมีความเครียดสูงมักใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา ทำให้ไม่สามารถลดพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ได้ จะเห็นได้ว่า หากวัยรุ่นมีการใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดอย่างเหมาะสมจะส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเผชิญความเครียด เป็นความพยายามของบุคคลในการใช้ทั้งความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับความเครียดทั้งภายในและภายนอก ซึ่งบุคคลประเมินว่าเป็นแรงกดดันที่มีมากกว่าแหล่งทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่ (Lazarus and Folkman, 1984) ทั้งนี้ผู้เสพยาบ้าต้องเผชิญกับความเครียดจากสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นแรงกดดันที่ทำให้ต้องเผชิญความเครียดด้วยตนเอง ทั้งจากการเข้ารับการบำบัด ซึ่งทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป อีกทั้งมักถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นพวกจี้ยา พวกจี้ขโมย ทำให้มักขาดการช่วยเหลือ สนับสนุนทางสังคมและครอบครัว เป็นต้น (กุสุมา แสงเดือนฉายและคณะ, 2544)

3. การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า (Related to the physical and psychological effects of drugs) โดยจากการศึกษาของ von Sydow et al. (2002) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสพยาบ้าของวัยรุ่น สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Dillon et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นซึ่งมีประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด เช่น รับรู้ว่าตนเองเกิดความเจ็บป่วยจากการเสพยาเสพติด จึงปฏิเสธที่จะไม่เสพยาเสพติด เพราะเกรงว่ายาเสพติดจะส่งผลต่อสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต อีกทั้งวัยรุ่นเหล่านี้ให้เหตุผลว่าตนปฏิเสธการเสพยาเนื่องจากไม่อยากเจ็บป่วยและยังไม่อยากเสียชีวิตจากการเสพยาเสพติด

4. ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family hardiness) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบพบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนที่ไม่เสพยาเสพติดเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น และจากการศึกษาเชิงลึกของอาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ (2550) พบว่าผู้เสพ

ยาบ้ามีความรักและความเกรงใจ ศรัทธาและยึดเหนี่ยวจิตใจส่วนใหญ่เป็นแม่ คนในครอบครัวเพราะต้องช่วยเหลือกันและเพื่อนเพราะไว้วางใจโดยเฉพาะเพื่อนที่ไม่เสพยา นอกจากนี้กลุ่มเพื่อนซึ่งเป็นผู้ที่อายุไล่เลี่ยกัน จึงมีความคิดเห็นคล้ายคลึงกัน สามารถแลกเปลี่ยนค่านิยมประสบการณ์วิถีชีวิตซึ่งกันและกันได้เป็นอย่างดีโดยไม่มีเงื่อนไข ทำให้วัยรุ่นรู้สึกถึงความสนุกสนาน ความเป็นมิตร และความปลอดภัย ด้วยเหตุนี้กลุ่มเพื่อนจึงมีความสำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดสำหรับวัยรุ่น (กรมสุขภาพจิต, 2544; Lingren, 1995; Stuart and Laria, 1998; Bibby and Posterski as cited in Lefrancois, 2001; Santrock, 2001)

จากแนวคิดและผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น
2. การเผชิญความเครียด
 - 2.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น
 - 2.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น
 - 2.3 การเผชิญความเครียดแบบแบบหลีกเลี่ยงปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น
4. ความเข้มแข็งของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น
5. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive research) ประชากร คือ วัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่มีอายุ 12 – 21 ปี ที่เข้ารับการรักษาบำบัดยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพติด ความเข้มแข็งของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

ตัวแปรตาม คือ พลังด้านการเสพติด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. วัยรุ่นเสพติดยาบ้า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 12 – 21 ปี เพศชาย ที่ต้องคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัดแบบผู้ป่วยนอกตามโปรแกรม กาย จิต สังคม บำบัดของโรงพยาบาลรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียง ใน 2 ระยะ คือ ระยะบำบัดรักษาด้วยยา และระยะฟื้นฟูสภาพ

2. ยาบ้า หมายถึง ยาหรือสารเคมีที่อยู่ในกลุ่มแอมเฟตามีน ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นโดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดย รับประทาน สูดดม นิด หรือวิธีใดก็ตามทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ

3. การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความคิด ความรู้สึกและทัศนคติของวัยรุ่นเสพติดยาบ้า ที่มีต่อตนเองในระหว่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียง เกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ภาวภูมิในตนเอง การยอมรับตนเองว่าสำคัญมีคุณค่า และ มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาได้จนประสบความสำเร็จ ประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองซึ่งเสาวนีย์ สำนักวน (2545) แปลมาจากแนวคิดของ Rosenberg (1965) และนำมาใช้วัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์

4. การเผชิญความเครียด หมายถึง ความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่วัยรุ่นเสพติดยาบ้าแสดงออก เพื่อใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองในระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียง เพื่อให้ความเครียดนั้นหมดลงหรือลดอันตรายนลง หรือแก้ไขสิ่งคุกคามให้เป็นที่ไปในทางที่ดีขึ้น หรือทำให้ตัวเองสบายใจขึ้นและสามารถรักษาความมั่นคงของตัวเองไว้ได้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งเสาวนีย์ สำนักวน (2545) ดัดแปลงมาจากเครื่องมือ The Adolescent Coping Scale ประเมินวิธีที่วัยรุ่นใช้จัดการกับปัญหาหรือความเครียด ของ Frydenberg and Lewis (1993) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) และ

วิณา มิ่งเมือง (2540) นำมาพัฒนาต่อเพื่อใช้วัดการเผชิญปัญหาของนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ โดยแบ่งกลุ่มวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน คือ

4.1 มุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตน หมายถึง ความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออก แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นเสพติดยาบ้าใช้ศักยภาพตัวเองที่มีอยู่ในการจัดการกับความเครียดหรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ในลักษณะต่างๆ ด้วยตัวเอง

4.2 มุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ หมายถึง ความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรม ซึ่งแสดงออกที่แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นเสพติดยาบ้าได้มีการใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ หรือการขอความช่วยเหลือในด้านข้อมูล คำแนะนำปรึกษาและอื่นๆ จากบุคคลที่ใกล้ชิดเกิดความเครียดในระหว่างการบำบัดรักษา

4.3 แบบหลีกเลี่ยงปัญหา หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าใช้วิธีการหนีปัญหาหรือหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้น

5. การรับรู้ความรุนแรงของการเสพติดยาบ้า หมายถึง ความรู้สึกของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่มีต่อความรุนแรงของภาวะติดยาซึ่งตนเผชิญอยู่ ว่าส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ การทำหน้าที่ของตนมากน้อยเพียงใดประเมินโดยใช้แบบสอบถามดัชนีวัดความรุนแรงของการใช้แอมเฟตามีน (ยาบ้า) ของสถาบันรัฐบุรุษกรัณท์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

6. ความเข้มแข็งของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าถึง พลัง ความหนักแน่น และมั่นคง ของครอบครัว ในการควบคุมและจัดการกับความยุ่งยากหรือปัญหาต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างที่วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเข้ารับการบำบัดรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ Penpaktr Uthis (1999) ได้แปลมาจากดัชนีวัด Family Hardiness Index ของ Mc Cubin and Thompson (1986) เพื่อนำมาใช้วัดความเข้มแข็งของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .70 เป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมองค์ประกอบด้านความมุ่งมั่นผูกพัน (commitment) ความมีอำนาจควบคุม (control) และความท้าทาย (challenge) เป็นคำถามที่มีความหมายด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ 4,5,6,7,8,9,12,16,18,20 และเป็นข้อคำถามด้านลบ 10 ข้อ ได้แก่ 1,2,3,10,11,13,14,15,17,19 ข้อคำถามให้ครอบคลุมการประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า 3 ด้าน คือ 1) ด้านความมุ่งมั่นผูกพัน (commitment) 2) ความมีอำนาจควบคุม (control) และ 3) ความท้าทาย (challenge) ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาของความเข้มแข็งของครอบครัว ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 1- 6

7. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน หมายถึง การรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าถึงการได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ข้อคิดเห็น การให้กำลังใจ การช่วยเหลือ และ สิ่งของต่างๆ จากเพื่อนระหว่างเข้ารับการบำบัดรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเมินจากแบบสอบถาม การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ที่ผู้ศึกษาตัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของเพื่อนของวัยรุ่นที่ติดเฮโรอีน ซึ่งพัฒนาโดย ช่อกิ่ง ชูครุฑ (2541) ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1985) ที่ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนใน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการและ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

8. พลังด้านการเสพยาบ้า หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นในการต่อต้านการเสพยาบ้า แม้ว่า จะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้า ซึ่งพลังด้านการเสพยาเสพติดตาม มุมมองนี้ไม่ใช่คุณลักษณะประจำตัวของวัยรุ่น แต่เป็นผลมาจากกระบวนการที่วัยรุ่นสามารถปรับตัวได้ สำเร็จทั้งด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ ร่างกายและทักษะทางสังคม ภายใต้สถานการณ์ที่เครียด/กดดันจาก สิ่งเร้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประเมินพลังด้านการเสพยาเสพติด โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) ที่ประกอบเกี่ยวกับความสามารถ 3 ประการของวัยรุ่น ได้แก่ 1) การที่วัยรุ่นมีโอกาสเข้าถึงยาเสพติด หรือ มีปัจจัยหลายๆ ด้านที่เอื้อต่อการเสพยาเสพติด (ยาบ้า) แต่วัยรุ่นตัดสินใจเลือกที่จะไม่เสพ 2) การที่วัยรุ่นใช้เหตุผลหลายๆ อย่างเข้ามาร่วมในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาบ้า และ 3) การที่วัยรุ่นใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ในการวางแผนหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะของตนเองในการป้องกันและปฏิเสธการเสพยาบ้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการดูแลโดยการจัดการกับตัวแปรที่พบว่าสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้า ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษาเกิดพลังด้านการเสพยาสูงขึ้น นำไปสู่การป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

2. นำผลการวิจัยไปใช้พัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมในการพัฒนาและส่งเสริมให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้ากลุ่มต่างๆ เกิดพลังด้านการเสพยาและลดการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพติดยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน กับพลังด้านการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่นและยาบ้า
 - 1.1 ความหมายของวัยรุ่นและพัฒนาการของวัยรุ่น
 - 1.2 ความหมายและการออกฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีน (ยาบ้า)
 - 1.3 สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสพยาบ้า
 - 1.4 ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาบ้า
 - 1.5 การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า
 - 1.6 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับความแข็งแกร่ง (Resilience) และพลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use)
 - 2.1 ความหมายของความแข็งแกร่ง (Resilience)
 - 2.2 ลักษณะของความแข็งแกร่ง
 - 2.3 ประโยชน์ของความแข็งแกร่ง (Resilience)
 - 2.4 วิธีการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต
 - 2.5 วิธีการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่น
 - 2.6 ความหมายของพลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use)
 - 2.7 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพลังด้านยาเสพติด
3. การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด
4. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาบ้า
 - 4.1 การรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem)

- 4.2 แนวคิดความสามารถในการเผชิญปัญหา
 - 1) กระบวนการและความสามารถในการเผชิญปัญหา
 - 2) ความสามารถในการเผชิญปัญหา
 - 3) การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา
- 4.3 ปัญหาความรุนแรงของการเสพติด
- 4.4 ความเข้มแข็งของครอบครัว
- 4.5 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
- 5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ
- 6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่นและยาบ้า

1.1 ความหมายและพัฒนาการของวัยรุ่น

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ให้คำจำกัดความของวัยรุ่นว่าเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย คือ มีการเจริญเติบโตในด้านความสูงและน้ำหนัก รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงอวัยวะเพศ โดยจะมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์และพร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ได้ มีพัฒนาการด้านจิตใจ คือมีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ มีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรมมากขึ้น รวมถึงมีพัฒนาการด้านสังคม คือ มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง

การพัฒนาเพื่อเข้าสู่สู่วัยรุ่นของเด็กแต่ละคนมีความหมายแตกต่างกัน ดังนั้นการแบ่งช่วงอายุวัยรุ่นจึงไม่มีเกณฑ์ที่แน่นอน ตามทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial) ของ Erikson กล่าวถึงช่วงอายุของวัยรุ่นออกเป็น 12 – 21 ปี และสุชา จันทรเอม (2540) แบ่งอายุของเด็กวัยรุ่นเป็น 3 ระยะ ดังนี้ วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) อายุ 13 – 15 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) อายุ 16 – 18 ปี วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) อายุ 19 – 21 ปี

สำหรับการศึกษาวัยรุ่นนี้ผู้วิจัยได้ยึดตามเกณฑ์ คือ ช่วงอายุ 12 – 21 ปี ซึ่งครอบคลุมคำจำกัดความของวัยรุ่นที่มีการนิยามใช้ส่วนใหญ่ของประเทศไทย

พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่นนับเป็นวัยที่สำคัญที่สุดวัยหนึ่ง วัยนี้จะมีการเจริญเติบโตอย่างมากและรวดเร็ว ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา จึงถือเป็นช่วงวัยที่มีความวิกฤตมากที่สุดวัยหนึ่ง มีความรู้สึกเป็นอิสระมากขึ้น เพราะวัยรุ่นมีพัฒนาการอย่างรวดเร็ว ดังลักษณะต่อไปนี้

1) พัฒนาทางด้านร่างกาย เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทั้งเพศหญิงและเพศชาย ด้านส่วนสูงและน้ำหนัก รวมทั้งอวัยวะภายในร่างกายก็มีการเปลี่ยนแปลง ในเพศชายจะเริ่มมีหนวดเครา เสียงแตก มีการหลั่งน้ำอสุจิ มีขนขึ้นตามอวัยวะเพศ รักแร้ ส่วนเพศหญิงหน้าอกเริ่มขยาย รังไข่เจริญอย่างรวดเร็ว มีขนขึ้นตามอวัยวะเพศ รักแร้ เสียงแหลม สะโพกขยาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายนี้ เป็นผลมาจากความเจริญของต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland)

2) พัฒนาการด้านอารมณ์ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์ค่อนข้างรุนแรง อ่อนไหว ง่ายเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่มั่นคงและชอบแสดงอารมณ์ที่ตรงไปตรงมา ความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งมีส่วนผลักดันให้วัยรุ่นไปเผชิญกับโลกภายนอก ต้องการตัดสินใจด้วยตนเอง ต้องการความเป็นอิสระ พึ่งตนเอง และมีความคิดต่อต้านผู้ใหญ่ อีกทั้งเป็นวัยที่ต้องการแสวงหาความรู้และทดลองทำในสิ่งแปลกใหม่ที่ตนไม่เคยทำ ต้องการปรัชญาชีวิตและแนวทางชีวิตของตนเอง

3) พัฒนาทางสังคม เด็กวัยรุ่นจะมีสังคมที่กว้างขึ้นจะไม่ชอบรวมกลุ่มกับสมาชิกในครอบครัว เพราะต้องการอิสระ เชื่อในความคิดของตนเอง การพัฒนาทางสังคมจะเริ่มจากภายในครอบครัวก่อน กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมาก และช่วยเสริมพัฒนาการทางสังคม ทำให้วัยรุ่นมีปฏิสัมพันธ์กว้างขวางมากขึ้น การคบเพื่อนจะช่วยให้เด็กรู้จักปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีเมื่อโตขึ้น เด็กวัยรุ่นนั้นให้ความสำคัญกับเพื่อนไม่เพียงแต่เพื่อนร่วมวัยเท่านั้น แต่มีเพื่อนต่างเพศเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย บางครั้งวัยรุ่นพบเพื่อนกลุ่มที่ไม่ดี จะนำไปสู่หนทางที่ผิดได้

4) การพัฒนาด้านสติปัญญา Piaget อธิบายว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการพัฒนาทางสติปัญญาในระดับสูงสุด มีความสามารถที่คิดเป็นระบบ มีเหตุผลมีผลทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม (Formal Operations) สามารถที่จะตั้งเกณฑ์และการแก้ปัญหา นอกจากนี้วัยรุ่นยังสามารถมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง พยายามรู้จักตนเอง มีความเข้าใจที่ได้พบเห็นจากภายนอกและพยายามหาข้อบกพร่องเพื่อแก้ไขปัญหาคิดขึ้น

สรุป ปัจจุบันการเริ่มต้นเข้าสู่วัยรุ่นค่อนข้างเร็วมาก เนื่องจากการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีต่างๆ เริ่มเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของบุคคลมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นวิชาการและ

เทคโนโลยีใหม่ๆ ให้เด็กเข้าสู่วัยรุ่นได้รวดเร็วมากขึ้น และปัจจุบันเด็กต้องอยู่ในสถานการศึกษา ยาวนานขึ้น จากพัฒนาการดังที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยเปลี่ยนผ่านของชีวิต เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม วัยรุ่นที่ไม่สามารถปรับตัวให้ เข้ารับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ อาจทำให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมการเสพติด เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่นและเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศชาติ เนื่องจากวัยรุ่น ต่อไปในอนาคตคือผู้ใหญ่ที่ต้องร่วมมือกันสร้างความเจริญให้กับประเทศชาติต่อไป

1.2 ความหมายและการออกฤทธิ์ของยาบ้า

ความหมายของยาเสพติดและยาบ้า

องค์การอนามัยโลก (WHO: World Health Organization) ได้ให้ความหมายของยาเสพติดไว้ว่า หมายถึง ยาหรือสารที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายของผู้เสพ และก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้เสพและยังก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมถึงสังคมด้วย นอกจากนี้ยาเสพติดให้โทษยังมีคุณสมบัติพิเศษอีก 4 ประการคือ

- 1) ให้เกิดความต้องการอย่างแรงกล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จะหายามาเสพให้ได้ต่อเนื่องกันเป็นระยะๆ และจะต้องเสาะแสวงหายามาเสพให้ได้ไม่ว่าจะเป็นวิธีใดๆ
- 2) ผู้เสพต้องทนยอมอยู่สภาวะภายใต้การบังคับให้ต้องเสพ ถือเป็นทาสของยาเสพติดนั้นตลอดไปหยุดไม่ได้
- 3) เมื่อหยุดใช้ยาหรือสารนั้นจะเกิดอาการของการอดหรือเลิกยา (Withdrawal or Abstinence Syndrome)
- 4) ผู้เสพต้องเพิ่มปริมาณในการเสพยามากขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ให้ความหมายของยาเสพติดให้โทษว่า หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องการเพิ่มขนาดการเสพเรื่อยๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปทรุดโทรมลง ให้รวมตลอดถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่ด้วย

ความหมายของสารแอมเฟตามีน (ยาบ้า)

ยาบ้า (Amphetamine) เป็นยาเสพติดให้โทษชนิดหนึ่ง เดิมเรียกว่า “ยาม้า” จัดอยู่ในวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 ด้วยฤทธิ์ของยาทำให้ผู้เสพคลุ้มคลั่งคล้ายคนบ้า และมีการแพร่ระบาดอย่างมาก จึงเปลี่ยนชื่อเป็น “ยาบ้า” และกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีน ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2539

กล่าวโดยสรุป ยาบ้า หมายถึง วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ออกฤทธิ์ในการกระตุ้นต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้เสพไม่ว่าจะเป็นวิธีใดก่อให้เกิดความรู้สึกตื่นตัว กระฉับกระเฉง นอนไม่หลับ ประสาทแข็ง หากผู้เสพใช้ไประยะหนึ่งจะทำลายสมอง มีการรับรู้เปลี่ยนไปจากเดิม และหากใช้ไปนานๆ ผู้เสพจะมีอาการทางจิตได้

1. การออกฤทธิ์ของยาบ้า

ยาบ้าจะออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางซึ่งทำหน้าที่เก็บความคิด ความจำควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการถ่ายทอดความรู้สึก การออกฤทธิ์จะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณยา ระยะเวลาและสูตรผสมของยาที่ใช้ นอกจากนี้เนื่องจากยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท กระตุ้นสมองส่วนกลาง เมื่อเสพเข้าไปแล้วจะให้มีความตื่นตัวอยู่เสมอ ลดอาการอ่อนเพลีย เพิ่มพลังงาน มีแรงทำงาน ได้มากกว่าปกติ ไม่ง่วงนอน จิตใจสบาย รู้สึกแจ่มใส ทำให้มีความรู้สึกเหมือนกับว่าตนเองอยู่ในอีกโลกหนึ่ง

การออกฤทธิ์จะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณยา ระยะเวลาและสูตรผสมของยาที่ใช้ ผู้ที่เสพยาบ้าในช่วงแรกจะรู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ผลเสียที่ตามมาของยานี้คือ เมื่อเสพไปนานๆ จะเกิดผลทำให้การใช้เหตุผลในการตัดสินใจเสียไป สมองไม่สามารถสั่งการให้ร่างกายทำงานได้เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะเกิดอาการง่วงนอนและเพลียมากกว่าปกติ ต้องการพักผ่อนที่ยาวนาน เพื่อชดเชยส่วนที่ทำงานมากเกินไป ผู้เสพยาบ้าเมื่อเสพยาบ้าเข้าไปฤทธิ์ของยาจะทำให้การทำงานในระบบต่างๆ ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปอีกรูปแบบหนึ่ง ถ้าใช้อย่างสม่ำเสมอ ร่างกายจะเกิดสภาพความเคยชินต่อการทำงานของร่างกายในรูปแบบนั้น เมื่อร่างกายขาดยา การทำงานของร่างกายจะพยายามคืนตัวสู่สภาพปกติ หรือเรียกว่าอาการขาดยา (Withdrawal Symptom)

การติดยาเสพติดเป็นกระบวนการต่อเนื่องเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อย จากการเสพยาเป็นครั้งคราวสู่การเสพยาที่ถี่ขึ้นจนเสพทุกวัน และวันละหลายครั้งเมื่อเสพยาบ้าหรือสารแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกาย สารแอมเฟตามีนจะไปกระตุ้นประสาทที่สมองส่วนกลางที่เรียกว่าส่วน Limbic system หรือ

เรียกให้เข้าใจง่ายๆ ว่า สมองส่วนอยาก ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม โดยสารแอมเฟตามีน จะไปกระตุ้นปลายประสาทให้หลั่งสาร โดพามีน (Dopamine) ออกมาจำนวนมากทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นสุข พึงพอใจ หรือมีความคิดคึกคักสนุกสนาน ในระดับที่เกินกว่าภาวะปกติของคนทั่วไป (บุคคลปกติจะหลั่งสารโดพามีนในระดับที่สมดุล จึงมีภาวะอารมณ์ ความรู้สึกเป็นปกติ ไม่สุขหรือเศร้าจนเกินไป) ผู้เสพยาบ้าในระยะแรกจึงมีความรู้สึกเป็นสุขอย่างท่วมท้นหรือมีแรงมาก ทำงานได้มาก ไม่เหน็ดเหนื่อย แต่ภาวะเช่นนี้เป็นการกระตุ้นให้สมองและร่างกายถูกใช้พลังงานมากเกินไป จึงพบว่า เมื่อหมดฤทธิ์ยา ผู้เสพยาจะมีอาการเหนื่อยล้า ซึมเศร้าและต้องการกระตุ้นด้วยยาบ้าอีก เพื่อให้ได้พบกับภาวะที่เป็นสุขอย่างท่วมท้นเช่นนั้น แต่เมื่อผู้เสพยายังคงเสพยาบ้าต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ปริมาณสารที่เคยเสพยาเท่าเดิมจึงไม่ค่อยได้ผล จึงต้องมีการใช้ยาบ้าในปริมาณที่มากขึ้นกว่าเดิม เพื่อให้ได้ผลเหมือนเดิม ในขณะที่เดียวกัน สมองอีกส่วนหนึ่งคือ ส่วน Cerebral cortex ซึ่งอยู่ในสมองส่วนกลางเช่นกัน มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ การตัดสินใจ การใช้ความคิดเป็นเหตุเป็นผล ก็จะถูกทำลายและถูกควบคุมโดยสมองส่วนอยาก มีผลทำให้ความสามารถในการคิดและความจำแย่ลง ไม่สามารถนึกคิดแยกแยะเหตุผลถูกผิดได้เหมือนกับคนปกติ จึงพบว่า ผู้เสพยามักจะจมอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาบ้า มีความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ผู้เสพยาจะไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดเสพยาเสพติดได้ และหากผู้เสพยาไม่เลิกเสพยาก็จะทำให้มีอาการทางจิตและเป็นโรครจิตในที่สุด

วิธีการเสพยาและการติดยา

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นเสพยาเสพติดครั้งแรกจนกระทั่งเกิดการติดยา ต้องเสพยา ระยะเวลาานพอสมควร ระยะเวลาดังกล่าวขึ้นอยู่กับประเภทของยาเสพติดและวิธีการเสพยา การเสพยาบ้าโดยวิธีกินจะติดยาช้ากว่าการเสพยาโดยวิธีการสูบไอ (vapor) และจะทำให้ผู้เสพยามีความรู้สึกเป็นสุขอย่างรวดเร็ว ในขณะที่การกินยาบ้าจะออกฤทธิ์ในช่วงเวลา 20-30 นาที และจะถูกทำลายที่ตับก่อนที่จะถูกพาไปตามกระแสเลือดและไปออกฤทธิ์ที่สมอง

1.3 เส้นทางการติดยา

เส้นทางการติดยาตั้งแต่เริ่มเสพยาจนกระทั่งติด สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้นเสพยา เป็นช่วงทดลองเสพยาหรือกินนานๆ ครั้ง เพื่อเข้าสังคมหรือกลุ่มเพื่อน โดยผู้เสพมักจะมีความรู้สึกคิดว่าตนเองทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

1) ระยะเสพยาต่อเนื่อง เป็นระยะผู้ที่เสพยาเสพติดมีประโยชน์ ช่วยลดความเครียดความเหงา ทำให้เสพยาบ่อยขึ้น โดยมีข้ออ้างต่างๆ นานา เริ่มเสียการเรียน และความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและ/หรือ มีอาการขาดยาให้เห็นเมื่อหยุดเสพยาระยะหนึ่ง

2) ระยะหมกมุ่น ผู้เสพต้องเสพยาในปริมาณมากขึ้น และบ่อยขึ้น เพราะเกิดอาการดื้อยา จะเสียการเรียนหรือการงาน และมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นเป็นประจำ ความสามารถของสมองในด้านความคิดและความจำแย่ลง เพราะเซลล์สมองบางส่วนถูกทำลายด้วยฤทธิ์ของยาเสพติด

3) ระยะวิกฤติ ถึงระยะนี้แล้ว ผู้เสพจะเป็นทาสของยาเสพติด คิดถึงยา และแสวงหายาเสพติดตลอดเวลา ไม่สนใจกิจกรรมอื่นๆ ไม่สามารถเรียนรู้หรือประกอบอาชีพได้ เกิดการล้มละลายทั้งชีวิตส่วนตัว การงาน และสังคม ผู้ติดยาจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นภาระต่อครอบครัวที่ต้องให้การดูแลและเลี้ยงดู

1.4 สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสพยาบ้า

จากการศึกษา พบว่า สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสพยาบ้า ไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เกิดจากปัจจัยหลายปัจจัยสนับสนุนกัน ดังนี้

1.4.1 ลักษณะบุคลิกภาพและจิตใจ

1.4.2 ออยากทดลอง เป็นสาเหตุอันดับแรกของการเสพยาบ้าของวัยรุ่น (สถาบันวิจัยประชากร, 2545) สาเหตุที่นักเรียน นักศึกษา เสพยาบ้าครั้งแรกเพราะอยากลอง เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง แสดงความคึกคะนอง เกิดความสงสัยว่ายาเสพติดมีรสชาดเป็นอย่างไร เมื่อมีโอกาสและสิ่งแวดล้อมอำนวยจึงทำให้เกิดความต้องการทดลองได้ง่าย

1.4.3 การหนีปัญหาโดยการเสพยาเสพติด เพื่อลืมปัญหาหรือความทุกข์ต่างๆ โดยพยายามใช้ฤทธิ์ของยาเปลี่ยนความรู้สึกจากทุกข์ให้มีความสุข เกลิบเคลิ้ม ลืม กระปรี้กระเปร่า สบายใจ (กุสุมา แสงเดือนฉายและคณะ, 2544)

1.4.4 บุคลิกภาพของวัยรุ่นเอง เช่น การเป็นคนใจร้อน ใต้อารมณ์ (Dauglas and Irving, 1995) การมีพฤติกรรมเลียนแบบ กล่าวว่าคุณเองจะแตกต่างไปจากเพื่อนและถูกชักจูงได้ง่าย อีกทั้งต้องการให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ การเป็นคนที่มีจิตใจอ่อนไหวง่าย ไม่มั่นใจในตนเอง มีชีวิตที่อ้างว้างว้าเหว่ ขาดที่พึ่งทางใจ หรือถูกกดดัน คาดหวังมากเกินไปจนไม่สามารถทนได้ ความอ่อนแอทางด้านจิตใจ ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นสูงห่างเหินกับผู้ใกล้ชิด เข้ากับผู้อื่นได้ยาก

1.4.5 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

1.4.6 สภาพครอบครัวที่แตกแยก ขาดความอบอุ่น บิดาหรือมารดาติดยาเสพติด ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเลียนแบบ เห็นเป็นเรื่องธรรมดา อีกทั้งความง่ายในการหาซื้อยาเสพติดและราคาถูกลงทำให้มีการเสพกันอย่างแพร่หลาย

1.4.7 การดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันมีสภาพเศรษฐกิจรัดตัว ทำให้คนมีภาวะเครียดสูง ประกอบกับยาเสพติดสามารถซื้อได้ง่าย จึงเป็นปัจจัยให้คนมาเสพยาเสพติดเพื่อระงับความเครียดกันเพิ่มมากขึ้น

1.4.8 กลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติด ชักจูงแนะนำให้ใช้ เนื่องจากวัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน ต้องการการยอมรับจากเพื่อน อาศัยกลุ่มเพื่อนเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ถ้าเพื่อนชักชวนประพฤตินิสัยที่สังคมยอมรับโดยเฉพาะอยู่ในสถานที่ที่มีแหล่งผลิตและจำหน่ายมาก วัยรุ่นบางรายเป็นผู้จำหน่ายเองหรือบางรายเป็นทั้งผู้เสพและผู้ขายในเวลาเดียวกัน

1.5 ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาบ้า

ผลกระทบจากการเสพยาบ้ามีผลทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว ต่อเศรษฐกิจภายในครอบครัวและเศรษฐกิจของประเทศชาติ ต่อสังคมและต่อประเทศชาติ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีผลมากมายดังจะกล่าวต่อไปนี้

1.5.1 ผลกระทบทางร่างกาย สำหรับผู้ที่เสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีน ในช่วงแรกที่เสพยาจะทำให้เกิดความรู้สึกว่ามีแรง กระปรี้กระเปร่า มักก็คลิก ไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ปากแห้ง และเหงื่อออกมาก เป็นต้น แต่เมื่อเสพต่อไปนานๆ จะเกิดอาการติดยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้ทรุดโทรม สมองเลื่อม เมื่อมีอาการขาดยา น้ำมูกน้ำตาไหล ปวดกระดูก ปวดกล้ามเนื้อ อาเจียน นอนไม่หลับ ขาดสติ เบื่ออาหาร มีอันตรายถึงชีวิตได้

1.5.2 ผลกระทบต่อจิตใจ ในระยะแรกผู้เสพยาบ้าจะรู้สึกสดชื่น รู้สึกร่าเริง ผ่อนคลาย ความเครียด เป็นสุข พุดมาก เมื่อเสพยาในปริมาณสูงขึ้น ทำให้ความคิดสับสน ขาดการยับยั้งขาดสมาธิ จะทำให้การรับรู้และการตัดสินใจเสียไป มีความรู้สึกหวาดระแวง กังวล และหวาดกลัว มีอาการประสาทหลอน เมื่อเสพเป็นเวลานานมีความประพฤติก่อและอารมณ์ ผิดแปลกไปจากเดิม เกิดการติดยา และมีอันตรายทำให้เกิดอาการทางจิต (Psychosis) เช่น ประสาทหลอน ความรู้สึกกลัว หวาดระแวงคนรอบข้าง หรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ การรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลงไปอีก ขาดความสนใจในตนเอง ไม่สนใจในกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โมโห

ง่าย ความรู้สึกเปลี่ยนไป ความสามารถและการเรียนรู้จะลดลง บางรายอาจมีอาการซึมเศร้าจนถึงขั้นฆ่าตัวตาย (ทวิพร วิสุทธีมรรค, 2544)

1.5.3 ผลกระทบต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวที่เปลี่ยนไป อาจทำให้บิดามารดาเกิดการทะเลาะเบาะแว้งกัน กล่าวโทษกันถึงสาเหตุที่ทำให้บุตรต้องเสพยาบ้า สมาชิกในครอบครัวเกิดความคับข้องใจ ความรู้สึกผิดและเสียใจ เกิดความอับอายแก่บุคคลอื่นในสังคม

1.5.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเสพติดยาบ้า ผู้เสพจะต้องเพิ่มปริมาณยามากขึ้นตลอดเวลา และหยุดเสพไม่ได้ ทำให้ต้องเสียเงินทองในการซื้อยามาเสพ ประกอบกับ วัยรุ่นบางคนยังต้องอยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของครอบครัว ไม่สามารถหาเงินได้ได้ด้วยตนเองทำให้ครอบครัวต้องเพิ่มภาระเรื่องค่าใช้จ่ายมากขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องการบำบัดรักษา นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติด้วย ซึ่งต้องใช้งบประมาณในการปราบปรามยาเสพติดยา

1.5.5 ผลกระทบต่อสังคม จากพฤติกรรมของเด็กที่เปลี่ยนไปเนื่องจากฤทธิ์ของยา ทำให้ไม่สามารถควบคุมได้ ประกอบกับความต้องการที่จะได้เงินมาซื้อยา ทำให้ผู้เสพทำทุกวิถีทางโดยไม่คำนึงถึงความถูกต้องเหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาอาชญากรรมตามมาได้

1.5.6 ผลกระทบต่อประเทศชาติโดยเฉพาะความมั่นคงของประเทศ เนื่องจากประชากรที่เสพติดยาบ้าส่วนมากอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่จะต้องเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เป็นกำลังสำคัญของสังคมและประเทศชาติ ถ้าวัยรุ่นกลุ่มนี้เติบโตขึ้นมาอาจเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่มีคุณภาพ ซึ่งจะมีผลต่อประเทศชาติ มีผลทำให้ประเทศชาติอ่อนแอ ทำให้เศรษฐกิจตกต่ำ เกิดปัญหาสังคมตามมา สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ

จากผลกระทบมากมายทั้งหมดที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า วัยรุ่นเสพติดยาบ้าเหล่านี้ควรได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.6 การบำบัดรักษาผู้เสพติดยาบ้า

- การหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับตัวกระตุ้น โดยผู้เลิกยาต้องพิจารณาให้รู้ว่า อะไรคือตัวกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง ทั้งตัวกระตุ้นภายนอกและตัวกระตุ้นภายใน ตัวกระตุ้นแต่ละตัวมีอิทธิพลแตกต่างกันมากน้อยอย่างไร แล้วจึงหลีกเลี่ยง ไม่เผชิญตัวกระตุ้นนั้นๆ หรือหาวิธีกำจัดตัวกระตุ้นนั้น ซึ่งต้องอาศัยความมุ่งมั่น ความฉลาดที่หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น รวมทั้งอาศัยความร่วมมือ และความช่วยเหลือจากครอบครัว เช่น เงินคือตัวกระตุ้นก็ต้องมีการควบคุมการใช้จ่ายเงิน โดยจำกัดการใช้เงินในแต่ละวัน หรือครอบครัวควรเก็บเงินไว้ไม่ให้ผู้ป่วยหยิบได้ง่าย ในกรณีของตัวกระตุ้นภายในที่ไม่

สามารถจัดการได้โดยตรง อาจจัดการโดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก เช่น ถ้าตัวกระตุ้นคืออารมณ์เหงา ก็ต้องแก้โดยหลีกเลี่ยงการอยู่คนเดียวเป็นต้น ตัวกระตุ้นบางอย่างเป็นสิ่งที่ไม่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การอยากยาช่วงเวลาเย็น ก็ต้องจัดการโดยใช้เทคนิคการหยุดความคิดได้แก่ การจินตนาการ การเปลี่ยนกิจกรรมที่กำลังทำอยู่เพื่อลดความอยากยา การฝึกผ่อนคลาย การทำสมาธิ การโทรศัพท์ปรึกษาใครบางคน เป็นต้น

- การดำเนินชีวิตที่พอดี ได้แก่ การจัดการตารางชีวิตให้สมดุล โดยมีกิจกรรมการทำงาน การนอน การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และกิจกรรมในการดำรงชีวิตด้วยการจัดการเวลาไม่ให้ง่วง มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ และทำให้เกิดความเพลิดเพลิน เช่น การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การทำงานบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาว่างคิดถึงยาเสพติด และมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้ห่างไกลจากการคิดถึงยาเสพติดได้

- ระวังการกลับไปเสพซ้ำ ให้ระวังความคิดของตนเองซึ่งเป็นข้ออ้างในการกลับไปเสพซ้ำ เช่น “ฉันเข้มแข็งพอที่จะกลับไปเผชิญหน้ากับยาเสพติดได้อีก” หรือ “เมื่อคนอื่นยังไม่ไว้ใจฉัน ฉันจะทำดีไปทำไม” เป็นต้น และควรให้กำลังใจตนเอง โดยคิดว่าการเลิกยาไม่ใช่เรื่องยาก โดยพยายามหยุดยาให้ได้ในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเริ่มต้นมีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนใหม่ ที่ไม่ใช้ยาเสพติด การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว ก็จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเลิกยาได้ในที่สุด

1.6.1 หลักการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ

หลักการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีดังนี้ (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ 2544, 682-683; NIDA, 2007)

- 1) ไม่มีการบำบัดรักษาใดอย่างเดียวกับที่เหมาะกับทุกคน การปรับสภาพแวดล้อม มาตรการและบริการบำบัดให้เข้ากับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จสูงสุดในการกลับไปสู่ชีวิตที่มีคุณค่าของครอบครัว ที่ทำงานและสังคม
- 2) ต้องมีความพร้อมที่จะให้บริการการบำบัดรักษาอยู่เสมอ
- 3) การบำบัดที่ดีช่วยแก้ไขปัญหาคือเป็นความจำเป็นในชีวิตหลายอย่างของผู้เข้ารับการบำบัด ไม่ใช่แค่เรื่องยาเสพติด การบำบัดที่ดีต้องแก้ไขปัญหายาเสพติด ปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ ปัญหาสังคม อาชีพและกฎหมาย
- 4) แผนการบำบัดรักษาของผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละคน ต้องได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่องและอาจปรับปรุงตามความจำเป็นเพื่อให้มั่นใจว่าแผนนั้นเข้ากับความเป็นที่อาจเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

- 5) การอยู่รับการบำบัดเป็นเวลานานพอเป็นสิ่งสำคัญของการบำบัดที่ดี
- 6) การให้คำปรึกษา (รายบุคคลหรือกลุ่ม) และพฤติกรรมบำบัดแบบต่างๆ เป็นองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดยาเสพติดที่ดี ผู้ป่วยต้องมีแรงจูงใจ มีทักษะในการปฏิเสธการเสพยา และพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความสามารถของบุคคลที่จะเป็นคนดี
- 7) การให้ยาบำบัดรักษาเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับผู้ป่วยหลายราย โดยเฉพาะการบำบัดเมื่อให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัดอื่นๆ ร่วมด้วย
- 8) ผู้ป่วยเสพยาที่มีความผิดปกติทางจิตเกิดร่วมควรได้รับการบำบัดรักษาทั้งสองปัญหาด้วยวิธีที่เป็นบูรณาการ
- 9) การถอนพิษยาเป็นเพียงขั้นตอนแรกของการบำบัดรักษาการเสพยาและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการเสพยาในระยะยาวได้
- 10) การบำบัดรักษาไม่จำเป็นต้องเป็นแบบสมัครใจเท่านั้นถึงจะได้ผล แรงจูงใจที่ช่วยทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จ
- 11) การเสพยาระหว่างบำบัดอาจเกิดขึ้น จึงต้องมีการตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง
- 12) ในการบำบัดรักษา ควรมีการประเมินการติดเชื้อโรคเอดส์ การบำบัดโรคตับอักเสบบีและซี วัณโรค และโรคติดเชื้ออื่นๆ และการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อไม่ให้ตัวเองหรือผู้อื่นเสี่ยงต่อการติดเชื้ออีก
- 13) การบำบัดรักษาการเสพยาเป็นกระบวนการระยะยาว และอาจต้องบำบัดหลายครั้งคล้ายกับโรคเรื้อรังอื่นๆ การกลับไปเสพยาอาจเกิดได้ทั้งระหว่างหรือภายหลังการบำบัดจนเลิกได้นานแล้ว ผู้เสพยาอาจต้องรับการบำบัดระยะยาวและหลายครั้ง การเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมกำลังใจจะเป็นประโยชน์ในการคงไว้ซึ่งภาวะปลอดยาเสพติดจากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล และการประเมินผู้ป่วยระหว่างทำการบำบัดรักษา ไปพร้อมๆ กัน ซึ่งต้องใช้เวลา และยังคงคำนึงถึงเป้าหมายด้วย

1.6.2 การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับ

เป็นระบบที่เกิดขึ้นโดยพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 ต่อมามีการปรับแก้ไขและได้ประกาศใช้เป็นพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2545 สารสำคัญของพระราชบัญญัติ คือ ผู้ติดยาเสพติดไม่ใช่นักโทษ ให้ถือเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา โดยผู้ต้องหาใน 4 ฐาน คือ 1) เสพยาเสพติด

2) เสพและมีไว้ครอบครอง 3) เสพและมีไว้ครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือ 4) เสพและจำหน่ายตามลักษณะ ชนิด ประเภทและปริมาณที่กำหนดในกระทรวง ผู้ต้องหาจะถูกส่งตัวให้ศาลเพื่อมีคำสั่งให้อนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพดำเนินการพิสูจน์ว่าเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดหรือไม่ โดยใช้เวลา 15 วันและขยายเวลาได้อีกไม่เกิน 30 วัน หากผู้รับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือผู้ติด และไม่เป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ระหว่างดำเนินคดีอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรือต้องคำพิพากษาให้จำคุก หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานในระบบบังคับนี้ คือ กรมคุมประพฤติกระทรวงยุติธรรม ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการสนับสนุนและประสานการดำเนินการตามพระราชบัญญัติ

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับ แล้วแต่ลักษณะการติดบางรายบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งส่วนใหญ่ปัจจุบันใช้รูปแบบจิต สังคม บำบัด (Matrix IOP) บางรายบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ใช้รูปแบบ Fast Model หรือใช้วิธีชุมชนบำบัด ทั้งนี้คณะอนุกรรมการฯ จะวางแผนการบำบัด/ฟื้นฟูที่เหมาะสม และมีคำสั่งให้ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เข้ารับการบำบัด/ฟื้นฟู ตามระยะเวลา โดยคณะอนุกรรมการฯ มีอำนาจสั่งให้ผู้เข้ารับการบำบัด/ฟื้นฟูได้คราวละไม่เกิน 6 เดือน และขยายเวลาได้คราวละไม่เกิน 6 เดือน แต่รวมระยะเวลาทั้งหมดไม่เกิน 3 ปี กรณีที่ผู้เข้ารับการบำบัด/ฟื้นฟู สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เร็วกว่ากำหนดคณะอนุกรรมการฯ สามารถลดระยะเวลาการบำบัด/ฟื้นฟูให้สั้นลงได้ เมื่อผลการบำบัดรักษาเป็นที่น่าพอใจ คณะอนุกรรมการฯ จะมีคำสั่งให้ปล่อยตัวไป โดยไม่มีประวัติอาชญากรรม

1.6.3 การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทั่วไปมี 4 ขั้นตอน คือ (รัตนา บรรณาธรรม 2541, 61-62)

- 1) ขั้นเตรียมการก่อนรักษา เพื่อเตรียมพร้อมผู้ป่วย สร้างความเข้าใจในวิธีรักษาและการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีกิจกรรมการสัมภาษณ์การตรวจร่างกาย และการให้คำปรึกษาสร้างความเข้าใจในวิธีรักษา
- 2) ขั้นถอนหรือล้างพิษยา เน้นการรักษาอาการทางกาย
- 3) ขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งพอที่จะละเว้นการเสพยาเสพติด
- 4) ขั้นติดตามหลังรักษา ภายหลังจากการบำบัดครบแล้ว เจ้าหน้าที่จะติดตามผล ให้กำลังใจ ในการใช้ชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติด

1.7.4 การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจรูปแบบ Matrix Program (กาย จิต สังคมบำบัด)

รูปแบบนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยนอก ซึ่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย (UCLA) ประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาวิธีบำบัดรักษาในรูปแบบ Matrix Program (กาย จิต สังคมบำบัด) ตามแนวคิด Cognitive Behavior Therapy ประเทศไทยนำรูปแบบการบำบัดนี้มาใช้กับผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก แบบเร่งรัด โดยใช้เวลา 16 สัปดาห์ ด้วยเป็นรูปแบบที่เกิดจากแนวคิดว่าการติดยาเสพติดเป็นโรคสมองติดยาที่มีผลต่อพฤติกรรม การบำบัดจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการทางจิตสังคม รูปแบบการบำบัดนี้จึงเน้นการให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยสอดแทรกในระยะเวลาต่างๆ ของการบำบัดรักษาผ่านกิจกรรม “กลุ่มบำบัด” ที่ใช้ตลอดโปรแกรมนาน 1 ปี โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง โดยช่วงที่ 1 ใช้เวลา 4 เดือน และช่วงที่ 2 ใช้เวลา 8 เดือน (บุญรอด ประสิทธิ์ผล 2546, 11-23 ; จรูญพร ปัญะวัฒน์ 2544, 401-411) ช่วงที่ 1 ใช้เวลา 4 เดือน เรียกชื่อยานี้ว่า Intensive Outpatient Program (IOP) ถือเป็นแรกของการบำบัดรักษา ที่สำคัญและวิกฤตที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติด ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

1) กลุ่มให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว (Individual/ Conjoint Session) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มาพบพูดคุยและสร้างสัมพันธภาพกับผู้บำบัดโดยจะทำกลุ่มสัปดาห์ละครั้งในเดือนแรก และเดือนละครั้งในสองเดือนหลัง แต่อาจจะเพิ่มจำนวนครั้งได้หากเกิดเหตุการณ์เร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงวิธีการจัดการกับปัญหาและอธิบายกระบวนการในการรักษาโดยมีผู้บำบัดเป็นผู้แนะนำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องการติดยาอย่างเต็มที่โดยไม่มี การตัดสินว่าถูกหรือผิด และผู้บำบัดจะพยายามกระตุ้นส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีของผู้ป่วย นอกจากนี้สิ่งสำคัญที่สุดในการรักษา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วย ผู้บำบัด

2) กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาเสพติดระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills Group) โดยจะทำกลุ่มนี้ใน 1 เดือนแรกของโปรแกรม เป้าหมายของกลุ่ม คือ ให้โอกาสผู้ป่วยใหม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการหยุดเสพยาในระยะแรกและการพึ่งตนเอง ผู้บำบัดจะแนะนำผู้ป่วยถึงวิธีการพื้นฐานที่จะช่วยให้หยุดเสพยาได้ ผู้บำบัดจะปูพื้นฐานให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเข้าร่วมกลุ่มต่างๆ ต่อไป เช่น กลุ่มป้องกันการติดยา และกลุ่มช่วยเหลือทางสังคม พร้อมทั้งแนะนำกลุ่ม 12 ขั้นตอนซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาแบบ Matrix ต่อไป

3) กลุ่มป้องกันการกลับไปติดยาเสพติดซ้ำ (Relapse Prevention Group) เป็นให้ความรู้ในด้านการปรับตัว ตลอดโปรแกรม 16 สัปดาห์ เพื่อการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ และวิถีการดำเนินชีวิต เป็นหัวใจของโปรแกรมการรักษาแบบ Matrix โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันสมาชิกกลับไปติดยาอีก เป้าหมายของกลุ่มคือให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อช่วยป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ สร้างความผูกพันในกลุ่มผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมในการพูดคุยถึงประสบการณ์ของกันและกัน

4) กลุ่มให้ความรู้ครอบครัว (Family Education Group) มีจุดมุ่งหมายสำคัญคือ การให้ความรู้และข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับยาเสพติดแก่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว เพื่อเป็นประโยชน์และแนวทางสำหรับการเลิกยาเสพติด เนื้อหาของความรู้ที่จะให้กับครอบครัวเป็นกลุ่มนั้นประกอบด้วย ความรู้ด้านยาเสพติด บทบาทของครอบครัวระหว่างการเสพยาเสพติดและการเลิกยาเสพติด แหล่งข้อมูลและความช่วยเหลือในชุมชนเท่าที่หาได้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถคาดหวังได้จากกระบวนการเลิกยาเสพติด การทำกลุ่มผู้ปกครองและผู้ป่วยต้องเข้ากลุ่มพร้อมกันใช้เวลา 12 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ส่วน 4 สัปดาห์สุดท้าย ผู้ป่วยจะผ่านเข้าสู่กลุ่มสนับสนุนทางสังคม

ช่วงที่ 2 ใช้เวลา 8 เดือน ต่อจากช่วงที่ 1 คือ ระยะ 5-12 เดือน เรียกระยะนี้ว่า Aftercare Program หรือ ระยะประคับประคอง ซึ่งมี 2 กิจกรรม ได้แก่ กลุ่มประคับประคองทางสังคมและกลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน ดังนี้

- กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group) เป็นกลุ่มที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะกลางของการเลิกยาเสพติด และเรียนรู้วิถีการใช้ชีวิตในสังคมโดยไม่เสพยาเสพติด โดยการสนับสนุนด้านกำลังใจจากเพื่อนๆ กลุ่มเลิกยาเสพติดด้วยกัน ผู้ที่มาเข้ากลุ่มสนับสนุนทางสังคมนี้คือผู้ที่สามารถใช้ชีวิตเป็นปกติโดยไม่กลับไปเสพยาเสพติดอีก โดยทั่วไปผู้ที่เข้ากลุ่มประเภทนี้คือผู้ที่เข้ากลุ่ม Matrix Program มาแล้ว ตั้งแต่ 17 สัปดาห์ขึ้นไป และสามารถเข้าร่วมกลุ่มได้จนครบ 1 ปี โดยจะจัดกลุ่มนี้ให้กับผู้ป่วยที่กำลังรักษา สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งจุดเด่นของโปรแกรมจิตสังคมบำบัด (บุญรอดประสิทธิ์ผล 2546, 23-24 ; จรูญพร ปัญจะวัฒน์ 2544 , 411-412)

- ให้ความรู้มาก เนื้อหาที่ใช้ในการสอนผู้ป่วยเป็นความรู้เนวลิคเชื่อมโยงระหว่างกาย-จิต-สังคม ที่เข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติเป็นรูปธรรมได้ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดต่อสมองหลังการเสพยา การเลิกยา และการติดยา ขั้นตอนการติดและเลิกยา การฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการหยุดยาระยะเริ่มต้น การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต การพัฒนา

ทักษะชีวิตเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลใกล้ชิด และการเข้าสังคม เพื่อนำสู่การเป็นผู้มีบุคลิกภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

- เทคนิคดี วิธีให้ความรู้ใช้กระบวนการกลุ่มที่ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมได้ สามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา เห็นแบบอย่างที่ดีจากผู้ป่วยอื่นๆ ที่สามารถเลิกยาสำเร็จ กระบวนการเรียนรู้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ด้วยการใช้การพูดและการกระทำเชิงบวก

- ผู้ปกครองมีส่วนร่วม ในการรับรู้กิจกรรมทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ครั้ง แต่แต่ละครั้งเป็นการให้ความรู้เฉพาะที่จะช่วยผู้ป่วยเลิกยาได้อย่างยั่งยืน และเปิดโอกาสให้ผู้ปกครอง/ญาติได้ปรึกษาปัญหาส่วนตัวกับผู้บำบัดโดยผ่านกิจกรรม

- เป็นโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยนอก จึงประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยใน

- โปรแกรมนี้ มีคู่มือและโครงสร้างในการให้บริการในแต่ละกิจกรรมที่ชัดเจน

- จากการวิจัยพบว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาวินิจฉัยและอยู่ในโปรแกรมการรักษาจนครบกำหนด 16 สัปดาห์ สามารถเลิกเสพยาได้ ประมาณ ร้อยละ 70

โดยสรุปในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจต้องการศึกษาพลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นผู้ป่วยเสพยาบ้าถึงร้อยละ 80 จากจำนวนของผู้เสพยาเสพติดทั้งหมด และเนื่องจากลักษณะอาการและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อพลังด้านการเสพยาบ้าของกลุ่มผู้เสพยาบ้าที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยคาดว่าความรุนแรงของปัญหาทางด้านจิตใจในกลุ่มผู้เสพยาบ้า (Addiction) น่าจะมากกว่ากลุ่มผู้เสพยาบ้า

1.8 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับยาเสพติด

1.8.1 ทฤษฎีโครงสร้างของระบบ หลักการเบื้องต้นของทฤษฎี

คน เป็นระบบเปิดที่ต้องสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม คนมีโครงสร้างพื้นฐาน (Basic structure) เป็นแกนกลางที่อุดมด้วยพลังงานที่จำเป็นเพื่อความอยู่รอด ซึ่งได้จากตัวแปรทางสรีระจิต สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ วงแหวนรอบโครงสร้างพื้นฐาน จะเป็นแนวต้านทาน (Line of resistance) และแนวปกป้อง (Line of defense) เพื่อป้องกันไม่ให้สิ่งเร้าผ่านเข้ามาคุกคามโครงสร้างพื้นฐาน แนวต้านทานอยู่ถัดจากโครงสร้างพื้นฐาน มีขนาดและระยะห่างจากแกนพื้นฐาน

แตกต่างกันไปในแต่ละคน ทำให้เกิดแนวต้านทานยืดหยุ่น ถือเป็นปัจจัยภายในซึ่งมีคุณสมบัติปกป้องการคุกคาม

สิ่งคุกคาม (Stressors) เป็นแรงผลักดันจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสถียรภาพของระบบ สิ่งคุกคามอาจเป็นสิ่งเร้าที่เพิ่มความเครียด (Tension-producing stimulus) ซึ่งสามารถให้ผลกระทบโดยตรงต่อแนวป้องกันตนเอง สิ่งคุกคามอาจเกิดได้ทุกเวลาและทุกรูปแบบ ปฏิกริยาตอบสนอง เป็นความเข้มแข็งของการตอบสนองของคนเมื่อได้รับสิ่งคุกคาม และทำให้เสียสุขภาพทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของแนวต้านทานและแนวปกป้องซึ่งจะเกิดขึ้น โดยมีอยู่ตามธรรมชาติหรือหามาได้จากการเรียนรู้ และยังขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความแรงและชนิดของสิ่งคุกคาม ตลอดจนลักษณะโครงสร้างพื้นฐานของคน ประสบการณ์ แหล่งพลังงานและการรับรู้ต่อสิ่งเร้า และเกี่ยวข้องกับตัวแปรทางสรีระ จิต สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ วิทยาศาสตร์

การพยาบาล ที่เฉพาะเจาะจงทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ จะช่วยให้คนดำรงสุขภาพของระบบไว้ได้ถ้าเป็นการพยาบาลที่มุ่งให้การป้องกันโดยที่การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการป้องกันก่อนการเกิดปฏิกริยา เนื่องจากสิ่งคุกคามเป็นเพียงสงสัยหรือเป็นการเสี่ยงต่อการคุกคามแนวปกป้องจึงทำให้การป้องกันโดยพยาบาล ลดความเป็นไปได้ของการคุกคามที่จะให้ผลกระทบต่อคน หรือเพิ่มความแข็งแรงของแนวปกป้องโดยให้อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกายที่เพียงพอ เป็นต้น

1.8.2 ทฤษฎีกำกับตนเอง หรือ Self-Regulation Theory

ในทฤษฎีจิตวิทยาของว่า พฤติกรรมการเสพติดเกิดจากการฝึกลงซ้ำๆ กัน จนกระทั่งกลายเป็นพฤติกรรมที่เป็นรูปแบบนิสัยการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะแสดงออกเมื่อต้องปรับตัวในยามที่บุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ หรืออยู่ในภาวะตึงเครียด ก็จะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ดังนั้นกรอบแนวคิดของพฤติกรรมการเสพยาจึงเน้นไปที่การสร้างนิสัยของบุคคล โดยมองว่าพฤติกรรมการติดยาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และเป็นพฤติกรรมที่แสวงหาโดยตัวผู้ติดยาเอง ผู้ติดยาจึงควรที่จะมีส่วนรับผิดชอบต่อพฤติกรรมที่ล้มเหลวของตนเอง ต้องพยายามที่จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงตนเองด้วยเหตุนี้ในการแก้ปัญหาผู้เสพติดจึงมุ่งเน้นในการควบคุมกำกับตนเองโดยค่อยๆ พัฒนาความสามารถและค่อยๆ ฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ การกำกับตนเอง (Self-Regulation) จึงเริ่มมีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด

การกำกับตนเอง เป็นแนวคิดที่สำคัญอีกแนวทางหนึ่งของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมซึ่ง Bandura (1986) มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์เรานั้นไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มนุษย์เราสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองด้วยผลกรรมที่เขาหามาเองเพื่อสำหรับตัวเขา ซึ่งความสามารถในการดำเนินการดังกล่าวนี้ Bandura เรียกว่าเป็นการกำกับตนเอง

กระบวนการสังเกตตนเอง (Self - Observation) บุคคลจะไม่มีอิทธิพลใดๆ ต่อการกระทำของตนเองถ้าเขาไม่สนใจว่าเขากำลังจะทำอะไรอยู่ ดังนั้นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการกำกับตนเองคือ บุคคลจะต้องรู้ว่ากำลังทำอะไรอยู่ เพราะความสำเร็จของการกำกับตนเองนั้น ส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอและความแม่นยำของการสังเกตและบันทึกตนเอง ในกระบวนการสังเกตตนเองนั้น Bandura ได้เสนอว่ามีด้านต่างๆ ที่ควรพิจารณาอยู่ด้วยกัน 4 ด้านคือ ในด้านการกระทำ ซึ่งผู้สังเกตตนเอง ควรจะตัดสินใจว่าจะสังเกตตนเอง ในมิติใดของการกระทำของตนเอง ซึ่งมีมิติต่างๆ ของพฤติกรรมที่ควรพิจารณาทำการสังเกตได้แก่ มิติด้านคุณภาพ อัตราเร็ว ปริมาณ ความริเริ่ม ความสามารถในการเข้าสังคม จริยธรรมและความเบี่ยงเบนทั้งนี้การสังเกต ที่มีมิติใดของพฤติกรรมนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับเป้าหมายของผู้สังเกตและลักษณะของพฤติกรรมเป็นหลัก

1.8.3 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

1) เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่

เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977) แต่ต่อมา Bandura (1986) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้จำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ Bandura นั้นไม่ได้กล่าวถึงคำว่าคาดหวังอีกเลย Bandura มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มี การรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน Bandura เห็นว่า ความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่ จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั้นเอง นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่

เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุทสาหะไม่ที่อดอย่างง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989) มักมีคำถามว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น เกี่ยวข้องหรือแตกต่างอย่างไรกับความคาดหวัง ผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจน Bandura (1997) ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังกล่าวภาพ บุคคล พฤติกรรม ผลที่เกิดขึ้น ภาพ แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นจาก Bandura (1977) การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งมุ่งที่ผลกรรมที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก

2) การประเมินพลังด้านการเสพยาเสพติด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) และ Grotberg (1999) เนื่องจากแบบวัดนี้มีองค์ประกอบและโครงสร้างเหมาะสมกับวัยรุ่นเสพยาบ้า โดยการสร้างข้อคำถามที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน จำนวนข้อคำถามไม่มากเกินไป ซึ่งง่ายต่อการนำไปใช้

สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550 ผศ. ดร. นิตยา ตากวิริยะนันท์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ทำการพัฒนาและทดสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินปัจจัยป้องกันด้านบุคคลสำหรับวัยรุ่นไทย โดยใช้แนวคิดของ Grotberg (2003) มาปรับปรุงและพัฒนา การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ในบริบทวัยรุ่นไทย การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและพฤติกรรม 5 ท่าน ที่มีประสบการณ์ในการวิจัยหรือดูแลเด็กวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามและของเครื่องมือทั้งฉบับ (Content Validity Index, CVI.) ได้ 1.0 ผลของคะแนนความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี ค่าแอลฟา ครั้งที่ 1 และ 2 เท่ากับ .90 และ .89 ตามลำดับ ข้อคำถามมีอยู่ด้วยกัน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การยื่นหยัดมุ่มมันและทักษะการแก้ปัญหา มีทั้งหมด 7 ข้อ, องค์ประกอบที่ 2 แหล่งสนับสนุนด้านบุคคล มีทั้งหมด 6 ข้อ, องค์ประกอบที่ 3 แหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีเนื้อหาทั้งหมด 3 ข้อ, องค์ประกอบที่ 4 ความคิดทางบวก มีเนื้อหาทั้งหมด 4 ข้อ, องค์ประกอบที่ 5 การกล้าแสดงออก มีเนื้อหาทั้งหมด 2 ข้อ และองค์ประกอบที่ 6 การรักษาสมดุลในตนเองและทักษะทางสังคม มีเนื้อหาทั้งหมด 3 ข้อ

2. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความแข็งแกร่ง (Resilience)

2.1 ความหมายของความแข็งแกร่ง (Resilience)

Grotberg (1995) ได้ให้ความหมายว่า Resilience คือ ความสามารถในการฟื้นตัว ซึ่งเป็นศักยภาพที่เป็นสากลของบุคคล กลุ่มหรือชุมชน มีความสามารถที่จะป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรง และผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่างๆ ที่ต้องเผชิญได้ด้วยดี ซึ่งพื้นฐานของความเข้มแข็ง หรือศักยภาพดังกล่าวนี้ควรจะต้องได้รับการส่งเสริม และปลูกฝังให้เกิดขึ้นตั้งแต่ยังอยู่ในวัยเด็ก และสามารถพัฒนาได้ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม

สมาคมจิตวิทยาสหรัฐอเมริกา (American Psychological Association, n.d.) ได้ให้ความหมายว่า Resilience คือ กระบวนการในการจัดการกับความทุกข์ยาก การบาดเจ็บ ความเศร้าโศก การถูกคุกคาม จากแหล่งของความเครียดต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาทางสุขภาพ ปัญหาในที่ทำงาน ปัญหาด้านการเงิน เพื่อกลับคืนจากประสบการณ์ที่เลวร้ายนั้น Alperstein and Raman (2003) ได้ให้ความหมายว่า Resilience คือ ความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน ในการป้องกันหรือจัดการกับความเครียดหรือความทุกข์ยากที่เผชิญ Victor (2003) กล่าวว่า Resilience คือ ความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือการฟื้นคืนจากประสบการณ์ที่เลวร้าย Zunz (2004) ได้ให้ความหมายว่า Resilience คือ ความสามารถในการกลับคืนหรือการจัดการกับความทุกข์ยากที่เผชิญ ด้วยการเพิ่มปัจจัยปกป้อง พลังด้านการเสพยาในการวิจัยครั้งนี้ คือ ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพทางจิตใจหลังจากที่บุคคลเผชิญกับความเครียด ตามความหมายของ Resilience ของ Grotberg (1995) ซึ่งความเครียดจากการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย อาจถือได้ว่าเป็นภาวะบีบคั้นที่นักเรียนจะต้องเผชิญและสามารถจะฟื้นฟูสภาพจิตใจให้กลับคืนมาได้

2.2 ลักษณะของความความแข็งแกร่ง

กรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) กล่าวว่าความแข็งแกร่ง (resilience) จะได้มาจากการเสริมสร้างให้เด็กเกิดความรู้สึกว่าตนมี 3 แหล่งประโยชน์ที่สำคัญคือ

2.2.1 สิ่งที่ตนมี (I have) เป็นความปลอดภัยขั้นพื้นฐานที่เด็กควรได้รับจากบุคคลในครอบครัว โรงเรียนหรือชุมชน อันได้แก่

1) ทำให้เด็กรับรู้ถึงความสัมพันธ์ที่มั่นคงอุ่นใจ ทำให้เด็กรับรู้ว่ารอบๆ ตัวยังมีคนที่สามารถเชื่อใจหรือไว้วางใจได้ และพร้อมที่จะรักตน ไม่ว่าจะ เกิดอะไรขึ้นก็ตาม

2) ทำให้เด็กรับรู้ว่าการเรียนรู้เรื่องกฎระเบียบที่บ้าน โดยมีผู้ใหญ่คอยบอกถึงขอบเขตและข้อจำกัดต่างๆ ที่ชัดเจนในการจะทำอะไรเพื่อที่เด็กจะได้ไม่ทำในสิ่งนี้อาจนำไปสู่ปัญหาและความยุ่งยากมาสู่ตนเอง

3) ทำให้เด็กรู้ว่าตัวอย่างที่ดีในการกระทำสิ่งต่างๆ โดยที่ผู้ใหญ่รอบข้างจะทำให้เด็กเห็นว่าสิ่งที่ถูกต้อง และที่ควรกระทำนั้นเป็นอย่างไร

4) ทำให้เด็กรู้ว่ามีคนพร้อมให้กำลังใจและสนับสนุนให้ตัวเขาเป็นของตัวเอง

5) ทำให้เด็กรู้ว่ามีคนพร้อมจะคอยดูแลเขาในเรื่องของสุขภาพ การศึกษา การได้รับการบริการและสวัสดิการทางสังคมและความปลอดภัย

2.2.2 สิ่งที่คุณเป็น (I am) เป็นการช่วยให้เด็กได้รู้ว่าตนเองเป็นใครและมีหน้าที่ต้องทำอะไร เพื่อให้เกิดการเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งได้แก่

1) ทำให้เด็กรู้เท่าทันอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของผู้อื่นได้

2) ทำให้เด็กรู้จักเห็นอกเห็นใจ และสามารถแสดงออกซึ่งความห่วงใยใส่ใจต่อผู้คนรอบข้าง

3) ทำให้เด็กภาคภูมิใจในตนเองแต่ในขณะเดียวกันก็พร้อมที่จะยอมรับและยกย่องผู้อื่น

4) ทำให้เด็กรู้ว่าพร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่ตนได้กระทำลงไป

5) ทำให้เด็กมีความเชื่อมั่นและศรัทธาในการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าชีวิตนี้ยังมีความหวังเสมอ

2.2.3 สิ่งที่คุณทำได้ (I can) เป็นการช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ถึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเอง ได้แก่

1) ทำให้เด็กสามารถพูดเล่าถึงความรู้สึกในใจให้ผู้อื่นรับฟังได้ ไม่ว่าจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้หรือความรู้สึกหวาดกลัวในใจที่เขามี

2) ทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณสามารถหาทางออกหรือวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ได้

3) ทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณเองสามารถควบคุมอารมณ์และการแสดงออกในเวลาที่เขาโกรธหรือไม่พอใจได้

4) ทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณเองสามารถที่จะเลือกจังหวะเวลา และรู้กาลเทศะที่เหมาะสมในการเข้าไปคุยหรือร่วมกิจกรรมใดๆ กับผู้อื่นได้

5) ทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณเองสามารถขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ในเวลาที่เขาต้องการ

2.3 ประโยชน์ของการส่งเสริมความความแข็งแกร่งในชีวิต

กรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) กล่าวว่า ประโยชน์ของการส่งเสริมความความแข็งแกร่ง เป็นการช่วยเสริมสร้างให้เด็กพัฒนาทางความคิด และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และรับรู้ในสิ่งที่ตนเองเป็นอย่างเหมาะสม ด้วยความเชื่อที่ว่า

2.3.1 คนเป็นคนมีความสามารถ มีความรู้สึกมั่นคงทางใจ เชื่อในคุณค่าและความสามารถของตนเองในการควบคุมจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

2.3.2 คนมีความสำคัญ มีค่ามีความหมาย เป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวกลุ่ม หรือสังคมที่แวดล้อม

2.3.3 คนมีพลังอำนาจ มีความสามารถในการควบคุม หรือแก้ไขสิ่งต่างๆ ที่อาจจะเข้ามาส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเองได้

นอกจากนี้ยังช่วยให้เด็กมีความสามารถในการใช้ทักษะชีวิตและทักษะในการเผชิญกับปัญหาในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ 1) สามารถควบคุมตนเองให้อยู่ในระเบียบวินัย รู้จักประเมินสถานการณ์และควบคุมการแสดงออกของตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 2) สามารถใช้ทักษะทางการสื่อสารที่เหมาะสมในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น 3) สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาของชีวิตอย่างยืดหยุ่น มีความเข้าใจถึงข้อจำกัด ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการตัดสินใจ หรือลงมือกระทำในเรื่องบางอย่าง และพร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่เกิดขึ้น เด็กสามารถนำแนวคิดของความยืดหยุ่นทางอารมณ์ มาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี รู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่เหมาะสมถูกต้องตามหลักการของเหตุผลและหลักจริยธรรม Victor (2003) กล่าวว่า การส่งเสริมความแข็งแกร่งในวัยรุ่นจะช่วยให้ มีสุขภาพที่ดี มีพัฒนาการทางความคิด การเติบโตของการปรับตัวและสังคม มีเหตุผล มีความผูกพันกับกิจกรรมของโรงเรียน ประสบความสำเร็จจากการศึกษา มีการตัดสินใจที่ดี ประโยชน์ของการส่งเสริมความความแข็งแกร่ง จะช่วยให้เด็กและวัยรุ่นได้รับรู้ในสิ่งที่ตนมี สิ่งที่เป็น และสิ่งที่ตนทำได้ ซึ่งช่วยให้มีพัฒนาการทางความคิดที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

รวมทั้งสามารถเผชิญต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามากระทบได้ดี ซึ่งการส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งนั้น มีวิธีการและขั้นตอนที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วงวัย

2.4 วิธีการส่งเสริมความแข็งแกร่งทางอารมณ์

กรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) ได้กล่าวว่าช่วงอายุที่ต่างกันของเด็ก เป็นตัวแปรหลักที่ทำให้องค์ประกอบทั้ง 3 ของความความแข็งแกร่งที่จะเข้ามามีบทบาทสำคัญในแต่ละช่วงวัยก็มีความแตกต่างกันไปด้วย เทคนิควิธีการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ จะสอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กแต่ละวัย ซึ่งกรอทเบอร์ก ได้จัดแบ่งเด็กออกเป็น 3 ช่วงอายุดังนี้ คือ

วัยแรกเกิดถึงสามปี วัยแรกเกิดถึงสามปี เด็กในวัยนี้จะเรียนรู้เรื่องของความไว้วางใจ (trust) และความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) เด็กจะเรียนรู้ที่จะไว้วางใจ ทั้งผู้ที่ให้การดูแลเขาและตัวของตัวเอง โดยความรู้สึกไว้วางใจจะเกิดจากความรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก ได้รับความช่วยเหลือเมื่อหิว เปียก ไม่สบายตัว หรือแม้กระทั่งเมื่อรู้สึกต้องการความรัก และปลอดภัยเมื่อเกิดความรู้สึกโกรธ หรือหวาดกลัว ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่เด็กจะได้เรียนรู้ที่จะเชื่อมั่น และไว้วางใจในความสามารถของตนเอง จากการที่สามารถควบคุมจังหวะในการกิน การนอน และสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเขาได้ด้วยตัวเอง ไม่ว่าจะเป็นการหยิบจับ การสามารถควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เป็นอย่างดี ทั้งการนั่ง การยืน การเดิน ตลอดจนการควบคุมการทำงานของมือที่เป็นกล้ามเนื้อมัดเล็กได้ดีขึ้น ในช่วงเวลานี้ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น จะเป็นประสบการณ์เพื่อการเรียนรู้ของเด็ก หรือเป็นความรู้สึกน่าละอายไปเลยก็ได้ ถ้าเด็กไม่สามารถเรียนรู้โดยได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลอย่างเหมาะสม เด็กก็อาจเรียนรู้ในทางตรงกันข้าม คือ นอกจากจะไม่เชื่อในความสามารถของตนเองแล้ว ยังรู้สึกไม่ไว้วางใจในผู้ดูแล คนอื่นๆ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมรอบตัว และตัวของเขาเองซึ่งหากว่าเด็กไม่สามารถแสดงความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ได้มีโอกาสให้ลองทำในสิ่งต่างๆ หรือมีโอกาสที่จะได้เรียนรู้จากความผิดพลาดบ้าง หรือแม้แต่การถูกตำหนิ หรือถูกวิพากษ์วิจารณ์ ในการที่เขาพยายามจะลงมือทำอะไรด้วยตนเอง ก็จะทำให้เด็กรู้สึกล้มเหลวสิ้นหวังไม่แน่ใจในความสามารถของตนเอง รู้สึกขาดความมั่นใจ หวาดกลัวและกลายเป็นเด็กขี้อายไปในที่สุด ข้อควรปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดความความแข็งแกร่งในเด็กวัยแรกเกิดถึงสามปี มีดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ใหญ่ต้องแสดงออกทางกรกระทำ และคำพูดให้เด็กรู้ว่ารัก
- 2) ผู้ใหญ่ต้องเริ่มฝึกให้เด็กที่มีอายุ 2-3 ปี ให้เขามีความเข้าใจในเรื่องของ บทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม เพื่อเป็นพื้นฐานในการฝึกเรื่องระเบียบวินัยต่อไป
- 3) ผู้ใหญ่ต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็ก แสดงออกด้วยการมองโลกในแง่ดี พุดจาด้วยความมั่นใจ
- 4) ผู้ใหญ่ต้องเปิดโอกาส หรือชักจูงให้เด็กได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น ให้ช่วยเหลือในการทำงานเล็กๆ น้อยๆ ที่ไม่เกินความสามารถของเขา และที่ไม่เป็นอันตราย
- 5) ผู้ใหญ่

ต้องฝึกเด็กให้มีความสามารถในการควบคุมในเรื่องการจับถ่าย 6) ผู้ใหญ่ต้องสนับสนุนให้เด็กอายุ 2-3 ปี ได้ลองลงมือทำในสิ่งที่เขาพอจะทำได้ด้วยตนเอง โดยที่มีผู้ใหญ่คอยช่วยเหลือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น 7) ผู้ใหญ่ต้องให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้เด็กที่โต และมีความพร้อมทางการใช้ภาษาแล้ว ได้ตระหนักถึงอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และสามารถสื่อหรืออธิบายความรู้สึกเหล่านั้นออกมาได้อย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ ความรู้สึกเป็นสุข เศร้า หรือวิตกกังวล 8) ผู้ใหญ่ต้องช่วยเสริมสร้างความคิด ความเชื่อตามแนวความคิดความแข็งแรงแกร่งเมื่อเขาต้องเผชิญกับเรื่องราว หรือสถานการณ์ที่ท้าทายด้วยคำพูด เช่น “แม่รู้ว่าหนูทำได้” ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้เด็กมีความเชื่อมั่น และศรัทธาในความเป็นตัวของตัวเอง ว่าตนมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเอง และคำพูดในทำนอง “แม่จะคอยหนุนอยู่ตรงนี้” เพื่อแสดงถึงการให้กำลังใจ ความพร้อมในการสนับสนุน เพื่อเน้นการให้ความมั่นใจว่าเขาจะมีใครเชื่อและไว้ใจได้ และพร้อมที่จะอยู่ข้างๆ เขาเสมอในเวลาที่เขาต้องการ ในช่วงอายุประมาณ 3 ปี เหมาะกับการเริ่มฝึกให้เด็กรู้จักกับความรู้สึกไม่พึงพอใจ หรือเวลาที่ยากลำบากบ้าง โดยอาจจะทำในรูปของการพูดคุย เล่าเรื่องหรืออ่านหนังสือให้ฟัง สังเกตพื้นอารมณ์ของเด็กและความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เพื่อที่จะได้รู้จังหวะในการโต้ตอบหรือเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับเด็กในช่วงเวลานั้นๆ

วัยสี่ถึงเจ็ดปี เด็กวัยนี้จะมีจินตนาการที่กว้างไกล และยังไม่สามารถแยกความเป็นจริงออกจากจินตนาการได้ มีความสนใจในการเล่นบทบาทสมมุติต่างๆ ตลอดจนมีความอยากเข้าไปมีส่วนร่วมในงาน หรือกิจกรรมที่ผู้ใหญ่กำลังทำอยู่ เด็กวัยนี้จึงมีพลังกำลังอย่างเหลือเฟือ มีคำถามมากมายที่รอโอกาสจะถาม และเรียนรู้จากคำตอบที่ได้รับ ซึ่งความตื่นตัว ความกระฉับกระเฉง และความอยากรู้อยากเห็นในวัยนี้หากไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม โดยอาจจะเกิดจากการไม่เห็นความสำคัญในการตอบคำถาม การถูกละเลย เพิกเฉยหรือไม่ได้รับความสนใจจากผู้ใหญ่ ก็อาจทำให้เด็กเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า น่ารำคาญ และรู้สึกผิดที่ทำให้ผู้ใหญ่ไม่พอใจ ข้อควรปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ในเด็กวัยสี่ถึงเจ็ดปี มีดังต่อไปนี้ 1) ผู้ใหญ่ต้องให้ความรักแบบไม่มีเงื่อนไข (unconditioned love) แก่เด็ก 2) ผู้ใหญ่ต้องแสดงออกเป็นคำพูดให้เขารู้ว่ารัก 3) ผู้ใหญ่ต้องใช้เทคนิคการสัมผัส การกอดและการพูดด้วยน้ำเสียงที่สงบในการแนะนำให้เด็กสามารถควบคุมอารมณ์ที่พลุ่งพล่าน ความไม่พอใจของตนเองให้สงบลง ในขณะที่จะพูดถึงปัญหาที่เกิดขึ้น หรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของตัวเอง 4) ผู้ใหญ่ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีในแง่ของการกระทำ หรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งท้าทายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความขัดแย้ง หรือความไม่พึงพอใจในเรื่องใดๆ ก็ตาม เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้ว่าเป็นเรื่องที่เหมาะสมในการที่เขาจะมีความกล้าหาญ ในการเผชิญกับปัญหาอย่างมั่นใจ และเชื่อในศักยภาพและความสามารถของตนเองว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาและสามารถผ่านพ้นความยุ่งยาก

เหล่านั้นไปได้อย่างมั่นใจ และภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง 5) ผู้ใหญ่ต้องทำให้เด็กเห็นว่า กฎกติกาต่างๆ ที่ตกลงกันไว้มีผลในทางปฏิบัติ ให้เด็กได้เรียนรู้ถึงกฎเกณฑ์ และผลลัพธ์ของการไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ อย่าเปลี่ยนกฎเกณฑ์หรือสร้างข้อยกเว้นไปมาจนเด็กไม่สามารถเรียนรู้ได้ 6) ผู้ใหญ่ต้องชื่นชมเมื่อเด็กทำอะไรได้สำเร็จ และผู้ใหญ่ต้องแสดงออกหรือกระทำในสิ่งที่ถูกที่ควรในสถานการณ์ต่างๆ เมื่อเด็กทำสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เช่น เวลาโกรธต้องไม่ขว้างปาของ หรือไม่ลงไปนอนดิ้น ร้องโวยวายเมื่อถูกขัดใจ 7) ผู้ใหญ่ต้องสอนให้เด็กได้รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา รู้จักใส่ใจในความรู้สึกของผู้อื่นรอบข้าง และรู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง 8) ผู้ใหญ่ต้องค่อยๆ ให้เด็กได้เริ่มเรียนรู้ถึงความยากลำบากของชีวิตที่ละเล็กทีละน้อยจากการอ่าน การพูดคุยเล่าสู่กันฟัง และค่อยๆ ปลูกฝังสิ่งที่จะเป็นประโยชน์แก่ส่วนรวม 9) ผู้ใหญ่ต้องปลูกฝังให้เด็กเห็นว่าการรู้จักเป็นห่วง และเห็นอกเห็นใจผู้อื่นเป็นสิ่งที่ถูกต้องและสมควรทำ 10) ผู้ใหญ่ต้องฝึกให้เด็กได้ลองพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การตั้งข้อสังเกตตลอดจนอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อเรื่องเหล่านั้น 11) ผู้ใหญ่ต้องช่วยให้เด็กรู้ว่าเขาต้องมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรม หรือการกระทำของตนเอง ตลอดจนผลที่จะตามมาจากการทำพฤติกรรมนั้นๆ

วัยแปดถึงสิบเอ็ดปี ช่วงวัยนี้เด็กต้องใช้ความพยายามในการเรียนรู้ และฝึกฝนทักษะชีวิตต่างๆ มากมาย ซึ่งทักษะหรืองานที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวข้องกับหรือได้มาจากการ ไปโรงเรียน เด็กวัยนี้ควร จะได้รับการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกทางบวกเกี่ยวกับตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี มีความต้องการที่จะประสบความสำเร็จ ต้องการมีเพื่อนสนิทและต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งหากเขาไม่ประสบความสำเร็จในการพยายามดังกล่าวข้างต้น เด็กก็จะมีแนวโน้มว่าความรู้สึกด้อยอ่อนไหวต่อข้อจำกัดต่างๆ ถ้าพ่อแม่ ผู้ดูแลครูและเพื่อนๆ มองเห็นเป็นเรื่องตลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่ไม่สามารถใช้ทักษะในการสื่อสารได้ดี เด็กก็จะยิ่งรู้สึกขาดความมั่นคงทางใจ ดังเลสงสัยในคุณค่าและความสามารถของตนเอง ข้อควรปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในเด็กวัยแปดถึงสิบเอ็ดปี มีดังต่อไปนี้ 1) ผู้ใหญ่ต้องให้ความรักแบบไม่มีเงื่อนไขแก่เด็ก 2) ผู้ใหญ่ต้องสื่อให้เด็กรู้ว่ารัก โดยการแสดงออกเป็นการกระทำ และคำพูดอย่างเหมาะสมตามวัยของเด็ก 3) ผู้ใหญ่ต้องบอกกล่าวถึงวิธีการแสดงออกของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้เด็กทราบ ด้วยท่าทีที่สงบ เพื่อจะสอนวิธีการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ที่ขาดการยับยั้งของเด็ก เพื่อให้เขาได้เรียนรู้ถึงวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ทางลบได้ในขอบเขตที่เหมาะสม 4) ผู้ใหญ่ต้องพูดหรือทำในสิ่งต่างๆ อย่างสม่ำเสมอจนกลายเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็ก 5) ผู้ใหญ่ต้องทำความเข้าใจ และสร้างข้อตกลงร่วมกันอย่างชัดเจน ในเรื่องของกฎกติกาและสิ่งที่เป็นที่ยอมรับได้ 6) ผู้ใหญ่ต้อง

ชื่นชมในความสำเร็จและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของเด็ก 7) ผู้ใหญ่ต้องให้โอกาสเด็กได้เรียนรู้และฝึกฝนในเรื่องของการแก้ปัญหา และการเผชิญความยากลำบากบางอย่างด้วยตนเอง โดยที่ผู้ใหญ่คอยให้ความช่วยเหลือในเรื่องของการให้คำแนะนำถึงขั้นตอนและวิธีการต่างๆ ที่จะ เป็นประโยชน์ต่อเรื่องนั้นๆ 8) ผู้ใหญ่ต้องสนับสนุนให้เด็กได้สื่อสารออกมาเป็นคำพูดในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นสิ่งที่เขาคาดหวัง อารมณ์ความรู้สึกหรือสิ่งที่ เป็นปัญหาที่เด็กมีอยู่ในใจ เพื่อเปิดโอกาสให้ได้แบ่งปันความรู้สึก และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเสริมสร้างความคิดหรือทัศนคติที่เหมาะสมให้แก่เด็ก

ความแข็งแกร่งดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถส่งเสริมให้เกิดขึ้นได้เช่นเดียวกันในช่วงวัยรุ่นหรือแม้แต่ช่วงวัยอื่นๆ เพียงแต่เทคนิคหรือวิธีการอาจจะแตกต่างกันออกไป (Grotberg, 1995) เนื่องจากต้องพิจารณาจากพัฒนาการของแต่ละช่วงวัยร่วมด้วยทั้งนี้กรอทเบอร์กไม่ได้ให้แนวปฏิบัติสำหรับการส่งเสริมความแข็งแกร่งสำหรับวัยรุ่นไว้ แต่ได้มีผู้ที่นำแนวคิดไปพัฒนาว่าในการส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในช่วงวัยรุ่นนั้นจะต้องส่งเสริมอะไรบ้าง

2.5 วิธีการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น

Gilligan (2000) กล่าวว่า สิ่งสำคัญที่ต้องส่งเสริมเพื่อให้มีความแข็งแกร่งในวัยรุ่น คือ ต้องสร้างความรู้สึกต่อไปนี้ให้เกิดขึ้น

2.5.1 ความปลอดภัยขั้นพื้นฐาน (secure base) ผู้ใหญ่ต้องสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้กับเด็กหรือวัยรุ่นด้วยการ ให้ความรัก คอยสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือเมื่อพวกเขามีปัญหา ทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจ มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีความคิดที่ริเริ่ม ซึ่งต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในครอบครัว ชุมชน หรือสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยด้วย

2.5.2 ความสำนึกในคุณค่าแห่งตน (self-esteem) การสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นต้องเริ่มจากการให้ความรักแก่เด็ก ซึ่งเมื่อเด็กรับรู้ความรักนั้นเด็กก็จะคิดว่าตนเองยังมีคุณค่า มีคนที่รักและคอยห่วงใย ต้องให้ความสำคัญกับสิ่งที่เขาสนใจ เพื่อให้เขารู้สึกว่าสิ่งที่ตนกระทำนั้นมีค่า

2.5.3 สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ผู้ใหญ่ต้องเชื่อมั่นในความสามารถของวัยรุ่นว่าเขาจะสามารถจัดการด้วยตัวของเขาเองได้ ให้โอกาสเขาได้ลองปฏิบัติ และคอยสนับสนุนในสิ่งที่ถูกต้อง เพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการและการใช้ชีวิตของเขาในอนาคตสมาคมจิตวิทยาสหรัฐอเมริกา (American Psychological Association, n.d.) กล่าวว่าวิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียดของคนหนึ่ง อาจจะไม่ได้ผลกับอีกคนหนึ่ง ซึ่งการสร้างเสริมความแข็งแกร่งด้วย 10 วิธี ดังต่อไปนี้ จะช่วยให้บุคคลมีทางเลือกที่เหมาะสมของตนเองในการจัดการกับความเครียด ได้แก่

วิธีที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นภายในครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือผู้ร่วมงานจะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่าตนยังมีคนคอยเป็นห่วงและสนับสนุน เมื่อเหตุการณ์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือวิตกกังวลก็สามารถที่จะขอความช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ได้ ซึ่งทำให้คนมีความหวัง

วิธีที่ 2 การให้มองว่าทุกปัญหาวิกฤตที่เกิดขึ้นจะต้องผ่านพ้นไปได้ เนื่องจากทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น เกิดขึ้นแล้วและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่บุคคลสามารถที่จะเลือกแปลความในสิ่งที่เจอหรือมีปฏิกิริยาตอบสนองกับเหตุการณ์เหล่านั้น ให้พยายามคิดว่าเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กๆ และตนสามารถจัดการกับมันได้ บางสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเมื่อมองกลับมาในอนาคตจะเห็นว่าเป็นเรื่องที่เล็กน้อยมาก

วิธีที่ 3 การยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาเมื่อวางแผนสิ่งใดไว้แล้วนั้น แผนก็อาจเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

วิธีที่ 4 การมองไปยังเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งเป้าหมายนั้นจะต้องมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แล้วลงมือทำให้เป้าหมายที่วางไว้ปรากฏออกมา

วิธีที่ 5 ความเชื่อมั่นว่าตนสามารถที่จะทำเรื่องนั้นๆ ได้ ซึ่งเมื่อปฏิบัติไปแล้วตนจะสามารถรู้ได้ตนเองว่าเรื่องที่ตนเองกลัวหรือไม่กล้าที่จะเผชิญนั้นจริงๆ แล้วไม่ยากเลยที่จะกำจัดมันออกไป

วิธีที่ 6 การมองหาโอกาสและเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อนำเอาประสบการณ์ที่ได้รับนั้นมาเป็นบทเรียนในการจะปฏิบัติ เมื่อเกิดเหตุการณ์ใดๆ เข้ามาอีกครั้งก็สามารถรับมือกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

วิธีที่ 7 ความพยายามมองด้านบวกต่อตนเอง และเรียนรู้ทักษะในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งเชื่อในสัญชาตญาณของตนเองในการสร้างความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น

วิธีที่ 8 พยายามเก็บสิ่งต่างๆ ไว้ในความคิดเห็น เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใดๆ ที่สร้างความรู้สึกเจ็บปวด ให้คิดเสียว่าสิ่งที่เจอนั้นเป็นสถานการณ์มากมายที่อาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ แล้วใช้เวลาให้มากขึ้นในการจัดการกับปัญหานั้นๆ ตามสัดส่วนที่ไม่มากเกินไป

วิธีที่ 9 การมองว่ายังมีความหวังอยู่เสมอ ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตให้ถือว่าเป็นสิ่งที่ดี ลองหลับตาแล้วมองถึงสิ่งที่ตนต้องการจะให้เกิดขึ้น มากกว่าไปกลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้นนั้น

วิธีที่ 10 การดูแลตัวของตัวเองอยู่เสมอ อยู่กับความรู้สึกสิ่งที่ตนเป็นเจ้าของตัวเอง ทำในสิ่งที่ตนเองชอบและหาโอกาสที่จะผ่อนคลายบ้าง ออกกำลังกายตามปกติ ช่วยให้รู้สึกว่าได้ดูแลรักษาความคิดและรูปร่างของตัวเอง ในการที่จะต้องไปเผชิญกับเหตุการณ์ที่ต้องใช้ความแข็งแกร่งในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ วิธีการส่งเสริมความแข็งแกร่งดังกล่าวข้างต้น สามารถทำได้ด้วยตนเองนอกจากนี้ ควรจะได้มีการเรียนรู้จากอดีตของตนเอง ที่จะนำมาแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงให้ชีวิตตนเองดีขึ้น ผ่านพ้นจากช่วงความทุกข์ยากหรือความเครียด แต่หากไม่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง สิ่งหนึ่งที่ควรกระทำ นั่นคือมองหาผู้ช่วยที่อยู่รอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลอื่นที่เรารู้จักและขอความช่วยเหลือจากเขาได้ เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเหลือเพื่อนเพื่อประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน การอ่านหนังสือ หรือขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตโดยตรงสำหรับเด็กนักเรียนวัยรุ่นนั้น (Zunz, 2004) ได้เสนอวิธีการพัฒนาปัจจัยปกป้องโดยการส่งเสริมความแข็งแกร่ง ดังต่อไปนี้

วิธีที่ 1 สอนวัยรุ่นให้เขาจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง ภายใต้อิทธิพลของความเป็นจริง และสนับสนุนให้เขาเชื่อว่าตนมีความสามารถพอที่จะจัดการในเรื่องบางเรื่องได้ สอนให้เขาได้รับรู้ตัวเองอยู่ตลอดเวลาว่าขณะนี้ทำอะไรอยู่เพื่อจะให้เห็นความแตกต่างของสิ่งที่กระทำนั้นๆ

วิธีที่ 2 เป็นแบบอย่างของวัยรุ่นในการปฏิบัติตัวในเรื่องของทักษะทางสังคม การมองทางบวก เพื่อให้วัยรุ่นได้เรียนรู้บทบาทการเป็นผู้ใหญ่

วิธีที่ 3 สนับสนุนให้วัยรุ่นได้แก้ไขความขัดแย้งด้วยวิธีการที่ประนีประนอม ซึ่งจะช่วยลดความเครียด และเกิดความยืดหยุ่น เป็นการส่งเสริมให้เรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหา และทางเลือกต่างๆ ที่เหมาะสม

วิธีที่ 4 ชี้นำให้วัยรุ่นได้เห็นถึงสิ่งที่ไม่ดีจากการชักจูงต่างๆ และผลเสียที่เกิดขึ้น สิ่งใดควรหลีกเลี่ยง ด้วยการปฏิเสธสิ่งที่ไม่ดีเหล่านั้นว่า “ไม่”

วิธีที่ 5 ส่งเสริมให้วัยรุ่นได้รู้จักตั้งเป้าหมายในชีวิตของตนเองทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้เกิดการวางแผนและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตของเขาในอนาคต

วิธีที่ 6 เป็นที่เลียด ผู้คอยแนะนำ เป็นผู้สอน เพื่อเป็นแบบอย่างในสิ่งที่ดีแก่วัยรุ่น โดยจะพบว่าวัยรุ่นมักจะปฏิบัติตามแบบอย่างของผู้ที่เขาชื่นชอบหรือผู้ที่มีชื่อเสียง

Waaktaar, Christie, Inger, Borge and Torgersen (2004) กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญพื้นฐานที่ควรได้รับการส่งเสริม เพื่อให้เกิดความแข็งแกร่งในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่

- สัมพันธภาพทางบวกในกลุ่มเพื่อน (positive peer relations) การได้รับการสนับสนุนหรือการประคับประคองจากบุคคลใกล้ชิด จากสังคม โดยเฉพาะจากเพื่อน จะช่วยให้บุคคลที่เผชิญความเครียด หรือพบเจอกับสิ่งที่เลวร้าย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาในลักษณะเดียวกันจะก่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น จะช่วยให้สามารถที่จะผ่านพ้นเหตุการณ์เหล่านั้นไปได้ด้วยดี และยังสร้างความรู้สึกในคุณค่าในตนเองให้เกิดขึ้นได้อีกด้วย

- สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ประกอบด้วย สมรรถนะด้านร่างกายและสมรรถนะทางด้านอารมณ์ ในการทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะได้นั้น ต้องมีการตั้งจุดมุ่งหมายและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองสามารถควบคุมหรือจัดการบางสิ่งบางอย่างได้ด้วยตนเอง เกิดการวางแผนที่ดี และทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีอำนาจในการจัดการได้

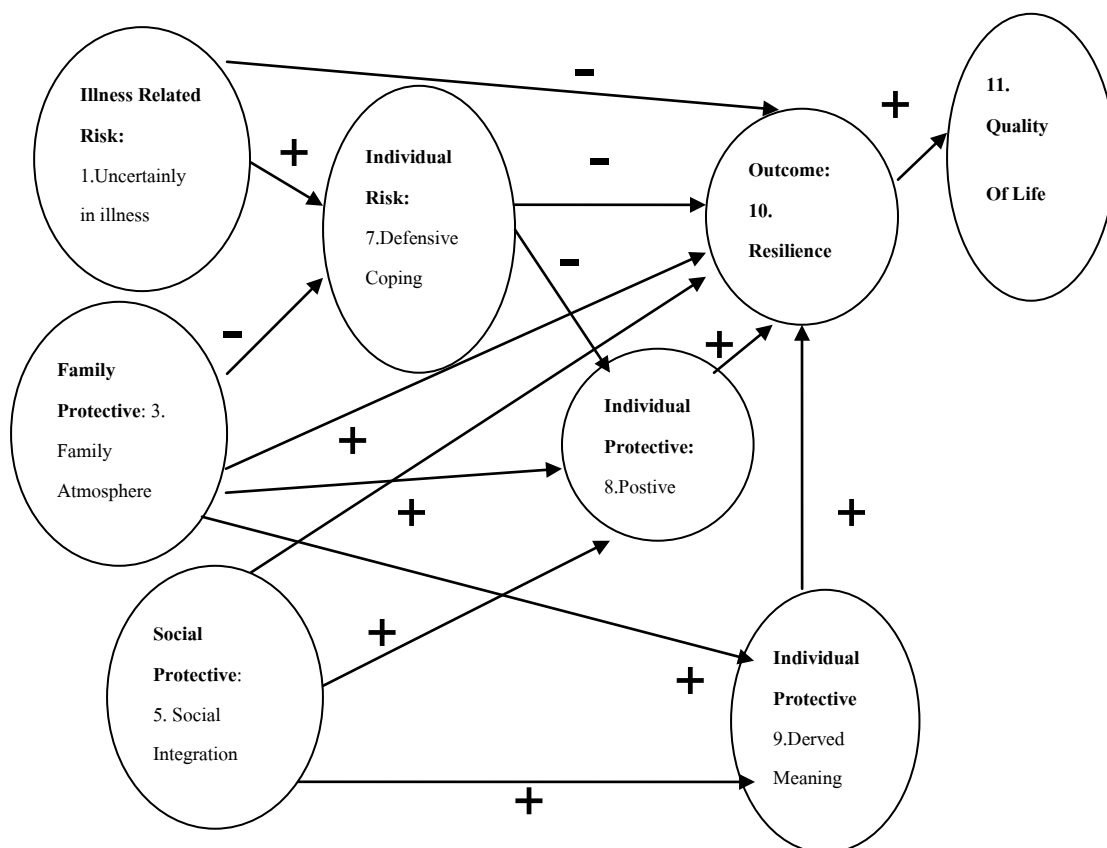
- ความคิดสร้างสรรค์ (creativity) การสนับสนุนให้วัยรุ่นได้มีความคิดที่สร้างสรรค์คือการสนับสนุนความคิดเห็นส่วนบุคคลของเขา ในการกระทำบางอย่างในสิ่งที่ถูกต้อง หรืออาจจะใช้แบบอย่างที่เหมาะสมกับช่วงวัยของเขามาเป็นตัวกระตุ้น ให้เขาเกิดความรู้สึกอยากจะทำเป็นแบบอย่าง

- ความเข้มแข็งในการมองโลก (coherence) ต้องส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นว่าตนเองสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง และการกระทำที่ดีนั้นต้องมาจากความเมตตากรุณาด้วย ซึ่งอาจจะมาจากแบบอย่างที่ใหญ่ผู้ปฏิบัติให้เห็น โดยเฉพาะการมองโลกในแง่ดีว่าชีวิตนี้ยังมีหวังอยู่เสมอ ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นมีชีวิตที่ดี และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดี Grotberg (2005) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่แสวงหาเอกลักษณ์ (identity) ของตนเองเป็นสำคัญ การส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในช่วงวัยนี้จึงต้องพิจารณาถึงเอกลักษณ์ของวัยรุ่นร่วมด้วย โดยต้องส่งเสริมในสิ่งที่ตนเองเป็น สิ่งที่คุณทำได้ และสำรวจในสิ่งที่ตนมีตามลำดับ โดยสิ่งที่ตนเป็น จะสำรวจว่าตนเองเป็นคนที่รู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกของตนเองหรือไม่ตนเป็นคนที่เห็นอกเห็นใจและห่วงใยบุคคลรอบข้างหรือไม่ ตนภูมิใจในสิ่งที่ตนเองเป็น แต่ในขณะที่เดียวกันก็พร้อมที่จะชื่นชมผู้อื่นหรือไม่ ตนเป็นคนที่พร้อมจะรับผิดชอบต่อสิ่งที่ได้ทำลงไปไม่ว่าผลจะเป็นอย่างไร และตนเชื่อมั่นและศรัทธาว่าชีวิตนี้มีหวังอยู่เสมอไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นหรือไม่สิ่งที่ตนทำได้ โดยจะสำรวจว่าตนสามารถบอกเล่าความรู้สึกเบื้องต้น ท้อแท้หรือความรู้สึกหวาดกลัวที่มีต่อการสอบเข้ามหาวิทยาลัยให้ผู้อื่นรับฟังได้หรือไม่ ตนสามารถจัดการกับปัญหาที่ตนเองมีอยู่ได้หรือไม่ ในเวลาที่เครียดหรือโกรธตนเองสามารถควบคุมอารมณ์และการแสดงออกที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ ตนรู้กาลเทศะในการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นหรือไม่ และสามารถขอ

ความช่วยเหลือจากผู้อื่นในเวลาที่คุณต้องการได้หรือไม่ สิ่งที่คุณมี โดยจะสำรวจว่าคุณรู้ว่รอบๆ ตัวยังมีคนที่รักและเข้าใจหรือไม่ คุณสามารถเรียนรู้กฎเกณฑ์ ระเบียบวินัยต่างๆ จากบ้าน เพื่อให้ตนอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้หรือไม่ คุณมีแบบอย่างที่ดีที่ทำให้แยกแยะได้ว่าสิ่งที่ควรทำคืออะไร คุณมีคนที่มีพร้อมให้กำลังใจและสนับสนุนในการกระทำหรือไม่ และคุณมีคนที่มีพร้อมจะดูแลในเรื่องสุขภาพ ความปลอดภัยการศึกษา และสวัสดิการทางสังคมต่างๆ หรือไม่นอกจากนี้ การเพิ่มปัจจัยปกป้อง ด้วยการฝึกทักษะต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองมุมบวกจะเป็นการเพิ่มในสิ่งที่ตนเป็น การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การฝึกทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกที่เหมาะสม จะเป็นการเพิ่มสิ่งที่คุณทำได้ และการสำรวจสิ่งที่คุณมีช่วยให้อำนาจ ทบทวนและหันมามองในสิ่งที่คุณมี เพื่อนำเอาปัจจัยปกป้องเหล่านี้ไปใช้จัดการกับความเครียดได้

Christle, Harley, Nelson and Jones, n.d.(1995) กล่าวว่า การส่งเสริมความแข็งแกร่งในเด็กและวัยรุ่น เป็นการส่งเสริมปัจจัยปกป้องภายใน โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะ ดังนี้ การมองทางบวก ต่อตนเอง กระบวนการในการจัดการกับความเครียดและกลยุทธ์ในการลดความเครียด ส่งเสริมปัจจัยภายนอกที่สามารถมองหาได้จากที่บ้าน ที่โรงเรียนและในชุมชนที่อยู่อาศัย ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน การมองทางบวกต่อบุคคลอื่นและเชื่อในความหวัง และให้ความสำคัญในการร่วมมือกันระหว่างผู้ปกครอง ครู และเพื่อนบ้านวิธีการส่งเสริมความแข็งแกร่งเดียวกัน แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการส่งเสริมความแข็งแกร่งของ Grotberg (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและจะเป็นการส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์เป็นรายกลุ่ม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนและเป็นวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยของการแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง จึงมีความสนใจและรับฟังบุคคลอื่นโดยเฉพาะกับเพื่อน เด็กวัยนี้จึงต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและให้เพื่อนยอมรับ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) ซึ่งเนื้อหาในการส่งเสริมความแข็งแกร่งครั้งนี้ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม และทำความเข้าใจกับความเครียดและความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การได้สำรวจในสิ่งที่คุณเองเป็น สิ่งที่คุณทำได้ และสิ่งที่คุณมี การสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การฝึกมองมุมบวก การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และการฝึกทักษะการสื่อสารและการแสดงออกที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ให้กับนักเรียน ซึ่งทักษะดังกล่าวเป็นปัจจัยด้านบุคคล ที่มีผลต่อการประเมินตัดสินใจของนักเรียน เมื่อนักเรียนได้สร้างสัมพันธภาพและรู้จักกับความเครียดและความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ได้สำรวจและตระหนักในสิ่งที่คุณเป็น สิ่งที่คุณทำได้และสิ่งที่คุณมี มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการมองมุมบวก มีทักษะในการแก้ไขปัญหา มีทักษะในการสื่อสารและการแสดงออกที่เหมาะสม

Haase (2004) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยเป็นมะเร็งที่ถูกต้องทั้งและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยใช้กระบวนการ Resilience โดยใช้รูปแบบ Adolescent Resilience Model (ARM) ที่ Haase (2004) พัฒนาขึ้น โดยเน้นแนวคิดเพื่อให้เกิดสุขภาพดี โดยใช้ Resilience ในการพัฒนาโปรแกรมนี้ ใช้ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพ เช่น ความสมหวัง การเผชิญความเครียดและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับโปรแกรม Adolescent Resilience Model (ARM) ให้ผู้ป่วยกลับมาสู่สภาพปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งในการดำเนินการครั้งนี้มุ่งเน้นในการเพื่อปรับปรุงและพัฒนาในระยะสั้นและระยะยาว โดยการพัฒนาให้โปรแกรมเกิดประโยชน์สูงสุด จากการศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยเป็นมะเร็งที่มีปัญหาในเรื่องของความเครียดเนื่องจากต้องผ่านวิกฤตในชีวิต (PTSD) (Kazak, 2001) อย่างน้อย 1 อาการของ PTSD นอกจากนี้วัยรุ่นที่ขาดความพร้อมที่จะมุ่งมั่นที่จะรักษาต่อไป จากผลการศึกษาเกี่ยวกับ PTSD เกือบทุกคนที่ขาดความมุ่งมั่นในการรักษา โดยเฉพาะขั้นแรกของการรักษา จากการศึกษาของ วัยรุ่นที่ป่วยเป็นมะเร็ง เกือบทั้งหมดจะได้รับประโยชน์จากความช่วยเหลือ โดยใช้ Resilience ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทุกคน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยป้องกัน ได้แก่ การเผชิญปัญหา การแสวงหาจุดมุ่งหมายในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมและทางอารมณ์ (Singer and Ryff, 2001) ความรู้สึกเชื่อมั่นในการเรียนรู้และภาคภูมิใจในตนเอง (Haase, Heiney, Ruccione and Stutzer, 1999) จากการศึกษาของ Haase et al. (2004) ARM พบว่ามีความซับซ้อน มีการเคลื่อนไหวรอบทุกทิศทาง แนวความคิดที่จะจัดเป็นทั้งความเสี่ยงและการป้องกัน ซึ่งจากกระบวนการนี้ สามารถอธิบายดังรูปที่ 1



รูปที่ 1. Adolescent Resilience Model (Haase, 2004)

จากรูป Haase (2004) ได้ทำการศึกษาเรื่อง The Adolescent Resilience Model as a Guide to Intervention ได้เสนอ รูปแบบการสร้าง Resilience ของวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์ทั้งเชิงบวกและความสัมพันธ์เชิงลบ โดยที่ความสัมพันธ์เชิงบวกได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่การเผชิญความเครียดแบบการใช้ความสามารถของตนเองและอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ปัจจัยป้องกันแบบการให้ความหมายของชีวิต การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากสังคม ส่วนความสัมพันธ์เชิงลบได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ดังนั้นผู้วิจัยได้นำรูปแบบ Adolescent Resilience Model ของ (Haase, 2004) มาใช้เป็นตัวแปรอิสระในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2.6 ความหมายของพลังต้านการเสพติด (Resilience to drug use)

Dillon et al. (2007) ได้อธิบายพลังต้านการเสพติด (Resilience to drug use) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยต่างๆ ที่เป็ความเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเสพติด

คิด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะเสพหรือไม่เสพยาเสพติด 3) การใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด พลังด้านการเสพยาเสพติดโดยมุ่งเน้นเฉพาะปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ในเรื่องของทัศนคติส่วนบุคคล ความภาคภูมิใจในตนเอง ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม สำหรับวัยรุ่นอายุระหว่าง 12 – 21 ปี ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นเสพยาเสพติด คือ ความอ่อนแอของทัศนคติ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม การคบเพื่อนที่มีปัญหาเกร การถูกปล่อยปละละเลยไม่ได้รับการช่วยเหลือ การเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อย มีปัญหาเกรขณะเรียนหนังสือ มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม พลังด้านการเสพยาเสพติดมีทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน เหตุผลที่วัยรุ่นเสพยาเสพติด คือ การหนีปัญหา การลดและจัดการกับความเบื่อ สร้างความมั่นใจให้กับตนเอง บรรเทาอาการเจ็บปวด เพื่อนชักชวน ความอยากรู้อยากลอง ทำตามอย่างเพื่อน การเข้าถึงยาได้ง่าย รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ขณะเรียนมีปัญหาที่โรงเรียน เคยทำผิดกฎหมาย มีปัญหาสุขภาพจิต การเริ่มสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ เหตุผลของวัยรุ่นที่เลือกที่จะไม่เสพยาเสพติด ได้แก่ เกิดการรับรู้ว่าการเสพยาเสพติดได้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตนเอง มีการวางแผนที่ดีในอนาคต บิดามารดาหรือบุคคลสำคัญในชีวิตไม่อนุญาตให้เสพ กลัวถูกไล่ออกจากบ้าน กลัวถูกตัดสิทธิออกจากทีมฟุตบอลหรือกีฬาที่ตนเองสังกัดอยู่ กลัวผิดกฎหมาย และไม่ยอมถูกบันทึกในแฟ้มประวัติอาชญากรรม กลัวบิดามารดาปรับไม่ได้ ไม่ต้องการให้บ้านเป็นแหล่งมั่วสุมในการเสพยา ต้องการมีสุขภาพดี อยากรับเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุตรหลานในอนาคต ต้องการมีอาชีพอย่างที่ตนเองฝันไว้ มีกิจกรรมและงานอดิเรก ทำให้ไม่คิดถึงการเสพยา การไม่มีเงินที่จะซื้อยามาเสพ เมื่อเสพยาแล้วได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดีรวมถึงเกิดความเจ็บป่วยตลอดจนการเสียชีวิตตามมา กลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และสุดท้ายมีทางเลือกอื่นๆ ที่จะทำนอกจากการเสพยา

การนำพลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) มาใช้นั้นต้องใช้ปัจจัยหลายๆ ด้านมาประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันเข้ามาช่วยตัดสินใจ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านบุคคล ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและสังคม คนที่มีพลังด้านการเสพยา จะต้องใช้ทฤษฎีหลายทฤษฎีเข้ามาใช้ คือ ทฤษฎีโครงสร้างของระบบ ทฤษฎีการควบคุมตนเอง ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งทั้ง 3 ทฤษฎีนี้เป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) มากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำพลังการด้านการเสพยาเสพติดมาเป็นตัวแปรตามในการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งการพัฒนาพลังด้านการเสพยานั้น ต้องมีการพัฒนาในเรื่องของความเชื่อส่วนบุคคล ทัศนคติ รวมถึงประสบการณ์ต่างๆ นำมาประกอบกันเพื่อให้เกิดเป็นกลยุทธ์ในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น พลังด้านการเสพยาประกอบไปด้วยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง โดยที่อัตราส่วนของทั้งสองปัจจัยมี

ส่วนสำคัญมาก ซึ่งหากต้องการให้เกิดพลังด้านการเสพยามากขึ้นนั้นจะต้องใช้ปัจจัยป้องกันส่วนบุคคล ทักษะทางสังคมรวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรอื่นๆ มากขึ้นด้วย (Frischer et al., 2007)

Luthar, Cicchetti and Becker (2000) ได้ให้ความหมายของ Resilience to drug use ว่าเป็นกระบวนการการพัฒนาซึ่งเป็นผลในการปรับตัวที่เกิดความสำเร็จ ภายใต้สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง และ/หรือสถานการณ์ตึงเครียด ที่เป็นกระบวนการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์เพื่อเป็นการอธิบายขั้นตอนของครอบครัวและชุมชนในการปรับตัวให้เกิดการทำงานได้ดีภายใต้บริบทของความทุกข์ยากและความเสี่ยง

Braverman (1999); Hawkins, Catalano and Miller (1992) ได้ให้ความหมายของพลังด้านการเสพยา (Resilience to drug use) ว่าเป็นกลไกในการเป็นกันชนที่มีอิทธิพลทำให้วัยรุ่นมีความสามารถในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้น

Laurie (2003) ได้ให้ความหมายของ พลังด้านการเสพยา (Resilience to drug use) ว่าเป็นกระบวนการที่เป็นไดนามิกเมื่อเกิดความเสี่ยงก็จะเกิดกลไกการป้องกันและด้วยด้วยเหตุนี้จึงเกิดพฤติกรรมส่งเสริมความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมในการแก้ปัญหาขึ้น เช่น การเสพยาเสพติดเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นจะมีการส่งเสริมความสามารถของเยาวชนในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงไปได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ลักษณะของพลังด้านการเสพยาประกอบด้วยทฤษฎี 3 ทฤษฎี ได้แก่ทฤษฎีโครงสร้างระบบ ทฤษฎีการควบคุมตนเองและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการผสมผสานกันเพื่อให้เกิด กลไกในการป้องกันการเสพยาบ้านั้น การพัฒนาพลังด้านการเสพยานั้น ต้องมีการพัฒนาในเรื่องของความเชื่อส่วนบุคคล ทักษะคิด รวมถึงประสบการณ์ต่างๆ นำมาประกอบกันเพื่อให้เกิดเป็นกลยุทธ์ในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น พลังด้านการเสพยาประกอบไปด้วยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องโดยที่อัตราส่วนของทั้งสองปัจจัยมีส่วนสำคัญมาก ซึ่งหากต้องการให้เกิดพลังด้านการเสพยามากขึ้นนั้นจะต้องใช้ปัจจัยป้องกันส่วนบุคคล ทักษะทางสังคมรวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรอื่นๆ มากขึ้นด้วย

3. การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

3.1 การพยาบาลผู้เสพยาบ้า

ผู้ป่วยติดยาบ้ามีความซับซ้อนของปัญหามากมาย การให้การดูแลช่วยเหลือที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำเป็นเรื่องยาก ผู้ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม ดังนั้นแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสภาพของผู้ติดยาบ้าในลักษณะต่างๆ

อันที่จะส่งเสริมให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้คือ (สมจิตต์ วงษ์ปลา, 2544)

3.1.1 ด้านร่างกาย ขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ตั้งแต่ระดับที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จนกระทั่งถึงระดับที่ต้องการดูแลในขั้นวิกฤต

1) การดูแลเรื่องการขาดยา (Withdrawal) และอาการเกิดพิษ (Intoxication)

1.1) ในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดยา หรืออาการเกิดพิษ ในรายที่ได้รับยาเสพติดมากจะต้องตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด เพื่อประเมินระดับอาการเกิดพิษ วัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยในสถานที่หรือบรรยากาศที่สงบ ไม่มีสิ่งรบกวนและให้แสงสว่างอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในเวลากลางคืน จัดให้อยู่ในบริเวณที่จะให้การดูแลหรือช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ควรให้มีคนดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา ถ้าไม่มีคนดูแลอาจต้องผูกมัดผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเพราะผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

1.2) ในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดอื่นๆ เช่น ยาบ้า ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการทางจิตได้ เช่น หนูแว่ว เห็นภาพหลอน ในเบื้องต้นจะต้องลดการใช้พลังงานของผู้ป่วยใน การทำกิจกรรมลดสิ่งกระตุ้นทั้งในเรื่องของสิ่งแวดล้อมและตัวบุคคล ถ้าไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ อาจจะต้องกระทำการผูกมัด

2) การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่งที่จะเกิดความอยากได้ยาหรือสิ่งเสพติดต่างๆ จัดหาเครื่องมือให้พร้อมการพยาบาลผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วนในระยะถอนพิษยา (Detoxication) บรรยากาศของหอผู้ป่วยต้องรื่นรมย์ สงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้นจนเกินไป

3) การปฏิบัติการเรื่องอาหาร จะเป็นส่วนที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการบำบัดเบื้องต้น ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพแนะนำว่า ควรมีการเติมกรดอะมิโน (Amino acid) ในอาหาร เพื่อช่วยให้การสร้างสาร neurotransmitters กรดแอสโคบิก (ascorbic acid) และ กรดโฟลิก (folic acid) นั้นมีความจำเป็นต่อการเผาผลาญ Tyrosine มีการค้นพบว่า Tropicamine ซึ่งเป็นตัวหนึ่งจะช่วยยับยั้งการทำลายของ neuropeptide ซึ่งมีผลต่ออาการอยากยา (Craving) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรให้อาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่ในผู้ป่วยติดยาบ้า

4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น โดยการจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย อธิบายในผู้ป่วยทราบว่าการออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง จะทำให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นโดฟิน ซึ่งเป็นสารธรรมชาติทำให้มีความสุข แทนที่จะมีความสุขจากการเสพยาเสพติด

5) ระยะเวลาพักผ่อน จัดให้ผู้ป่วยมีงานประจำ ให้ผู้ป่วยได้ทำงาน ได้เล่น ได้ฝึกนิสัยให้ผู้ป่วยหัดเป็นตัวของตัวเอง

3.1.2 ด้านจิตใจ

1) การเข้าถึงผู้ป่วย (Approach) ผู้ป่วยที่อาศัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ มักจะเป็นคนตามใจตนเอง ทำอะไรไม่ค่อยได้ และคิดว่าคนอื่นไม่ชอบตน จึงแสดงกิริยาต่อต้านคนอื่นที่ไม่ชอบตน ผู้ดูแลจะต้องเข้าใจการเกิดพฤติกรรมเช่นนี้ ความจริงแล้วผู้ป่วยต้องการได้รับความช่วยเหลือให้เขามีความภาคภูมิใจในตนเอง เชื้อมั่นในตนเอง เคารพตนเอง ซึ่งจะทำให้อารมณ์ของเขาเป็นสุขและทำให้เขารู้สึกมีคุณค่า

2) ฝึกควบคุมอารมณ์ เป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งของการป้องกันการเสพยาบ้า ขั้นแรกคือให้ผู้ป่วยเปิดเผยความรู้สึก โดยการอธิบาย พูดคุย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่า การที่เขาเสพยาบ้าเป็นเพียงเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดทางอารมณ์เท่านั้น ขั้นตอนต่อไปให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงที่จะกลับไปเสพยาสูง เช่น กลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติด สถานที่ เช่น บาร์ หรือการมีกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยหาเทคนิคหรือวิธีการ อาจจะเป็นจากอดีตที่ผ่านมาใช้แล้วประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด คาดการณ์ถึงสะพานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหา และหาวิธีการในการหลีกเลี่ยงหรือการเผชิญปัญหา

3) สัมพันธภาพภายในกลุ่ม จัดให้ผู้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันได้พูดคุยกัน จะได้เป็นการระบายทุกข์

4) การสร้างความหวัง โดยการแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเป็นผู้มีศักดิ์ศรี โดยให้ทบทวนถึงการเสพยาบ้า และประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ส่งเสริมประสบการณ์ทางบวกและตั้งความหวังว่า ชีวิตจะดีขึ้นกว่านี้ถ้าปราศจากยาเสพติด และสร้างเสริมทัศนคติในการสร้างความหวัง ความมีคุณค่า ความไว้วางใจ มีการคาดการณ์ในทางที่ดี ให้มองถึงอนาคตข้างหน้าและมีความเชื่อมั่น

3.1.3 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

1) การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งถือว่าเป็นข้อจำกัดของผู้ติดยาบ้า การสอนให้ผู้ป่วยมีการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม และให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางสังคมที่ปราศจากสารเสพติด ซึ่งการทำกลุ่มบำบัดเป็นการรักษาที่ดีที่สุด ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะยอมรับผู้อื่นและรู้จักช่วยเหลือผู้อื่น กลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและเป็นแหล่งของมิตรภาพ ให้เขารู้สึกว่าเขาไม่ได้อยู่ตามลำพังคนเดียว

2) การทำงาน ให้คำแนะนำในเรื่องการทำงาน ให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะยังคงทำงานเดิมต่อไป หรือหาทำงานใหม่ อย่างไร ซึ่งมีงานทำ อาชีพ เป็นเป้าหมายหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีคุณค่าในสังคม

3) มีครอบครัวเข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น และครอบครัวสามารถที่วางแผนรองรับเมื่อผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าให้ได้ผลดี ต้องดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยอาจมีอาการทั้งทางด้านร่างกาย และอาการทางจิตร่วมด้วย การดูแลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้ได้ มีความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม รวมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

3.2 การพยาบาลผู้เสพสารแอมเฟตามีน

การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดเป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) คือดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แต่จะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิต เนื่องจากผู้ติดสารเสพติดจะมีความเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและเจ็บป่วยทางจิตใจ โดยตัวผู้ป่วยมักมองไม่เห็นปัญหา การเจ็บป่วยของตัวเอง ไม่เห็นว่าตนเองเจ็บป่วยอะไร กลับมองว่าการเสพยาเสพติด หรือนำยาเสพติดเข้าสู่ร่างกายเป็นความพึงพอใจ และไม่ต้องการแสวงหาการบำบัดใดๆ ทำให้การรักษาพยาบาลทำได้ยากเนื่องจากไม่ค่อยได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเท่าที่ควร ซึ่งต่างจากการรักษาพยาบาลโรคทางกายและทางจิต เมื่อเจ็บป่วยทั้งผู้ป่วยและญาติก็พยายามที่จะแสวงหาการบำบัดรักษาและให้ความสนใจ ห่วงใย ดูแลตนเองอย่างดี เพื่อให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังนั้น การให้การพยาบาลผู้ป่วยติดยาเสพติดจึงมีความเป็นเฉพาะทางที่แตกต่างจากผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิต เช่น การพยาบาลผู้เสพสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ของแอมเฟตามีน ซึ่งต้องดูแลทางร่างกายขณะอยู่ในช่วงบำบัดด้วยยา ทั้งโรคแทรกซ้อนต่างๆ และสังเกตอาการทางจิตเพื่อให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ และการติดตามหลังการรักษา เพื่อป้องกันการติดยา

3.2.1 ในระยะ 2-3 วันหลังจากผู้ป่วยหยุดยาจะมีอาการอ่อนเพลียและง่วงนอน เนื่องจากในช่วงที่ใช้ยาฤทธิ์ของยากระตุ้นระบบประสาททำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา บางรายจะพบว่าอดหลับ อดนอนเป็นเวลาหลายวันทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อ่อนเพลียมาก กระสับกระส่าย หงุดหงิด ง่วงนอน ในระยะนี้ควรดูแลให้พักผ่อนให้เพียงพอ งดกิจกรรมบางอย่างไว้ก่อน

3.2.2 สังเกตอาการทางจิต โดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติว่าผู้ป่วยมีประวัติ มีอาการทางจิตหรือไม่ เช่น อาการหูแว่วประสาทหลอน อาการหวาดระแวง การทำร้ายตนเองและผู้อื่น หรือมีประวัติการฆ่าตัวตายหรือไม่ และสังเกตจากการพูดคุย ทำให้พยาบาลทราบถึงความคิด ความเชื่อมโยงในความคิดของผู้ป่วย ความเป็นเหตุเป็นผลในเรื่องราวที่ผู้ป่วยพูดและสังเกตจากพฤติกรรม เช่น พูดคุยคนเดียว เดินวนไปวนมา มีสีหน้าหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น ซึ่งทำให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพของผู้ป่วยได้ในเบื้องต้น

3.2.3 ผู้ป่วยยาเสพติดเกือบทุกประเภทจะมีลักษณะ Poor hygiene จะไม่ค่อยสนใจดูแลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสะอาด ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า พยาบาลต้องช่วยสอดส่องดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของตนเอง และดูแลในเรื่องความสะอาด

3.2.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมจะมีวัตถุประสงค์งานกิจกรรมที่แตกต่างกัน แต่ในภาพรวม จะมีลักษณะของกิจกรรมที่เป็นการปรับเปลี่ยนความรู้สึนึกคิด และพฤติกรรมบางอย่างให้กับผู้ป่วย เช่น ให้อธิบายการผิชอบหน้าที่ของตนเอง การทำความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน หรือผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ในการบำบัดรักษาในการอยู่ร่วมกัน และกิจกรรมกลุ่มบำบัดต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้ป่วยติดยาเสพติด เพราะลักษณะการเจ็บป่วยของผู้เสพยาเสพติดจะเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ แต่มักถูกมองว่าเสมือนคนปกติไม่เจ็บป่วยอะไร ร่างกายแข็งแรงดี ช่วยเหลือตนเองได้ ถ้าศึกษาผู้ป่วยแต่ละราย จะพบว่ามีปัญหาที่แตกต่างกัน และมีปัญหาซับซ้อน

3.2.5 ให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ในการค้นหาปัญหาของการติดยาของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้การช่วยเหลือ โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้กิจกรรมเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกัน เห็นอกเห็นใจกันและกันและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพราะจากการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยติดยาเสพติดจะพบว่า ผู้ติดยามีปัญหาหลายๆ ด้าน และสลับซับซ้อนเกี่ยวเนื่องกัน บางครั้งไม่สามารถแก้ไขได้เพียงลำพัง ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด

3.2.6 พยาบาลควรมีการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติในการเตรียมผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ในเรื่องต่อไปนี้

1) การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน พูดคุยคนเดียว เดินไปเดินมา นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมแปลกๆ ให้รีบพามาโรงพยาบาล

2) การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การคบเพื่อนฝูง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (กรณีได้รับยากลับไปรับประทานที่บ้าน) วางแผนกิจวัตรประจำวันเพื่อให้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ วิธีการจัดการกับอารมณ์ ความเครียด และปัญหาต่างๆ อย่างเหมาะสม

3) วางแผนในเรื่องการศึกษาหรือการประกอบอาชีพ เนื่องจากกลุ่มของผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งอยู่ในวัยเรียน การเสพยาทำให้เสียโอกาสในการเรียนหรือถ้าพ้นวัยเรียนแล้วก็ควรประกอบอาชีพมีงานทำ ช่วยเหลือหาเลี้ยงตัวเอง และครอบครัวได้ ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีประโยชน์ หรืออย่างน้อยก็เป็นการบริหารเวลาที่ถูกต้องและเกิดประโยชน์ ดังนั้น พยาบาลและผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องวางแผนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน

3.2.7. การติดตามผล เป็นสิ่งที่ถือว่าเป็นหัวใจของการบำบัดรักษา เนื่องจากในช่วงที่ผู้ป่วยบำบัดรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล พยาบาลสามารถให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดได้ แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อมเดิม ซึ่งใกล้ชิดกับยาเสพติด ทำให้กลับไปติดซ้ำเป็นจำนวนมาก ดังนั้นในระยะติดตามผลจึงมีความจำเป็น โดยเฉพาะในช่วง 1-2 เดือนแรก พบว่าอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำเป็นจำนวนมาก ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำและเป็นที่กำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาได้

3.3 การพยาบาลวัยรุ่นที่ติดยาเสพติด

ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น การที่วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนของร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ พฤติกรรมแปรวนแปรสูง ความอึกคะนองของช่วงวัย การอยากรู้อยากลอง การควบคุมพฤติกรรมตนเองยังไม่สมบูรณ์ ขาดทักษะในการคิด ตัดสินใจในการแก้ปัญหา ขาดความหนักแน่นทางใจ (กฤษฎา ชลวิริยะกุล, 2546) การเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้านพร้อมกัน ทำให้วัยรุ่นเกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่ายเมื่อต้อง

ประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต เครียด ขาดการประคับประคองที่เหมาะสม ความรู้สึกสับสน ว้าวุ่นใจ กังวลกับปัญหาต่างๆ และเมื่อมีปัจจัยต่างๆ มากระตุ้นทำให้ความรู้สึกนั้นมีความรุนแรงได้ การเผชิญปัญหาไม่ดี ซึ่งนำไปสู่การคิดตัดสินใจในการแก้ปัญหาโดยเสพยาเสพติด ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นของสังคมที่จะต้องมียุทธศาสตร์ทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความรู้และความสามารถเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสามารถให้บริการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวได้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2543) ได้สรุปความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไว้ว่า การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น หมายถึง การประกอบวิชาชีพของการพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลผสมผสานกับศาสตร์อื่นและ/หรือองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่น ในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือ การบำบัด เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว และฟื้นฟูสภาพจิตใจในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้เด็กและวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย รวมทั้งมีการดำรงชีวิตในครอบครัวอย่างผาสุก ทั้งนี้พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินทางการพยาบาล การวินิจฉัยปัญหาด้านจิตอารมณ์ จิตสังคม และพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น ปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล การบำบัดทางจิต ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรมโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจ การจัดสภาพแวดล้อม การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่มแก่เด็ก/วัยรุ่น และครอบครัว และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน หน่วยงานอื่น องค์กรมหาชน และทีมสุขภาพในโครงการ หรือกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมสร้างสุขภาพจิต การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตที่เป็นสุขของประชาชน ในช่วงการเจริญเติบโตของมนุษย์ ระยะเวลาที่มีความสำคัญมากและเป็นพื้นฐานของการมีชีวิตที่เป็นสุข คือ วัยเด็กและวัยรุ่น เด็กทุกคนเกิดมาด้วยองค์ประกอบที่มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตนตามลักษณะทางพันธุกรรมของเด็กแต่ละคน เจริญเติบโตในสภาพแวดล้อมที่ประกอบด้วยบิดา มารดา หรือผู้ใกล้ชิดทำหน้าที่ดูแลเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม ภายใต้สภาพแวดล้อมทางสังคม ก็จะส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ในทางตรงกันข้ามหากบิดา มารดา หรือผู้ใกล้ชิดมีความรู้ความสามารถไม่เหมาะสม ไม่สามารถดูแลเลี้ยงดูเด็กและมีความบกพร่องในการจัดการกับสภาพแวดล้อม หรือสังคม จะส่งผลให้การเติบโตและพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่นชะงักงัน เด็กจะมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือเจ็บป่วยได้ การดูแลช่วยเหลือผู้เลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นซึ่งอยู่ในภาวะเสี่ยงไม่ให้เกิดปัญหา รวมถึงการดูแลช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยจึงเป็นสิ่งที่จะต้อง

ตัวเอง ครอบครัวและประเทศชาติ การดูแลช่วยเหลือดังกล่าวคือ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เด็กและวัยรุ่น

พื้นฐานของการเยียวยาช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติด คือ การช่วยเหลือทางด้านสภาพแวดล้อม รวมถึงการเข้าใจความรู้สึกความต้องการของเขา และต้องทำความเข้าใจกับตัววัยรุ่นว่าเวลาที่เขารู้สึกไม่ดี รู้สึกอึดอัด รู้สึกอยากใช้ยาเสพติด การใช้ยาเสพติดอาจทำให้ความรู้สึกดีขึ้นในช่วงแรกที่ใช้ยา เพราะสมองคิดยา เห็นแต่ข้อดีของยา ยังไม่เห็นผลเสียของการใช้ยาอย่างชัดเจน จึงไม่เข้าใจเรื่องการรักษา แต่เมื่อใช้ยาต่อเนื่องหลายๆ ปี จะมีผลต่อสมองส่วนคิด การตัดสินใจ การใช้ความคิดเป็นเหตุเป็นผล ก็จะถูกทำลายและถูกควบคุมโดยสมองส่วนอยาก มีผลทำให้ความสามารถในการคิดและความจำ สมาธิสั้นลง (ส่งผลต่อสมองส่วนบน) ส่งผลต่อการรับรู้ในประสิทธิภาพลดลง ไม่สามารถนึกคิดแยกแยะเหตุผล ถูกผิด ได้เหมือนกับคนปกติ (วิญญู ชะนะกุลและคณะ, 2544) นอกจากนี้พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจว่า ตามธรรมชาติของมนุษย์มักมีความปรารถนาอะไรสักอย่าง ซึ่งในบางครั้งก็อาจมีอุปสรรคหรือส่งมาขัดขวาง แต่ก็อยากทำให้สำเร็จ พยาบาลจึงต้องค้นหาว่าเกิดอะไรขึ้นถึงทำให้ความคิดหยุดชะงัก ซึ่งในการบำบัดรักษา ยาเสพติดก็เช่นกัน พยาบาลจึงต้องพิจารณาถึงสิ่งต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพยาบาล จะต้องพยายามให้วัยรุ่นก้าวผ่านไปให้ได้ โดยฝึกให้เกิดการพัฒนาจากภายในของตัวเอง ในด้านความคิด (ฝึกคิด มีการเขียนแบบ) ความรู้สึก (ความรัก) และเจตจำนง (ความคิดซึ่งนำไปสู่การกระทำ) ซึ่งในผู้ป่วยวัยรุ่นจำเป็นต้องให้เขารู้สึกสนใจผู้อื่น สนใจสิ่งแวดล้อม นอกเหนือจากสนใจตนเอง เพราะยาเสพติดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ที่เสพยา ส่งผลต่อระบบการทำงานของร่างกาย ส่งผลต่อระบบประสาทสัมผัส ทำให้การรับรู้ การเอาใจใส่ตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลงดังนั้นจึงมีความจำเป็นจะต้องบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในทุกๆ ด้าน ในลักษณะองค์รวม คือ ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม สิ่งที่ต้องชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมที่วัยรุ่นเป็นอยู่หรือกระทำอยู่นี้เป็นพฤติกรรมที่กำลังเป็นปัญหาอยู่ ซึ่งหากวัยรุ่นยังคิดว่าพฤติกรรมนั้นไม่ใช่ปัญหาของตนเองก็จะให้ความสำคัญและพร้อมที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นของสังคมที่จะต้องมีบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความรู้และความสามารถที่พร้อมจะให้บริการวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้

4. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาบ้า

4.1 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem)

4.1.1 ความหมายของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

Rosenberg (1965) กล่าวว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง (self-esteem) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) มีความเชื่อมั่นและรู้ว่าตนเองมีความสามารถ (sense of competence)

Coopersmith (1984) ได้ให้คำจำกัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ว่าเป็นการตัดสินความมีคุณค่าของตนเอง ซึ่งแสดงถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการยอมรับและไม่ยอมรับของตนเองและแสดงถึงขอบเขตความเชื่อที่บุคคลมีต่อความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีค่าของตนเอง

Berk (1989) กล่าวว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนประกอบของการเข้าใจตนเองและเป็นตัวประเมินถึงคุณค่า ความรู้สึก บุคลิก ความสามารถของตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งเชื่อมกับทัศนคติของการยอมรับตัวเอง และการนับถือตนเอง

Maslow (1970) กล่าวว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ความรู้สึกนับถือตนเอง (self-respect) เป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง มีความเคารพ ยอมรับในตนเองว่ามีความสำคัญ และมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าของตนเอง การเป็นคนเข้มแข็ง มั่นคง มีความสามารถ มีความชื่นชมในตนเอง มีความเชื่อมั่น พึ่งตนเอง และมีความเป็นอิสระ

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกต่อคุณค่าที่บุคคลอื่นมีต่อตน (esteem form others) ซึ่งเห็นได้จากการมีเกียรติ มีชื่อเสียง มีตำแหน่ง มีอำนาจ ความรุ่งเรือง ได้รับการยอมรับความเอาใจใส่ให้ความสำคัญ มีศักดิ์ศรีและเป็นที่ยกย่องของสังคม

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ ความต้องการนี้หากได้รับการตอบสนองเป็นที่น่าพอใจ ก็จะนำซึ่งความนับถือตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความเข้มแข็ง ความสามารถ มีศักยภาพ และมีประโยชน์ต่อสังคม หากสิ่งเหล่านี้พัฒนาขึ้นไปอีก ก็จะเข้าสู่ขั้นบรรลุสัจจะแห่งตน (self actualization) คือ การเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ รู้สึกถึงคุณลักษณะ และศักยภาพของตน สามารถนำมาใช้ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์

เสาวนีย์ สำนวน (2545) ได้ให้ความหมายของคุณค่าในตนเองไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ยอมรับตนเองว่ามีความสำคัญ มีคุณค่า และเชื่อมั่นในตนเองและสามารถประสบความสำเร็จได้

กล่าวโดยสรุป ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถประสบความสำเร็จได้ จึงให้คุณค่าแก่ตนเอง นับถือตนเอง รักตนเอง รวมถึงการให้ความสำคัญแก่ตนเอง ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมาข้างต้นรู้ได้ด้วยการใช้การประเมินตนเอง

4.1.2 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองในแต่ละคน เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการรับรู้สถานการณ์ของชีวิต ถ้าเกิดเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลนั้นดำเนินต่อไปในทางที่ดีประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนเองเป็นผู้กระทำ บุคคลผู้นั้นก็จะเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถ ไม่มีประโยชน์ การเห็นคุณค่าในตนเองก็จะน้อยลง (Block and Robin, 1993) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำเป็นสาเหตุของการติดยาเสพติด (ประภาศรี สุขทรศนีย์, 2536; ภาวิณี อยู่ประเสริฐ, 2540) วัยรุ่นเสพยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านการเรียนต่ำ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540) ทำให้ไม่สามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ การมองตนเองว่าไม่มีความสามารถ ไร้สมรรถภาพและรู้สึกด้อยวิตกกังวล ไม่สามารถประสบความสำเร็จในอนาคตได้ จะทำให้มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลงไปอีก อีกทั้งสภาพครอบครัวของผู้ที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่มักแตกแยก ขาดความอบอุ่น หย่าร้าง (นัยนา อินธิโชติ, 2545) ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา สัมพันธภาพหรือบรรยากาศครอบครัวขาดความรัก ความอบอุ่น ขาดความเข้าใจกัน สภาพการณ์เหล่านี้ยิ่งทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีความสามารถและมีคุณค่า (เสาวนีย์ สำนวน, 2545) ดังนั้นวัยรุ่นที่เสพยาบ้ามักแยกตัวเอง มีการรวมกลุ่มกับเพื่อนที่เหมือนๆ กัน กลัวต่อการวิพากษ์วิจารณ์ ขาดความริเริ่ม และกลัวในการกระทำบางอย่าง มีการประพฤติปฏิบัติที่ต่อต้านสังคม กระทำผิดกฎหมาย การเสพยาเสพติดก็เพื่อหนีความว้าเหว ความเบื่อหน่ายของชีวิต (สมฤทัย จันทรสุข, 2543) อีกทั้งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้เสพยาบ้า เช่น การถูกสังคมรังเกียจหรือถูกไล่ออกจากโรงเรียน ล้วนมีผลกระทบต่อจิตใจของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติด บางรายรู้สึกเสียใจกับพฤติกรรมของตน ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อบุคคลในครอบครัว และยังเห็นว่าการติดยาเสพติดเป็นประสบการณ์ชีวิตที่เจ็บปวดที่สุด (รัฐพล อินทรชัย, 2540) ก็ยังส่งผลทำให้วัยรุ่นเหล่านี้มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลงไปอีก

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับความแข็งแกร่งของชีวิต (Resilience) ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) เป็นความรู้สึกสะท้อนให้เห็นถึงการที่บุคคลตัดสินความมีคุณค่าของตนเอง และทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองว่ามีความสามารถ (Rosenberg, 1965) บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง พร้อมทั้งสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้เกิดความพึงพอใจและความสุข มีผลต่อความแข็งแกร่งของวัยรุ่นตามมา ส่วนบุคคลที่มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ มีการรับรู้ตนเองด้อยค่าหรือมีคุณค่าเกินความเป็นจริง ซึ่งมีผลทำให้บุคคลเหล่านี้รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย วิตกกังวล เก็บตัว ไม่ชอบแสดงความคิดเห็น ไม่มั่นใจในตนเอง มักอยู่ภายใต้อิทธิพลของบุคคลอื่น หวั่นไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ มีความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหาและไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ ทำให้มีความรู้สึกทางด้านลบมาก สิ่งผลทำให้บุคคลนั้นมีความแข็งแกร่ง (Resilience) ต่ำด้วย

ผู้เสพยาเสพติดทุกประเภท รวมทั้งผู้เสพยาบ้า มักมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Shives, 1986; ภาวิณี อยู่ประเสริฐ, 2540; ธงชัย เอกอุ้นราช, 2540; อรัญญา แพ้จ้อย, 2544) สิ่งนี้อาจเนื่องมาจาก การถูกสังคมรังเกียจ (stigma) ทำให้มักแยกตัวออกจากสังคมรวมกลุ่มกันเฉพาะผู้เสพยาเสพติด มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมและไม่ยอมเข้ารับการบำบัดรักษา สิ่งเหล่านี้ยิ่งส่งผลทำให้วัยรุ่นเสพยาเสพติดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลงไปอีก (สุชาติ เลาบริพัตร, 2544) เมื่อต้องมาใช้ชีวิตอยู่ในสังคม อาจขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นแตกต่างไปจากคนอื่น ทำให้โอกาสที่จะประสบความสำเร็จลดลงไปด้วยขาดความสามารถที่จะกระทำการสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จ เป็นเหตุให้ความแข็งแกร่งต่ำ เช่น มีความวิตกกังวลสูง หรือมีอาการซึมเศร้า

4.2 ความสามารถในการเผชิญปัญหา

ความหมาย มีผู้สนใจทำการศึกษาและให้ความหมายของการเผชิญ (Coping) ไว้หลายท่าน ดังนี้

Bruner (1996) กล่าวในมุมมองด้านการศึกษา การเผชิญปัญหา คือ การแก้ปัญหาเผชิญหน้ากับความจริงของปัญหา เพื่อที่จะรักษาความมั่นคงของการทำงานของร่างกาย

Lipowski (1970) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือการที่ผู้ป่วยใช้คงความคิดและการกระทำ เพื่อที่จะรักษาความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะครอบคลุมถึงการฟื้นฟูการทำงานที่ผิดปกติ และเป็นการชดเชยการทำหน้าที่ของร่างกายที่สูญเสียไปและสามารถกลับคืนเป็นปกติได้

Garland and Bush (1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือกระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะบรรเทาหรือขจัดความเครียดหรือสิ่งคุกคาม อาจประกอบด้วยพฤติกรรมทั้งที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย ลักษณะโดยเป็นการแสดงออกอย่างต่อเนื่อง

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาเป็นความพยายามของบุคคลในการใช้ทั้งความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับความเครียดทั้งภายในและภายนอกโดยต้องใช้กำลังความสามารถและแหล่งประโยชน์มากมาย

Kleinke (1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การที่บุคคลพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อจัดและแก้ไขความรู้สึกไม่สบายต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกหรือความรู้สึกผิด

Milier (1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การที่บุคคลพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อจัดและแก้ไขความรู้สึกไม่สบายต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้า หรือความรู้สึกผิด

สรุปได้ว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ในการจัดการ กับภาวะหรือสถานการณ์ที่บุคคลนั้นประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม ที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือกระทำการใดๆ โดยพฤติกรรมและการแสดงออกที่พยายามระงับ บรรเทา หลีกเลียง หรือจัดภาวะหรือส่งคุกคามนั้น เพื่อที่จะรักษาสภาพความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ

4.2.1 กระบวนการและความสามารถในการเผชิญปัญหา

1) กระบวนการเผชิญปัญหา

กระบวนการเผชิญปัญหา เป็นขั้นตอนของการตอบสนองต่อความเครียดหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหา กระบวนการดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาต่อเนื่องกันไป กระบวนการนี้จะมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ภาวะเครียด (Stress) ภาวะเครียดเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ที่เป็นความเครียดทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่ามีความจำเป็นต้องนำแหล่งประโยชน์ของตนมาใช้ในการแก้ไข ซึ่งได้แก่ ความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือญาติ ความสามารถของตนเอง อาจเป็นความกดดันทางสังคม วัฒนธรรม ความกดดันที่เกิดจากร่างกาย หรือจิตใจของบุคคลเอง แต่โดยพื้นฐานแล้วความกดดันนั้น ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างความกดดันกับความสามารถที่จะจัดการกับมันที่เคยมีอยู่เดิมนั้นเสียไป

2) การประเมิน (appraisal)

การประเมินสถานการณ์ ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม การประเมินสถานการณ์ มี 3 ขั้นตอน คือ

- การประเมินขั้นที่หนึ่ง (Primary appraisal) คือการที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินสถานการณ์เพื่อตัดสินใจว่าสิ่งใดไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง สิ่งใดเกี่ยวข้องกับตนเองในทางที่ดี สิ่งใดเป็นอันตรายกับตนเอง ถ้าประเมินขั้นที่หนึ่งแล้วบุคคลตัดสินใจว่าสิ่งแวดล้อมนั้นมีสิ่งอันตรายต่อตนเอง บุคคลจะพิจารณาตัดสินใจว่าอันตรายอยู่ในระดับใดใน 3 ระดับนี้

- อันตรายนั้นจะเกิดขึ้นอย่างแน่นอน ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

- อันตรายนั้นได้เกิดขึ้นแล้วและสงบลงแล้ว

- อันตรายอาจเกิดขึ้นภายนอกหน้าแต่คาดการณ์ว่าสามารถจะจัดการกับสถานการณ์ได้

- การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือก โดยประเมินทางเลือกที่สามารถกระทำได้ และเลือกวิธีการเผชิญปัญหาซึ่งจะก่อให้เกิดความสำเร็จหรือผลลัพธ์ตามต้องการ รวมทั้งประเมินผลจากการใช้วิธีเผชิญปัญหาเดิม ที่ผ่านมาการประเมินทุกขุมมิ จำเป็นต้องตามหลังการประเมินปฐมภูมิแต่อาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้

- การประเมินซ้ำ (reappraisal) หลังจากการที่บุคคลพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรมและทางความคิดแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำเพื่อพิจารณาอันตรายนั้นยังมีอยู่หรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดแล้ว ขั้นตอนนี้ถือได้ว่าเป็นการเพิ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ขั้นที่ หนึ่งใหม่ได้ถ้าผลประเมินซ้ำนี้บุคคลยังรับรู้ว่ายังมีอันตรายอยู่ หรือเกิดอันตรายขึ้นใหม่ การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดรุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัจจัยด้านตัวบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ดังนี้

2) ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า

- ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น การเป็นโรคมะเร็ง หรือโรคเอดส์ บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต

- ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด บุคคลโดยทั่วไปจะรู้สึกว่าการณ์ซึ่งสามารถทำนายได้นั้นทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่าเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้

- ความรู้สึกไม่แน่นอนในเหตุการณ์ จะทำให้บุคคลประเมินว่าเป็นความตึงเครียดเพิ่มขึ้น

- ระยะเวลาของเหตุการณ์ เหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน มักทำให้เรียดกว่าเหตุการณ์ ซึ่งยังมาไม่ถึง นอกจากนี้เหตุการณ์ซึ่งมีช่วงเวลาอันยาวนาน เช่น โรคเรื้อรัง ก็มีผลทำให้ความเครียดรุนแรงขึ้นและคงอยู่เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน

- ข้อผูกพัน (commitment) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคล นั้นมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากอาจประเมินว่าเป็นความเครียดที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเองอย่างมากได้

- ความเชื่อ (belief) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้ ความเครียดจะปรากฏในลักษณะเป็นเหตุการณ์ที่ทำทลายความสามารถของตน

- การทำงานของสมอง (Neurocognitive activation) ในการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่ง ขั้นที่สองของการประเมินสถานการณ์ซ้ำแต่ละครั้ง สมองจะต้องทำงานโดยใช้ระบบต่างๆ ของสมองทำการวิเคราะห์เชิงเหตุผล โดยการคิดแบบกระบวนการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการประเมินสถานการณ์แต่ละขั้นได้

- ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์ (Emotional response to stress) มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการประเมินสถานการณ์อย่างมาก การรับรู้สถานการณ์แตกต่างกัน และพบว่าอารมณ์ต่างๆ นี้ มีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ ที่ตามมา เช่น พฤติกรรมค้นหาสิ่งที่จะทดแทนการสูญเสียของตนเองได้ เป็นต้น

ภายหลังการประเมินขั้นที่หนึ่ง ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเป็นแบบทั่วๆ ไป ได้แก่ ความวิตกกังวล เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลได้พิจารณาและประเมินสถานการณ์ครั้งที่สอง ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเปลี่ยนไปเป็นแบบที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น ความโกรธ ความกลัว การคาดการณ์สถานการณ์เมื่อบุคคลได้ประเมินสถานการณ์นี้เข้าถึงประสิทธิภาพของพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของคนแล้ว ปฏิกริยาทางอารมณ์นี้จะเปลี่ยนแปลงเป็นทัศนคติได้

- ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย (Physiological response to stress) ปฏิกริยาทางร่างกายต่อความเครียดจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กับปฏิกริยาทางอารมณ์ ภายหลังการประเมินขั้นที่หนึ่ง ปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นแบบทั่วๆ ไปคือ ต่อมพิทูอิตารีและต่อมหมวกไต จะทำงานมากขึ้น แต่ภายหลังการประเมินขั้นที่สองและการประเมินซ้ำ ปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นผลรวมของการที่ฮอร์โมนทั้งหมดถูกกระตุ้นระบบประสาทถูกกระตุ้นและอวัยวะเป้าหมายที่ถูกกระตุ้นจะมากขึ้น

- ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางพฤติกรรม (Behavior response) หมายถึง พฤติกรรมทั้งหมดของบุคคลที่สังเกตได้หรือบุคคลรายงานออกมาได้ อาจจะเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะสมองกำลังทำงานเกิดขึ้นจากปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย อารมณ์ หรือเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเลือกหนทางที่ดีที่สุดในการแก้ไขอันตรายก็ได้

- การเผชิญปัญหา (Coping) เป็นตัวเชื่อมผลกระทบของสิ่งกระตุ้นกับการปรับตัวได้ เกิดขึ้นจากการใช้สติปัญญาพิจารณาไตร่ตรอง ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย อารมณ์ ทั้งสามส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันมีเป้าหมายจัดการกับความเครียด และรักษาความมั่นคงของตนเองไว้

- การปรับตัวได้ (Adaptation) คือผลลัพธ์ของความพยายามที่จะรักษาความมั่นคงของตนเองไว้ด้วยการสร้างความสมดุลระหว่างแรงกดดันกับความสามารถที่จะจัดการกับแรงกดดัน แล้วพลิกแพลงให้เหมาะสมกับตนเอง การมีความเจริญงอกงามทางปัญญา มีการเรียนรู้ใหม่ๆ หรือสามารถประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

4.2.2 ความสามารถในการเผชิญปัญหา

หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นปัญหาหรือความเครียด ไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะการเกิดอันตรายหรือสูญเสียภาวะสุขภาพ หรือการทำทายนบุคคลจะเลือกวิธีการหรือกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อจัดการแก้ปัญหาและแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิด หรือกระทำในลักษณะต่างๆ ซึ่งเรียกว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งสามารถแบ่งตามลักษณะหน้าที่กว้างๆ เป็น 2 รูปแบบดังนี้ (Lazarus and Folkman, 1984)

1) ความสามารถในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem – focused coping) มีลักษณะคล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ คือ มีการกำหนดปัญหา หาวิธีหรือทางเลือกในการแก้ปัญหาหลายๆ วิธีโดยพิจารณาผลดีผลเสียแล้วจึงเรียกวิธีที่เหมาะสม แล้วดำเนินการแก้ปัญหา Jalowiec and Other (1984) ได้รวบรวมพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาไว้ 15 พฤติกรรม คือ การยอมรับปัญหา การค้นหาความหมายของสถานการณ์ การแยกแยะสถานการณ์ ออกเป็นส่วนย่อยๆ การตั้งเป้าหมาย การอภิปรายปัญหา การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ การควบคุมสถานการณ์บางส่วนที่สามารถทำได้ การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การพิจารณาปัญหาอย่างใจเป็นกลาง การนำประสบการณ์เดิมมาช่วยแก้ปัญหา การคิดวิธีแก้ปัญหาไว้หลายๆ วิธี การทำทุกสิ่งทุกอย่างที่พอจะแก้ปัญหาได้ การใช้วิธีแก้ปัญหาหลายๆ วิธี การให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหาและการเริ่มต้นทำสิ่งที่ดีที่สุดในขณะนั้น

2) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional – focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่ช่วยควบคุมปรับอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง คือมุ่งลดความไม่สบายใจ เมื่อไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ เป็นการรักษาสมดุลทางจิตใจไว้ วิธีการเผชิญปัญหาแบบนี้เป็นเพียงวิธีบรรเทาหรือความไม่สบายใจเท่านั้น ไม่ได้ช่วยจัดการให้ปัญหาหมดไปได้ ดังนั้นถ้านำมาใช้บ่อยๆ โดยที่บุคคลขาดความตระหนักรู้ในตนเอง หรือคิดและกระทำที่บิดเบือนความจริง ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข จะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจมากขึ้น มีแนวโน้มทำให้เกิดอาการทางจิตใจได้ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาเหล่านี้อย่างรู้สำนึกตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ก็จะเอื้อให้เกิดการปรับตัวได้ ความสามารถในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

- รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิดทำให้อารมณ์ตึงเครียดลดลง รูปแบบส่วนใหญ่ของความสามารถในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์นั้น การเปรียบเทียบในแง่ดีและการมองหาค่าในสิ่งนั้น

- รูปแบบกระบวนการทางความคิดทำให้อารมณ์เครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งมีจำนวนไม่มากเพื่อทำให้อารมณ์เครียดลดลงหรือพบสถานการณ์ที่ดีกว่าในภายหลัง วิธีการดังกล่าวคือการตำหนิหรือผลกระทบบางสิ่งในลักษณะการลงโทษตัวเอง ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นได้แก่ นักกีฬาซึ่งจงใจเพิ่มความเครียดให้กับตนเองเพื่อที่จะได้มีแรงผลักดันในการต่อสู้แข่งขันเพื่อชัยชนะ เป็นต้น

- รูปแบบอื่นๆ ซึ่งไม่ได้ใช้กระบวนการทางความคิด แต่เป็นการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงให้ได้แก่ การทำสมาธิ การดื่มเหล้า การระบายความโกรธ เป็นต้น

Jalowiec and Other (1984) ได้รวบรวมพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ไว้ 25 พฤติกรรม คือ การกังวล การร้องไห้ การทำกิจกรรม/ การออกกำลังกาย การใช้อารมณ์ขัน การรับประทาน/ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยา การมองโลกในแง่ดี การฝันกลางวัน การมองโลกในแง่ร้าย การจู้จี้/แข่งคำ การสวดมนต์ไหว้พระ การหงุดหงิด การปิดปัญหาออกจากความคิด การตำหนิผู้อื่น การระบายความเครียดกับผู้อื่น การแยกตัวเอง การยอมแพ้ต่อสถานการณ์/ หหมดหวัง การปล่อยให้สถานการณ์คลี่คลายไปเอง การหาความสบายจากคนใกล้ชิด การหนีจากสถานการณ์ การฝึกสมาธิ การยอมแพ้ต่อสถานการณ์เพราะคิดว่าเป็นชะตากรรม การนอนหลับ การไม่กังวล

ความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยการผลิตผลระหว่างการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้อาจให้ทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และในแต่ละสถานการณ์ เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยและบาดเจ็บอย่างรุนแรง ต้องสูญเสียอวัยวะหรือความพิการ หรือ อาจต้องสูญเสียชีวิตนั้น การปฏิเสธในระยะแรกเป็นการตอบสนองที่ผิดปกติ เพราะในระยะนี้ผู้ที่เจ็บป่วยมักสับสนและอ่อนแอเกินกว่าที่จะเผชิญกับความจริงได้ การปฏิเสธอาจช่วยทำให้มีความหวัง แต่เมื่อเวลาผ่านไปหากยังคงใช้การปฏิเสธตลอดเวลาที่เกิดผลเสีย และทำให้ไม่สามารถมีพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาอื่นๆ ที่เหมาะสมหรือเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยมะเร็งที่ยอมรับความจริงจนกระทั่งหมดสิ้นความหวังทั้งหมดนั้น ถือว่าเป็นความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

4.2.3 การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบเผชิญปัญหาของ Jalowiec (Jalowiec Coping Scale: JCS) ซึ่งเป็นเครื่องมือได้สร้างขึ้นในปี 1979 โดยรวบรวมการเผชิญปัญหาที่บุคคลใช้ ซึ่งเป็นการผลิตผลระหว่างการมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับการควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองโดยใช้กรอบความคิดจากทฤษฎีการเผชิญปัญหาของ Lazarus (1978) ซึ่งสรุปรูปแบบการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 รูปแบบ 40 พฤติกรรม ประกอบด้วยการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและการเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์ และได้พัฒนาเครื่องมือ ใช้วัดพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาจากแบบวัดชุดเดิม ประกอบด้วย 40 ข้อ แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ของพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive) 2) การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด (Emotion Coping) 3) การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด (Palliative Coping) และได้นำไปหาค่าความเที่ยงซ้ำ แบบวัดชุดใหม่นี้แบ่งเป็น 8 รูปแบบ ดังนี้คือ

- การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) คือการพยายามแก้ไข ปัญหา เผชิญหน้ากับสถานการณ์ใช้การหาข้อมูลและพยายามแก้ไขปัญหา

- การหนีปัญหา (Evasive Coping) คือ ปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงหรือการพยายามหนีออกจากปัญหา

- การมองเหตุการณ์ในแง่ดี (Optimistic Coping) คือการใช้วิธีคิดในทางที่ดี มองในแง่ดี พยายามหาแง่มุมที่ดีของสถานการณ์ พยายามใช้อารมณ์ดี

- การมองเหตุการณ์ในแง่ร้าย (Fatalistic Coping) คือการมองโลกในทางไม่ดี รู้สึกสิ้นหวัง ควบคุมสถานการณ์ได้น้อย คิดว่าตนเองโชคร้าย
- การแก้ไขอารมณ์ตั้งเครียด (Emotive Coping) คือ การปลดปล่อยอารมณ์ลดความตึงเครียดของอารมณ์ ระบายความรู้สึกวิตกกังวลกับปัญหา หรือระบายความเครียดกับผู้อื่น
- การบรรเทาอารมณ์ตั้งเครียด (Palliative Coping) คือการพยายามลดหรือควบคุมความรู้สึกไม่สบายใจ โดยทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น เช่น การทำงานหนักขึ้น
- การใช้การประคับประคอง (Supportant Coping) คือการใช้ระบบประคับประคอง เช่น บุคคลใกล้ชิด ผู้รู้ ผู้ชำนาญ
- การพึ่งพาตนเอง (Self-reliant Coping) คือการพยายามพึ่งพาตนเองมากกว่าผู้ทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (Jalowiec Coping Scale: JCS) ซึ่งเครื่องมือนี้ Jalowiec and Other ได้สร้างขึ้นเมื่อปี 1979 โดยรวบรวมการเผชิญปัญหาที่บุคคลใช้ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเผชิญปัญหาของ Lazarus (1978) และแบบวัดนี้ประกอบด้วย 6 ด้าน รวม 40 ข้อคือ 1) การแก้ไขอารมณ์ตั้งเครียด 2) การบรรเทาอารมณ์ตั้งเครียด 3) การใช้การประคับประคอง 4) การพึ่งตนเอง 5) การเผชิญหน้ากับปัญหา 6) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี

ในปี ค.ศ. 1991 Frydenberg and Lewis (cited in Frydenberg, 1997) ได้จัดกลุ่มการเผชิญปัญหาทั้งหมดออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ คือ

- การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง (Solving the Problem หรือ Problem - Focused) แสดงให้เห็นถึงความพยายามของบุคคลในการใช้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดนั้นๆ ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ได้แก่ การแก้ปัญหา การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย การทำงานและสัมฤทธิ์ผล การคบเพื่อนสนิท การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การมุ่งเน้นในด้านบวก และการแสวงหาความเพลิดเพลินเพื่อการผ่อนคลาย
- การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ (Reference to Others) เป็นการแสดงให้เห็นถึงความพยายามของบุคคลในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดนั้นๆ โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ได้แก่ การ

แสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแสวงหาการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญและการรวบรวมกลุ่มจัดการกับปัญหา

- การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Non-Productive) เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่แสดงถึงความไม่สามารถในการเผชิญปัญหา หลีกเลี่ยงต่อเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ ต่อบุคคลและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของบุคคลด้วย ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ได้แก่ การมีความกังวล การมีความคิดที่เป็นความปรารถนา การไม่รับรู้ปัญหา การไม่เผชิญปัญหา การเก็บปัญหาไว้คนเดียว การลดความตึงเครียดและการตำหนิตนเอง

4.2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

การที่บุคคลจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาให้มีประสิทธิภาพได้นั้นย่อมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยประกอบกันทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล จำแนกได้ดังนี้ (Lazarus and Folkman, 1984)

1) ลักษณะของความเครียดหรือสถานการณ์นั้นเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน โดยไม่ทันได้คาดคิดมาก่อน ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะเวลาที่เกิดสถานการณ์และเป็นความเครียดเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องที่เกิดขึ้นพร้อมกัน ซึ่งทั้งหมดจะมีผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างกัน เช่น บุคคลหนึ่งสามารถเผชิญปัญหาหรือความเครียดที่รุนแรงเรื่องหนึ่งเรื่องใด แต่ประสบความล้มเหลวเมื่อเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน แม้ว่าความรุนแรงจะน้อยกว่า

2) ประสบการณ์ในอดีตเป็นศักยภาพของแต่ละบุคคลซึ่งช่วยในการตัดสินใจหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลมักจะใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาใช้จัดการกับปัญหา ซึ่งถ้าไม่ได้ผลก็จะเลือกหาวิธีใหม่

3) อายุ จะมีผลต่อการเผชิญปัญหา โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้เกิดความรอบคอบในการเผชิญปัญหามากขึ้น มีแนวทางในการเลือกใช้การเผชิญปัญหามากขึ้น

4) ระดับการศึกษา ถือว่าเป็นปัจจัยส่วนบุคคลอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา ระดับการศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้เหมาะสมตลอดจนการเลือกใช้ประโยชน์จากความรู้ หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่มาพิจารณาใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ

5) ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะในแต่ละบุคคลในการค้นหาข้อมูลที่เป็นต้นเหตุของปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อแยกแยะปัญหาและทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ซึ่งทักษะนี้เป็นผลจากการนำเอาประสบการณ์ ความรู้และสติปัญญามาใช้ในการแก้ปัญหา

6) ทักษะทางสังคม เป็นความสามารถของบุคคลในการติดต่อสื่อสารสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อขอความเห็น ขอความร่วมมือและความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เนื่องจากมนุษย์ทุกคนมีหน้าที่ บทบาทในสังคมซึ่งทักษะทางสังคมนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ง่ายในการเผชิญปัญหาหรือจัดการกับปัญหามากขึ้น

7) แหล่งสนับสนุนทางสังคม คือการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อนและสังคมอย่างแท้จริง ทั้งด้านการให้ความรู้หรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และด้านการสนับสนุนในด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจและการพึ่งพาอาศัยกัน จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ดี

8) ภาวะสุขภาพและพลังงาน เนื่องจากสุขภาพและพลังงานเป็นตัวเอื้อให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นไปได้อย่างเต็มความสามารถที่บุคคลมีอยู่ หากบุคคลร่างกายอ่อนแอหรือเจ็บป่วยทำให้มีพลังงานไม่เพียงพอที่จะนำมาจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้

9) ค่านิยมและความเชื่อ บุคคลจะมีความเชื่อแตกต่างกันไปและมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินค่าสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ ถ้าบุคคลมีความมั่นคงมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความเชื่อทางบวกเกี่ยวกับความยุติธรรม อิศรภาพ ความดี ความชั่วหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะช่วยให้ประเมินสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม มีความคิดในทางที่ดีต่อความสามารถของตนเอง มองตนเองในทางที่ดี มั่นใจในแหล่งสนับสนุนต่างๆ จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจและพลังในการเผชิญปัญหาได้ดี

10) แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ การได้รับสนับสนุนทางการเงิน สิ่งของและสิ่งอำนวยความสะดวก ถ้าบุคคลใช้สิ่งเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมมีทางเลือกและมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาได้มากขึ้น

ผลของการเผชิญปัญหาของเยาวชนที่เสพยาบ้า เมื่อบุคคลผ่านการประเมินสถานการณ์และกระบวนการเผชิญปัญหาแล้ว สิ่งสำคัญที่จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพหรือความสำเร็จในการเผชิญปัญหา คือการปรับตัว ซึ่งแสดงเป็นพฤติกรรม 3 ประการดังนี้ (จารุวรรณ จินดามงคล, 2541)

- การทำหน้าที่ในสังคม หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละบุคคลและความพอใจในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมไปถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรง

บทบาทและสัมพันธภาพในสังคม โดยส่วนใหญ่มักจะใช้การประเมินสถานการณ์และจัดการกับปัญหา หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล เป็นตัวกำหนดว่าบุคคลเหล่านั้นสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

- ความพึงพอใจในชีวิต เป็นผลของการปรับตัวที่เกิดขึ้นในระยะยาวที่เกิดขึ้นควบคู่ไปกับผลในระยะสั้น คือ อารมณ์ที่แสดงออกแตกต่างกันไปตามสิ่งเร้าที่มากระทบ รวมทั้งสะท้อนให้เห็นถึงการประเมินว่าสถานการณ์ว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด และบุคคลเหล่านั้นมีความพึงพอใจต่อผลของการเผชิญปัญหาหรือไม่

- ภาวะสุขภาพ ความเครียดและอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์โกรธหรือกลัว จะมีผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยมากขึ้น รูปแบบการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันนั้นมีความสัมพันธ์กับผลของการปรับตัวในด้านสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังควรมีการควบคุมอารมณ์ที่ดี ไม่โกรธหรือโมโหง่าย นั่นถือว่ามีความสามารถเผชิญปัญหาที่ดี

4.2.5 การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

Miller (1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่ดีนั้นจะเกิดขึ้นในกรณีที่บุคคลสามารถจัดการความไม่สุขสบายที่เกิดจากภาวะสูญเสียหรืออันตราย สามารถรักษาความมั่นคงของบุคคลไว้ได้ รวมทั้งสามารถรักษาความสามารถรักษามอบหมายและการทำหน้าที่ของตนเองไว้อย่างมีประสิทธิภาพ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและยังคงมองตนเองในด้านบวก การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเมื่อ

- สามารถเก็บความเศร้าโศก เสียใจ ให้อยู่ในระดับที่สามารถจัดการได้
- ทำให้เกิดความหวังและกำลังใจ
- มองตนเองในด้านบวก
- สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่มีความสำคัญในชีวิตตนเองได้
- เพิ่มความหวังในสถานการณ์ที่เป็นประโยชน์ (ระหว่างบุคคล สังคมและ

เศรษฐกิจ)

Beare and Myer (1994) การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ คือ การกระทำในลักษณะส่งเสริมสุขภาพ คือ การกระทำในลักษณะส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถจัดการปัญหาได้สำเร็จส่วนการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือการกระทำที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพแม้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้เกิดความเครียด หรือปัญหาลดลงได้เป็นครั้งคราว เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงปัญหา

การรับประทานอาหารมากกว่าปกติ การดูแลเกี่ยวข้องกับผู้อื่น เป็นต้น บุคคลซึ่งมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นอย่างหนึ่งได้ว่าบุคคลนั้นมีการเผชิญปัญหาได้ดี

Caplan (1963 cited in Miller, 1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเป็นการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาตามความจริงอย่างมีประสิทธิภาพ และค้นหาข้อมูล แสดงอย่างอิสระทั้งความรู้สึกในแง่บวก และแง่ลบ มีความอดทนอดกลั้นในความขัดแย้ง ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น หยุดปัญหาเท่าที่สามารถทำได้ ตระหนักในความเหนื่อยล้าและความไม่เป็นระเบียบแบบแผน พยายามต่อสู้กับปัญหา ควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ นับถือไว้วางใจตัวเองและผู้อื่นมองโลกในแง่ดี

ความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามที่บุคคลในการใช้ทั้งความคิดและการกระทำที่จัดการกับความเครียดทั้งภายนอกและภายใน โดยต้องใช้กำลังหรือความสามารถและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการที่บุคคลใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันก่อให้เกิดผลที่แตกต่างกัน โดยพบว่า การเผชิญปัญหาลักษณะจัดการกับปัญหามีแนวโน้มทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไข ทำให้เครียดน้อยลง

4.3 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

เพื่อน (peer) หมายถึง บุคคลที่สามารถแลกเปลี่ยนค่านิยมประสบการณ์วิถีชีวิตซึ่งกันและกันและมีอายุใกล้เคียงกัน (Lingren, 1995; Santrock, 2001) เป็นผู้ที่สามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดต่อกันได้โดยไม่มีเงื่อนไข (กรมสุขภาพจิต, 2544) และเพื่อนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน (peer group) เป็นแหล่งกำเนิดความสนุกสนานมากที่สุดของวัยรุ่น (Bibby and Posterski as cited in Lefrancois, 2001)

กลุ่มเพื่อน (peer group) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีอายุใกล้เคียงกัน มีความคิดเห็นคล้ายคลึงกัน มีนิสัยใจคอและรสนิยมเหมือนกัน Santrock (1998) มีความสนใจ ค่านิยมและความคิดเห็นในเรื่องใหม่ๆ ตรงกันและยิ่งกว่านั้นเพื่อนจะเป็นบุคคลที่ก่อให้เกิดประโยชน์และมีอิทธิพลเหนือกันและกัน กลุ่มเพื่อนที่มีความสำคัญสำหรับวัยรุ่นมากที่สุด เพราะทำให้วัยรุ่นเกิดความเป็นมิตร ปกป้อง ปลอดภัย เมื่ออยู่ในกลุ่ม Stuart and Iaraia (1998) เนื่องจากธรรมชาติของวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความรู้สึกผูกพันกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าวัยอื่นๆ วัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องการให้เพื่อนยอมรับนับถือจึงพยายามที่จะยอมรับและคล้อยตามความคิดเห็นหรือกระทำพฤติกรรมตามเพื่อนเพื่อให้เป็นที่รักใคร่และนิยม ยกย่องของกลุ่ม Ladd and Parkhurst (1998) วัยรุ่นจะรู้สึกว่าการคบเพื่อนเป็นสิ่งที่สำคัญและมักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อนทั้งในและนอกโรงเรียน Lingren (1995); Santrock (2001) ค่านิยมของกลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อการ

เรียนแบบ (identification) ของแต่ละบุคคลในเรื่องบรรทัดฐาน แบบแผนพฤติกรรมและทัศนคติ มากกว่าหน่วยทางสังคมอื่นๆ ซึ่งบางครั้งอาจขัดแย้งกับบรรทัดฐานของสังคมส่วนรวมทั้งนี้เพราะการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อนมีความใกล้ชิดและยาวนาน จนวัยรุ่นยึดกับบรรทัดฐานของกลุ่มมาเป็นแบบอย่าง การเลียนแบบเพื่อจะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมของวัยรุ่น Millstein, Pertersen and Nightingale as cited in Wu and Pender (2002)

Jaffe (1998) กล่าวถึงอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนในช่วงวัยรุ่นว่ามีอิทธิพลทั้งในทางสร้างสรรค์และทำลายและได้สรุปกลไกการเกิดอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (mechanisms of peer group influen) ไว้ดังนี้

กลไกที่ 1 เกิดโดยการเรียนรู้จากการสังเกต (observational learning: modeling and imitation) วัยรุ่นจะสังเกตพฤติกรรมและการกระทำต่างๆ ของเพื่อนแล้วมักเลียนแบบพฤติกรรมนั้น เช่น การใช้ภาษา การแต่งกาย การตัดผม เป็นต้น

กลไกที่ 2 เกิดโดยการได้รับแรงเสริม (reinforcement) วัยรุ่นจะแสดงพฤติกรรมทั้งพฤติกรรมเป็นไปตามแบบแผนของสังคม และพฤติกรรมด้านสังคม โดยพฤติกรรมเหล่านั้นจะขึ้นอยู่กับการปฏิบัติที่เพื่อนแสดงออก ได้แก่ การยอมรับ การให้กำลังใจ การติเตียน การลอกเลียนแบบและการขู่เชิญให้กระทำพฤติกรรมนั้น

กลไกที่ 3 เกิดโดยการลงโทษทางลบ (negative sanction) จากการทำที่วัยรุ่นไม่ปฏิบัติตามบรรทัดฐานของกลุ่ม หรือมีพฤติกรรมที่กลุ่มไม่ยอมรับ โดยการปฏิเสธ และกีดกันไม่ให้เข้ากลุ่ม อาจทำให้วัยรุ่นเกิดความวิตกกังวล และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าในสายตาของเพื่อน

กลไกที่ 4 เกิดโดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่ม (participation in group activity) โดยวัยรุ่นมักมีความผูกพันกับกลุ่มและใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับกิจกรรมของกลุ่ม การมีโอกาสเข้าร่วมในการทำกิจกรรมของกลุ่มทำให้วัยรุ่นได้ฝึกทักษะทางสังคมไปด้วย

กลไกที่ 5 เกิดโดยการเปรียบเทียบทางสังคม (social comparision) เป็นการเปรียบเทียบความคิดเห็นและการกระทำพฤติกรรมของเพื่อนในกลุ่มเพื่อประกอบการตัดสินใจของตน วัยรุ่นที่มีความผูกพันกับเพื่อนมากมักมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมตามเพื่อน โดยไม่คำนึงถึงผลเสียที่อาจเกิดตามมา

กลไกที่ 6 เกิดจากการถ่ายทอดทักษะการให้คุณค่าและพฤติกรรม (transmission of skill, value and behaviors) ระหว่างเพื่อนในกลุ่ม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเป็นที่ปรึกษาและการให้คำปรึกษาแนะนำต่างๆ วัยรุ่นมักให้ความสำคัญกับเพื่อนและคิดว่าเพื่อนเป็นผู้ที่เข้าใจตนมากที่สุด

กลไกในการเกิดอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนไม่สามารถที่จะแยกจากกันได้อย่างชัดเจนเพราะอิทธิพลของเพื่อน เป็นผลที่ได้จากประสบการณ์ การเรียนรู้ ทางสังคมที่มักเกิดขึ้นร่วมกันทำให้กลไกการเกิดอิทธิพลบางกลุ่มเพื่อนในแต่ละด้านเกี่ยวข้องกัน Jaffe (1998) ซึ่ง Shaffer (1993) ได้กล่าวว่ากลุ่มเพื่อนเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่น ในด้านความเป็นแบบอย่างซึ่งความคิด ความเชื่อ หรือการแสดงพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อน จะเป็นตัวแบบที่มีผลต่อวัยรุ่นในด้านการเสริมแรงทั้งทางบวกและทางลบ หากวัยรุ่นคบเพื่อนที่ดี จะชักนำไปให้มีประสบการณ์ที่ดี สร้างสรรค์ เพื่อนนับว่าเป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญสำหรับวัยรุ่น ในวัยนี้เพื่อนมักจะมีอิทธิพลมากกว่า บิดา มารดา การคบเพื่อน เป็นสิ่งสำคัญมาก ดังนั้นอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน จึงมีผลต่อวัยรุ่น จากการศึกษาของ Knight and Simpson (1996) พบว่าอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความก้าวหน้าในการบำบัดรักษาเยสพิดของวัยรุ่นชายที่ติดเฮโรอีน โดยวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มเพื่อน และมีเพื่อนที่ให้ความร่วมมือในการรักษาจะสนใจดูแลสุขภาพของตัวเองและมีความก้าวหน้าในการรักษา

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการ สามารถที่จะชักนำไปบรรลุถึงความสำเร็จ มีความชำนาญในการค้นคว้าหาความต้องการ สามารถที่จะชักนำไปบรรลุถึงความสำเร็จและความสามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตได้ Pender (1996) เป็นบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรืออาชีพ House (1981) และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่รู้จักกันดี มีอยู่ทั่วไปทุกสังคมและวัฒนธรรม เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และสิ่งของให้คำแนะนำสอนทักษะต่างๆ แก่วัยรุ่น Bao, Whitbeck and Hoyt (2000) เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อวัยรุ่นเป็นอย่างมาก การได้รับการยอมรับจากเพื่อน จะมีผลต่อวัยรุ่นมีมิตรภาพเกิดขึ้น นำไปสู่การมีพัฒนาการที่ดีมีความสุข การสนับสนุนจากเพื่อนเป็นความต้องการของการบำบัดโดยกลุ่มของวัยรุ่น Stuart and Laraia (1998) การคบกันของวัยรุ่นนั้นเพื่อให้มีความสนิทสนมกันและช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีการติดต่อสัมพันธ์กันตลอดเวลา แม้ว่าจะพบกันที่โรงเรียนแล้วก็ตามมีการเขียนจดหมายและโทรศัพท์ถึงกัน การไม่สนับสนุน ไม่เห็นด้วย การไม่ชอบใจจากกลุ่มเพื่อนที่ไม่ติดยาเสพติดในการที่เพื่อนในกลุ่มไปติดยาเสพติดสามารถป้องกันให้วัยรุ่นคนหนึ่งไม่ไปเสพยาเสพติดได้ Bao et al., (2000) สอดคล้องกับการศึกษาของช่อกิ่ง ชูครุฑ (2541) ที่พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนมีผลกระทบต่อกระบวนการตัดสินใจในการเข้ารับการบำบัดรักษาของวัยรุ่นชายที่ติดเฮโรอีนในสถานบำบัดเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล การสนับสนุนของเพื่อนมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กชาย

ที่มีความเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด Dawes, Clark, Moss, Kirisci and Tarter (1999) การสนับสนุนของเพื่อนที่ไม่ติดยาเสพติดมีบทบาทสำคัญในการป้องกันไม่ให้วัยรุ่นไปเสพยาเสพติด Madler as cited in Santrock (2000) ผลการวิจัยกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าเพื่อน กลุ่มเพื่อน โดยเฉพาะเพื่อนที่ไม่ติดยาเสพติดซึ่งถือว่าเป็นคนดี เป็นกัลยาณมิตรของวัยรุ่นที่ติดยาเสพติดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสนับสนุนและมีผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ติดยาเสพติดให้เข้ารับการบำบัดรักษาและเลิกเสพยา ซึ่งมีรายละเอียดของการสนับสนุนมีดังนี้

4.3.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความเชื่อถือและความไว้วางใจซึ่งกันและกันของวัยรุ่นที่ติดยาเสพติดกับกลุ่มเพื่อน โดยการศึกษาของนารี วงศ์สิโรจน์กุล (อ้างถึงในช่อกิ่ง ชูครุฑ, 2541) พบว่าในช่วงที่บุคคลติดยาเสพติดร้อยละ 58 จะใช้เวลาอยู่กับเพื่อน และจะปรึกษาหารือกับเพื่อนมากกว่าปรึกษากับ บิดา มารดาหรือ ครู อาจารย์ (ฝน แสงสิงแก้ว อ้างถึงในช่อกิ่ง ชูครุฑ, 2541) เพราะสมาชิกในกลุ่มจะยอมรับให้ความยกย่องทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการ เป็นที่รักของเพื่อน อาศัยเพื่อนกลุ่มเดียวกันเป็นประสบการณ์ในการเรียนรู้ในการประพฤติดังที่สังคมยอมรับหรือไม่ยอมรับ

4.3.2 การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ (tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของและบริการแก่วัยรุ่นที่ติดยาเสพติด เช่น ชวนไปเล่นกีฬา เล่นดนตรี จัดหาหนังสือให้อ่าน คอยช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากว่า เพื่อนเป็นบุคคลที่เข้าใจและทราบว่าวัยรุ่นชอบ รัก หรือสนใจสิ่งใดมากกว่าบุคคลต่างวัย (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540)

4.3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูลคำแนะนำในการเข้ารับการบำบัดรักษา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของวัยรุ่นที่ติดยาเสพติด โดยจากการศึกษาการรับข้อมูลเกี่ยวกับเฮโรอีนของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดรักษา พบว่าเพื่อนเป็นแหล่งข้อมูลที่ทำให้วัยรุ่นได้รับความรู้เรื่องเฮโรอีนมากที่สุดถึงร้อยละ 54.5 (ศรีสมบัติ บุญเมือง, 2527) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ยืนยันว่า เพื่อนเป็นแหล่งข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดที่ดีที่สุดของวัยรุ่น การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่ติดยาเสพติดเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้วัยรุ่นที่ติดยาเสพติดมีกำลังใจที่จะรับการบำบัดรักษาและช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจให้เผชิญต่ออุปสรรคต่างๆ ได้และมีความตั้งใจจะเลิกเสพยาและไม่กลับไปเสพยาซ้ำได้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดกิจกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพโดยส่งเสริม สนับสนุน ให้มีกลุ่มเพื่อนเพื่อนเพื่อให้วัยรุ่นที่ติดยาเสพติดเกิดความภาคภูมิใจเกิดกำลังใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกเสพยาได้

4.4 แนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว

ครอบครัวมีความหมาย 3 ประการ (Rothausen, 1999; Fitzpatrick and Ritchie, 1994) กล่าวคือ 1) ความหมายในเชิงโครงสร้าง (Structure definition) โดยให้ความสำคัญที่จำนวนสมาชิกในครอบครัว การอยู่ ไม่อยู่ของสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา พ่อ แม่ ลูกและความเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกันในความหมายนี้ ครอบครัวจึงหมายถึง กลุ่มทางสังคมที่มีคุณลักษณะของการอาศัยอยู่ร่วมกันทางเศรษฐกิจสังคมและความสัมพันธ์ ประกอบด้วย กลุ่มคน 2 คนหรือมากกว่า 2 คน มีสัมพันธ์ทางเพศ มีบุตรโดยสายเลือด การแต่งงานหรือการรับบุตรบุญธรรมมาอาศัยอยู่ร่วมกัน (Pearson, 1985; Thomlison, 2000) ความหมายในเชิงจิตวิทยาสังคม (Psychosocial Task Definition) ครอบครัวในความหมายนี้คือ กลุ่มบุคคลที่มาอยู่ร่วมกันมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น กิจกรรมการทำงานบ้าน กิจกรรมการเลี้ยงดูเด็ก เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันและมีเป้าหมายร่วมกัน และ 3) ความหมายเชิงการติดแลกเปลี่ยนด้านอารมณ์ (Emotional Transaction Definition) ในความหมายนี้ครอบครัวถูกมองว่าเป็นกลุ่มของบุคคลที่อยู่ร่วมกันมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ผูกพันเชื่อมโยงกันโดยความผูกพันทางอารมณ์ ทำให้มีการสร้างเอกลักษณ์ของครอบครัวและมีการสร้างประวัติศาสตร์และอนาคตของครอบครัวร่วมกัน ครอบครัวจึงเป็นสภาพของกลุ่มบุคคลที่มีสายสัมพันธ์กันอย่างลึกซึ้ง ครอบครัวจึงเป็นระบบพลวัตรของอารมณ์และความรู้สึกเป็นพื้นฐานที่สำคัญของระบบนั้น

มุมมองของนักจิตวิทยาใช้มิติทางด้านอารมณ์และความสัมพันธ์เป็นตัวกำหนดความเป็นครอบครัวนั้นกำหนดครอบครัวความคิดของนักจิตวิทยาเมื่อพิจารณาถึงความเข้มแข็งของครอบครัว นักจิตวิทยาได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งของครอบครัวว่าเป็นคุณลักษณะของอารมณ์และความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและความสุขของครอบครัวและการประสบความสำเร็จของครอบครัวซึ่งเป็นความมั่นคง ความอดทนและความเข้มแข็งภายในครอบครัวหนึ่งๆ ซึ่งทำให้ครอบครัวนั้นสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมากในครอบครัว ความยุ่งยากหรือปัญหาต่างๆ ได้ และสามารถแก้ไขเหตุการณ์เหล่านั้นได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ (McCubbin and Thompson, 1991; Strong, DeVault, Sayad and Cohen, 2001) ครอบครัวที่มีความเข้มแข็งในตนเองจะรู้สึกประสบความสำเร็จและมีความพึงพอใจในครอบครัว เมื่อประสบความเครียดและยุ่งยากในครอบครัวก็สามารถเข้มแข็งขึ้นเมื่อผ่านพ้นความยุ่งยากเหล่านั้นได้ ครอบครัวที่เข้มแข็งจะมีรูปแบบบางอย่างที่ทำให้ครอบครัวสามารถอยู่รอบเจริญงอกงามได้รูปแบบเหล่านี้เรียกว่า ความเข้มแข็งของครอบครัว ในรูปแบบของความสัมพันธ์ทักษะด้านปฏิสัมพันธ์ ความสามารถ คุณลักษณะทางจิตวิทยาและสังคม

เหล่านั้น ได้สร้างเอกลักษณ์ทางบวกของครอบครัวและส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของครอบครัวทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดและภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Stinnett and DeFrain, 1985)

ความเข้มแข็งของครอบครัวจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ในการหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ของสมาชิกในครอบครัวและกำหนดบุคลิกภาพ รวมถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล Conger (2002) ศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กพบว่า ครอบครัวที่อ่อนแอและอยู่ในภาวะความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาเป็นครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้งกัน สมาชิกในครอบครัวมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ต่างคน ต่างอยู่และไม่รู้สึกถึงความ เป็นครอบครัวเดียวกันซึ่งส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวของเด็ก เช่น ปัญหาพฤติกรรม การใช้ความรุนแรง ความก้าวร้าว การต่อต้านสังคม และปัญหาการเรียน ในทางตรงข้ามครอบครัวที่มีความรักความผูกพัน ให้ความช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน และให้กำลังใจกันส่งผลทำให้เด็กมีสุขภาพจิตและการปรับตัวที่ดี สอดคล้องกับการวิจัยของ Fincham et al. (1994) Losel and Bliesener (1994) ที่พบว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบิดากับมารดาเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตรที่แข็งแกร่งและน่าพึงพอใจ ความขัดแย้งในชีวิตสมรสของบิดามารดาจะส่งผลเสียต่อความคงเส้นคงวาและคุณภาพในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และความไม่เหมาะสมในการอบรมเลี้ยงดูบุตรจะย้อนกลับไปส่งผลเสียต่อพฤติกรรมและการปรับตัวของบุตรด้วย

4.4.1 องค์ประกอบของความเข้มแข็งของครอบครัว

องค์ประกอบของครอบครัวจากการค้นคว้าพบว่ามีองค์ประกอบที่ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้ McCubbin and Thompson (1991) กล่าวว่าองค์ประกอบของความเข้มแข็งของครอบครัวมี 4 คุณลักษณะดังนี้คือ

คุณลักษณะที่ 1 การให้คำมั่น และการทุ่มเทใจอย่างแรงกล้าให้กับครอบครัวร่วมกัน (co-oriented commitment) หมายถึงความเข้มแข็ง ภายในครอบครัวที่เกิดจากความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการทำงานและรับผิดชอบร่วมกัน

คุณลักษณะที่ 2 ความมั่นใจ (confident) หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของครอบครัวในการวางแผนล่วงหน้า การตั้งเป้าหมาย การได้รับการชื่นชมจากความพยายามที่สามารถอดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้นด้วยการใส่ใจและการเห็นคุณค่าและความหมายในสิ่งนั้นๆ

คุณลักษณะที่ 3 ความท้าทาย (challenge) หมายถึง ความพยายามของครอบครัวในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ สิ่งที่ทำหาย ดิ้นตัวในสถานการณ์ใหม่ๆ และพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ เหล่านี้ อย่างเต็มที่

คุณลักษณะที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าภายนอก (control external) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการควบคุมความเป็นไปในครอบครัวได้ ไม่หวั่นไหวหรือเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายนอก

Goddard (2000) ได้เสนอแนวคิดว่าองค์ประกอบที่ทำให้ครอบครัวเข้มแข็งมี 5 องค์ประกอบคือ

องค์ประกอบที่ 1 การเอาใจใส่ (caring) ครอบครัวจะเข้มแข็งขึ้นเมื่อมีการแสดงความเอาใจใส่ซึ่งกันและกันเมื่อมีคนใดคนหนึ่งทำผิด ครอบครัวจะหาทางในการกระตุ้นและให้กำลังใจต่อกัน ครอบครัวที่เข้มแข็งจะหาโอกาสที่จะใช้เวลาด้วยกันและให้ความรักที่ดีต่อกัน

องค์ประกอบที่ 2 การให้คำมั่นต่อกัน (commitment) สมาชิกในครอบครัวจะให้คำมั่นต่อครอบครัว และให้คุณค่าและความสำคัญกับครอบครัว เช่น ปฏิบัติตามธรรมเนียมของครอบครัว ธรรมเนียมปฏิบัติของครอบครัวเป็นสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวได้สร้างความหมายขึ้นซึ่งมีความหมายพิเศษที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ความรู้สึกมั่นคง และปลอดภัยกับสมาชิกในครอบครัว

องค์ประกอบที่ 3 รับฟังและยอมรับซึ่งกันและกัน (listen and acceptance) ในครอบครัวที่เข้มแข็งสมาชิกจะพูดคุยกันอย่างเปิดเผย รับฟังกัน และให้คำแนะนำซึ่งกันและกันด้วยความยอมรับ

องค์ประกอบที่ 4 มีความผูกพันกันระหว่างชุมชนและครอบครัว (community and family tie) ครอบครัวที่เข้มแข็งจะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคล สถาบัน หรือชุมชน ภายนอก ครอบครัวเมื่อครอบครัวประสบความยุ่งยากขึ้นก็สามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือสถาบันอื่นๆ ภายนอกมีความยืดหยุ่นและเปิดรับต่อการเปลี่ยนแปลง (Flexibility and Openness to change) ครอบครัวที่เข้มแข็งจะมีความยืดหยุ่นต่อกฎระเบียบต่างๆ หรือสิ่งที่เคยปฏิบัติมา เมื่อมีความจำเป็นต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ครอบครัวก็พร้อมที่จะยืดหยุ่นและเปิดรับต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ซึ่งทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวมากขึ้น

Strong, DeVault, Sayad and Cohen (2001) ได้เสนอองค์ประกอบของความเข้มแข็งของครอบครัวไว้ 9 คุณลักษณะดังนี้คือ

คุณลักษณะที่ 1 การให้คำมั่นและการทุ่มเทใจอย่างแรงกล้าให้กับครอบครัวร่วมกัน หมายถึงความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการทำงานและรับผิดชอบร่วมกับสมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เขาจะมีความตั้งใจและเป้าหมายร่วมกันที่จะทำให้เกิดความสามัคคีกัน กลมเกลียว ความสงบสุขของครอบครัว เมื่อบุคคลมีการให้คำมั่นกับครอบครัว เขาจะมอบ

ชีวิตให้กับครอบครัว ทำหน้าที่เพื่อครอบครัว เข้าจะพร้อมจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่คุกคามความสงบสุขของครอบครัว การให้คำมั่นกับครอบครัวจะทำให้เกิดการส่งเสริมความมั่งคั่งให้กับสมาชิกของครอบครัว สมาชิกจะห่วงใยกับความสุขและความสุขสบายของสมาชิกคนอื่นๆ การให้คำมั่นและการทุ่มเทใจอย่างแรงกล้าให้กับครอบครัวจะทำให้บุคคลทำทุกอย่างเพื่อครอบครัวและต้องการทำสิ่งที่ดีที่สุดกับครอบครัว

คุณลักษณะที่ 2 การนับถือคุณค่าและความไว้วางใจ (respect and trust) หมายถึงสมาชิกในครอบครัวมีความนับถือต่อความเป็นตัวตนของกันและกัน เห็นคุณค่าของกันและกันในฐานะที่เขาเป็นสมาชิกคนหนึ่งคนในครอบครัว สมาชิกมีความซื่อสัตย์และไว้วางใจซึ่งกันและกัน และในขณะที่เดียวกันสมาชิกก็มีการเห็นคุณค่าของตนเองด้วย การแสดงความนับถือและความไว้วางใจเป็นการเคารพในความแตกต่างกันของบุคคลแม้เราจะไม่เข้าใจหรือเห็นด้วยก็ตาม

คุณลักษณะที่ 3 ความรับผิดชอบ (responsibility) หมายถึงการมีความรับผิดชอบร่วมกันในเหตุการณ์ทุกอย่างที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว รวมถึงการแบ่งความรับผิดชอบร่วมกันในเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว การมีความรับผิดชอบในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญของการเกิดความนับถือตนเอง การชื่นชมการพึ่งพาอาศัยกันและกันของบุคคลและการพัฒนาจริยธรรม

คุณลักษณะที่ 4 การติดต่อสื่อสาร (communication) หมายถึง การถ่ายทอดและแสดงปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีสัญลักษณ์แฝงระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความหมายต่อกันขึ้นในครอบครัว การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวจึงเป็นการใช้คำพูดและภาษาท่าทางเพื่อวัตถุประสงค์ในการสร้างความเข้าใจร่วมกันและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

วิถีปฏิบัติและขนบธรรมเนียมประเพณี (rituals and traditions) เป็นวิถีปฏิบัติและขนบธรรมเนียมประเพณีที่มีพื้นฐานมาจากวัฒนธรรมของสังคมที่ช่วยให้เราทราบว่าเราเป็นใครในฐานะครอบครัวและสัมพันธ์กับชุมชนอย่างไร บุคคลสามารถเชื่อมโยงครอบครัวกับสังคมได้โดยผ่านวิถีปฏิบัติและขนบธรรมเนียมประเพณี ในครอบครัวที่เข้มแข็งจะมีการถ่ายทอดวิถีปฏิบัติและขนบธรรมเนียมประเพณีครอบครัวซึ่งเชื่อมโยงกับสังคมให้กับสมาชิกรุ่นหลัง ซึ่งทำให้สมาชิกของครอบครัวมีความเป็นเอกลักษณ์ เป้าหมาย และความต้องการของครอบครัวไว้ได้

การจัดการกับความเครียดและวิกฤต (crisis management) หมายถึงการที่ครอบครัวมีวิธีการจัดการกับความเครียดและภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพทำให้ความเครียดลดลงและเกิดความเจริญงอกงามขึ้นในครอบครัว การเจริญงอกงามขึ้นในครอบครัว การเจริญเติบโตของครอบครัวตลอดวงจรชีวิตของครอบครัวทำให้ครอบครัวเผชิญกับภาวะวิกฤต

ตลอดเวลา ครอบครัวจึงต้องมีวิธีที่จะจัดการกับภาวะวิกฤตเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวที่เข้มแข็งจะมีความสามารถในการเผชิญความท้าทายของครอบครัวอย่างเชื่อมั่น และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

ความสามารถในการแสวงหาความช่วยเหลือ (ability to seek help) เป็นความสามารถที่จะแสวงหาทรัพยากรนอกระบบครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวมีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ครอบครัวที่เข้มแข็งจะมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือระบบอื่นๆ และสามารถรับความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์

การใช้เวลาร่วมกัน (spending time together) เป็นการใช้เวลาที่ร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการที่สมาชิกในครอบครัวได้มีการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันนั้นทำให้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันและสร้างความผูกพันระหว่างกันการใช้เวลาร่วมกันนั้นไม่ควรพิจารณาเฉพาะปริมาณเวลาหรือระยะเวลาที่อยู่ด้วยกันเท่านั้น แต่ควรคำนึงถึงความรู้สึกในทางบวกที่สมาชิกมีให้กันในช่วงเวลาที่อยู่ด้วยกันด้วย

ความผาสุกของครอบครัว (family wellness) เป็นสภาวะเชิงบวกของครอบครัวที่แสดงถึงความมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

จากการศึกษาของทิพย์วัลย์ สุรินยา (2550) ได้นำองค์ประกอบของความเข้มแข็งของครอบครัวข้างต้น โดยที่ได้เอามิติของอารมณ์ ความรู้สึกและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นตัวกำหนดองค์ประกอบ ดังนั้นความเข้มแข็งของครอบครัวจึงประกอบด้วยคุณลักษณะทางจิตวิทยาหลายประการ ความเข้มแข็งของครอบครัวจะทำหน้าที่เป็นเกราะที่ทำให้ความเครียดหรือปัญหาต่างๆ ที่มากระทบครอบครัวเบาบางลง ซึ่งมีส่วนทำให้ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และสามารถเป็นภูมิคุ้มกันปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับบุคคลได้ ครอบครัวจึงจำเป็นต้องพัฒนาคุณลักษณะทางจิตวิทยาหลายประการที่จะทำให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง ซึ่งส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับการปกป้องดูแลคุ้มครองซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาจิตใจและคุณภาพชีวิตในที่สุด

4.5 ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพลังด้านการเสพยาเสพติด

4.5.1 รูปแบบของพลังด้านการเสพยาเสพติด (National Center for Mental Health Promotion and Youth Violence Prevention, 2004) พลังด้านการเสพยาเสพติด ซึ่งมีอยู่แล้วในวัยรุ่นหลายคนถึงแม้จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง นั้นแสดงถึงวัยรุ่นกลุ่มนี้มีพลังด้านการเสพยาเสพติดส่วนบุคคลที่ช่วยให้พวกเขาสามารถที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์

สูบบุหรี่และการเสพยาเสพติดตัวอื่นๆ พลังด้านการเสพยาเสพติดแสดงให้เห็นว่าสามารถใช้ป้องกัน การเสพยาเสพติดของวัยรุ่นได้ วัยรุ่นใช้วิธีการเพิ่มปัจจัยการป้องกันของพวกเขาและใช้วิธีการลดปัจจัย เสี่ยงลง ปัจจัยป้องกันและปัจจัยเสี่ยงอาจเกิดขึ้นเกิดขึ้นพร้อมกัน ผู้ปกครองต้องทำความเข้าใจกับปัจจัย ที่กล่าวมาข้างต้น นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และวางแผนการป้องกันไว้ ในขณะที่เดียวกันมีปัจจัยภายนอก ที่ยากหรือเกือบที่จะหลีกเลี่ยงหรือควบคุมได้ แต่วัยรุ่นได้เพิ่มพลังด้านการเสพยาเสพติดและสามารถ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยที่ไม่ใช่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่และยาเสพติดอื่นๆ

ปัจจัยป้องกันเป็นความท้าทายที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันและกำหนดวิธีการต่างๆ ที่จะสามารถ ปลูกฝังในเกิดขึ้นในตัวของผู้วัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่ง ตัวอย่างต่อไปนี้ปัจจัยป้องกันของวัยรุ่น

ปัจจัยปกป้อง ได้แก่

- บุคลิกภาพดี
- เป็นที่รักของผู้อื่น
- อารมณ์ดี
- รักอิสระ
- ปรับตัวง่าย มีความยืดหยุ่นสูง
- คิดเชิงบวก
- สุขภาพทางกายดี
- มีประสิทธิภาพ
- บังคับตนเองได้
- มีความเชื่อมั่นตนเอง
- มีทักษะในการแก้ปัญหา
- เข้าสังคมได้ดี
- มีความอดทนสูง
- มีวินัยและไม่ทำผิดกฎหมาย
- มีทักษะในการสื่อสารดี
- มีความฉลาด
- สุขภาพแข็งแรง

- อารมณ์ดีไม่เป็นคนเจ้าอารมณ์
- สภาพแวดล้อมในชุมชนดี
- มีความขยันขันแข็ง
- มีที่อยู่อาศัย
- สภาพแวดล้อมมีคดีอาชญากรรมน้อย
- เรียนในโรงเรียนที่ดี
- โรงเรียนมีการส่งเสริมการเรียนรู้การมีส่วนร่วมการรับผิดชอบ
- มีการดูแลสุขภาพที่ดี
- มีระบบการให้บริการทางสังคมที่ดี
- มีบุคคลที่คอยช่วยเหลือและแก้ปัญหา
- อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นและมีโครงสร้างที่เข้มแข็ง
- มีรายได้พอเพียง
- มีพ่อแม่ส่งเสริมการเรียนรู้
- ในครอบครัวมีเด็กไม่มากเกินไป
- ไม่มีเหตุที่ทำให้คนในบ้านเครียด
- มีญาติผู้ใหญ่อยู่
- ในครอบครัวมีแบบอย่างที่ดีให้เด็กยึดถือ
- คนในครอบครัวดูแลซึ่งกันและกัน
- มีการทำงานที่ชัดเจน
- มีการปฏิบัติตนให้เกิดประโยชน์

ปัจจัยเสี่ยง ที่เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งที่จะนำไปการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่หรือเสพยาเสพติดอย่างอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ มันเป็นสิ่งสำคัญที่ยอมรับว่าปัจจัยเสี่ยงเป็นตัวชี้วัดเฉพาะที่มีศักยภาพมากที่ทำให้เกิดปัญหา ในขณะที่พวกเขาสามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการระบุให้เด็กที่ได้รับความเสี่ยงและเติบโตขึ้นมาภายใต้สภาวะที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้การใช้ปัจจัยความเสี่ยงให้กับเด็กที่สื่อเค้าถึงความเสี่ยงของตนเอง ดังนั้นการมีเพิ่มความเสี่ยงกับปัจจัยเหล่านี้ในการที่จะลดการเสพยาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และการใช้ยาเสพติดอื่นๆ

ปัจจัยเสี่ยงได้แก่

- ครอบครัวที่ขาดระเบียบและวินัย
- มีพี่น้องที่มีอายุห่างกันไม่ถึง 2 ปี
- มีความบกพร่องในเรื่องของระบบประสาทและสารสื่อประสาท
- มีความพิการทางกาย
- มีปัญหาด้านร่างกายและมีปัญหาสุขภาพจิต
- มีปัญหาพฤติกรรม
- การเข้าสังคมที่ไม่ดี
- มีปัญหาทางอารมณ์
- ไม่สามารถแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม
- มีความไวต่อความรู้สึกมากเกินไป
- ไม่สามารถรับมือกับปัญหาความเครียดได้
- สัมพันธภาพภายในครอบครัวไม่ดี
- ไม่เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น
- มีความนับถือตนเองต่ำ
- ปรับอารมณ์ได้ไม่ดี
- มีปัญหาเรื่องวัยรุ่น
- มีความล้มเหลวในเรื่องการเรียน
- เหลวไหล
- มีการกระทำที่รุนแรง
- มีการใช้สารเสพติดและยาอื่นในครอบครัว
- การตั้งครร์กในวัยรุ่น
- มีผู้ว่างงานในครอบครัว
- มีปัญหาสุขภาพจิต
- มีการฆ่าตัวตาย
- มีพฤติกรรมเชิงลบ
- ขาดความเชื่อมโยงกับสังคม (ครอบครัว โรงเรียนและชุมชน)
- มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม
- มีความแปลกแยกทางวัฒนธรรม

- เป็นคนที่เปราะบาง
- มีความรู้สึกล้มเหลว
- มีความสิ้นหวัง
- ขาดความมั่นใจในตนเอง
- นับถือตนเองต่ำ
- ขาดสัมพันธภาพในเชิงบวกกับคนในครอบครัว
- มีเพื่อนที่มีพฤติกรรมไม่ดี
- สภาพแวดล้อมทางสังคมไม่ดี
- มีการเสพยาเสพติดในครอบครัว เช่น การสูบบุหรี่และดื่มสุรา
- คนในครอบครัวไม่มีวินัย
- เป็นครอบครัวขยายอยู่กันอย่างแออัด
- คนในครอบครัวว่างงาน
- ผู้ปกครองขาดความรู้
- พ่อ แม่แยกทางกัน
- เป็นครอบครัวที่มีแม่คนเดียว
- ความไม่มั่นคงทางสังคม
- มีความขัดแย้งในครอบครัวสูงหรือมีความรุนแรงในครอบครัว
- ขาดผู้ปกครองเนื่องจากการหย่าหรือเสียชีวิต
- ขาดพิธีกรรมทางครอบครัว
- การอบรมเลี้ยงดูไม่ดี
- ย้ายครอบครัวบ่อย
- สภาพแวดล้อมในชุมชนไม่ดี
- มีความยากจน
- อยู่ในพื้นที่ที่มีความตกต่ำทางเศรษฐกิจ
- มีการว่างงานสูง
- ที่อยู่อาศัยไม่เพียงพอ
- มีอาชญากรรมเกิดขึ้นบ่อย
- มียาเสพติดจำหน่ายมาก

- มีการเหยียดสีผิว
- มีความแตกต่างในเรื่องภาษาและวัฒนธรรม
- ขาดการดูแลแก้ปัญหาเสพติดในชุมชน

4.5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังต้านการเสพยาเสพติด

พลังต้านการเสพยาเสพติดอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุและปัจจัยหลายประการ ทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง การรับรู้ความเจ็บป่วย กลุ่มเพื่อน ครอบครัว โรงเรียนและสังคมสภาพแวดล้อมที่กระตุ้น และลักษณะของสังคมและวัฒนธรรม หรืออาจเริ่มมาจากปัจจัยที่มีมาแต่กำเนิด ได้แก่ องค์ประกอบด้านกรรมพันธุ์ ปัจจัยด้านพัฒนาการ การเลี้ยงดู และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอีกหลายๆ ด้าน ซึ่งแต่ละด้านมีทั้งปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยสนับสนุน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถใช้แนวคิดใดแนวคิดหนึ่งอธิบายการเกิดพลังต้านการเสพยาเสพติดได้ Dillon et al. (2007) จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีสาเหตุและปัจจัยหลายอย่างที่ก่อให้เกิดพลังต้านการเสพเสพติด กล่าวไว้โดยสรุปได้ดังนี้

พลังต้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) ปัจจัยต่างๆ ที่เป็นความเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเสพยาเสพติด
- 2) การใช้เหตุผลต่างในการตัดสินใจที่จะเสพหรือไม่เสพยาเสพติด
- 3) การใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด

Frisher et al., (2007) ได้อธิบายความหมายของพลังต้านการเสพยาเสพติดว่าจะต้องใช้ทฤษฎีหลายทฤษฎีเข้ามาใช้ ได้แก่ ทฤษฎีโครงสร้างของระบบ ทฤษฎีการควบคุมตนเอง ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งทั้ง 3 ทฤษฎีนี้เป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพลังต้านการเสพยา (Resilience to drug use) มากขึ้น การพัฒนาพลังต้านการเสพยานั้น ต้องมีการพัฒนาในเรื่องของความเชื่อส่วนบุคคลทัศนคติ รวมถึงประสบการณ์ต่างๆ นำมาประกอบกันเพื่อให้เกิดเป็นกลยุทธ์ในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น พลังต้านการเสพยาประกอบไปด้วยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องโดยที่อัตราส่วนของทั้งสองปัจจัยมีส่วนสำคัญมาก ซึ่งหากต้องการให้เกิดพลังต้านการเสพยามากขึ้นนั้นจะต้องใช้ปัจจัยป้องกันส่วนบุคคล ทักษะทางสังคมรวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรอื่นๆ มากขึ้นด้วย

4.5.2 ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพลังต้านการเสพยาเสพติด

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งรับผิดชอบงานยาเสพติด จึงสนใจศึกษาเพื่อหาคำตอบในเรื่องนี้ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบจำลอง The Adolescent Resilience

Model ของ Hasse (2004) และ ผลการศึกษาของ Dillon et al., (2007) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่คาดว่าจะสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาเสพติดโดยพิจารณาจากความเหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในประเทศไทยและสามารถใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการจัดกระทำได้ จำแนกเป็นปัจจัย 4 ด้าน ดังนี้

4.5.2.1 ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่

การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยพบว่าวัยรุ่นที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการใช้ยาเสพติด (Hoffman and Cerbone, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Carr (2000) ซึ่งพบว่าความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นหันไปเสพยาเสพติด

ความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพลังด้านการเสพยาเสพติด

จากการศึกษาของ Shives (1986) อรัญญา แพ้จู้ย (2544) เสาวนีย์ สำนักวน (2545) พบว่า ผู้เสพยามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งเป็นสิ่งที่อาจเนื่องมาจากการถูกสังคมรังเกียจ (stigma) มักทำให้แยกตัวจากสังคมรวมกลุ่มกันเฉพาะผู้เสพยา มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม และไม่ยอมเข้ารับการบำบัดรักษา สิ่งเหล่านี้ยิ่งส่งผลทำให้วัยรุ่นเสพยาเสพติดมีความรู้สึกมีคุณค่าต่ำลงไปอีก (สุชาติ เหล่าหริพัตร, 2544) เมื่อต้องเข้ามาใช้ชีวิตในสังคม อาจขาดความเชื่อถือในตนเอง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นแตกต่างไปจากคนอื่น ทำให้โอกาสที่จะประสบความสำเร็จลดลงไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Nyamathi et al., (1998) พบว่ากลุ่มหญิงที่ไร้ที่อยู่อาศัยที่เสพยาเสพติดและแอลกอฮอล์จะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งในทางตรงกันข้ามหากวัยรุ่นเสพยาบ้าที่รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองมีค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญ จนสามารถประสบความสำเร็จ จะเป็นผู้ที่มีความสุขใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาเสพติด

การเผชิญความเครียด ก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อพลังด้านในการเสพยาเสพติด โดย Eftekhari, Turner and Larimer (2004) พบว่าการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธีเป็นกลยุทธ์ที่วัยรุ่นใช้ได้ผลในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด

ความสัมพันธ์ของการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพลังด้านการเสพยาเสพติด

จากการศึกษาอาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ พบว่า ทุกข์จากความเครียดจากปัญหาต่างๆ ทำให้เกิดการเสพยาบ้าซ้ำ และกลับไปค้ายาบ้า การเผชิญเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต เช่น เหตุการณ์ที่บิดา มารดาทะเลาะวิวาท เหตุการณ์ที่สภาพแวดล้อมเป็นที่มั่วสุมและแหล่งจำหน่ายยาบ้า ซึ่งในขณะที่ผู้เสพยาบ้าต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตในด้านต่างๆ นั้น พบว่าผู้เสพยาบ้ามีความเครียดมาก และถ้าหากวัยรุ่นเสพยาบ้าที่ไม่สามารถเผชิญปัญหามักจะใช้วิธีการเผชิญที่ไม่มีประสิทธิภาพ เพื่อหลีกเลี่ยงเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น หรือใช้สิ่งทดแทนอื่นๆ ที่ไม่ถูกต้อง นั่นคือวิธีการเผชิญที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ ต่อบุคคลและอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพของบุคคลด้วย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือการกลับไปเสพยาบ้าอีก (กรวิภา บุญสะอาด, 2544) จากการศึกษาของ Downe-Wamboldt (1995) และ Kimble (1998) พบว่าวัยรุ่นที่ติดยาบ้ามีการประเมินสถานการณ์ในการบำบัดว่าเป็นภาวะทำทนาย จะทำให้สามารถนำเอาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่มาใช้ได้ ทำให้มีกำลังใจ มีความสุข ซึ่งเป็นสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวก ในทางตรงข้ามหากการประเมินสถานการณ์ในการบำบัดว่าเป็นภาวะคุกคาม สูญเสียหรืออันตราย อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ท้อแท้ซึ่งเป็นสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านลบ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาเสพติด

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า โดยจากการศึกษาของ von Sydow et al., (2002) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสพยาบ้าของวัยรุ่น

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาเสพติด Dillon et al., (2007) ได้ทำการศึกษาวัยรุ่นที่มีอายุ 12 -21 ปีที่เสพยาบ้าพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นมีประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด บางคนรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการเสพยาเสพติดจึงปฏิเสธที่จะไม่เสพ รวมถึงความกลัวว่ายาเสพติดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งผู้เสพยาไม่ยอมเจ็บป่วยและยังไม่อยากเสียชีวิตจากการเสพยาเสพติด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาเสพติด

ปัจจัยด้านครอบครัว คือ ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family hardiness) ซึ่งจากการศึกษาของ Merikangas and Avenevoli (2000) พบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถทำนายการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นได้ถึงร้อยละ 55 นอกจากนี้ Stanton et al., (2004) พบว่าความเข้มแข็งใน

การติดตามดูแลวัยรุ่นอย่างใกล้ชิดของครอบครัวเป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้วัยรุ่นมีการเสพยาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของ Meschke and Patterson (2001) ซึ่งพบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวส่งผลให้สมาชิกซึ่งเป็นวัยรุ่นมีการเสพยาเสพติดลดลง

ความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งของครอบครัวสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาเสพติด

Frisher et al., (2007) ได้ศึกษาผู้ที่ใช้สารเสพติดพบว่าครอบครัวที่มีขนาดใหญ่ส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวเสพยาเสพติดเนื่องการดูแลไม่ทั่วถึง (จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา) นอกจากนี้ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว การเลี้ยงดูไม่ดี ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวต่ำส่งผลต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นรวมถึงทัศนคติที่ไม่ดี มีความบาดหมางกัน มีความขัดแย้งรวมถึงรูปแบบของการสื่อสารที่ไม่ดี (Chassin, 2004) ความเข้มแข็งของครอบครัว (Merikangas and Avenevoli, 2000; Hoffman and Cerbone, 2002; Stanton et al., 2004) และการเสพยาเสพติดของผู้ปกครอง พบว่าหากในครอบครัวมีผู้ปกครองเสพยาเสพติดจะส่งผลต่อการเสพยาของวัยรุ่น (Hoffman and Cerbone, 2002)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาเสพติด

ปัจจัยด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ซึ่ง Wills, Mariani and Filer (1996) พบว่าการสนับสนุนจากเพื่อนที่ใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นมีการเสพยาเสพติด ในทางตรงข้าม Piko (2000) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนที่ไม่เสพยาเสพติดเป็นปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น

Wills et al., (2004) ได้ศึกษาทัศนคติของเพื่อนที่เห็นว่าการเสพยาเสพติดเป็นสิ่งที่ดี การมีเพื่อนที่เป็นแบบอย่างที่เสพยาเสพติดรวมถึงเกิดการชักชวนให้เสพยาจะส่งผลโดยตรงต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น (Dielman et al, 1990-1991; Wood et al., 2004) การต้องการการยอมรับจากเพื่อนและเป็นการยากมากของวัยรุ่นที่จะปฏิเสธการเสพยาจากเพื่อน หากไม่ทำตามจะถูกแยกออกจากกลุ่ม (Dillon et al., 2007)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาเสพติด

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยในประเทศ

สำหรับประเทศไทยยังค้นไม่พบว่ามีการศึกษาเรื่อง พลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) แต่มีผู้ศึกษาเรื่อง Resilience ซึ่งให้ความหมายเป็นภาษาไทยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดไว้หลายงานวิจัย ดังนี้

สุจิตรา สมชิต (2541) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้มรสุมชีวิต พฤติกรรมด้านลบ และผลสัมฤทธิ์ในการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่สี่ถึงประถมศึกษาปีที่หก ตำบลธาตุทอง จังหวัดชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของ ปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานซึ่งมี 3 องค์ประกอบ อิทธิพลของเพศและอายุต่อ ปัจจัย ความยืดหยุ่นและทนทาน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้มรสุมชีวิต พฤติกรรมด้านลบและผลสัมฤทธิ์ในการเรียนของนักเรียน ประชากรที่ศึกษาคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่สี่ถึงประถมศึกษาปีที่หก ตำบลธาตุทอง จำนวน 267 คน อายุ 9 ถึง 16 ปี เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ได้ พัฒนามาจากแนวคิดเรื่องปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานของกรอชเบอร์เกอร์ และการทบทวน วรรณกรรม แบบสอบถามนี้นำมาให้นักเรียนทำเพื่อประเมินตนเองในเรื่องปัจจัยความยืดหยุ่น และทนทาน การรับรู้มรสุมชีวิต และพฤติกรรมด้านลบ ส่วนผลสัมฤทธิ์ในการเรียนใช้ คะแนนผลการเรียนเทอมสุดท้าย ซึ่งได้จากบันทึกของโรงเรียน ผลของการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานทั้งสามองค์ประกอบ อันได้แก่ แรงสนับสนุนและแหล่งประโยชน์ภายนอก ลักษณะที่ดีภายใน ทักษะทางสังคมและทักษะระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กันทุกคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพศเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน โดยเพศหญิงมีคะแนนปัจจัย ความยืดหยุ่นและทนทานมากกว่าเพศชาย ($r(2) = .022, p < .05$) นอกจากนี้พบว่า คะแนนพฤติกรรมด้านลบมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคะแนนการรับรู้มรสุมชีวิตว่าเป็น เรื่องที่รู้สึกเสียใจ ($r = .292, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ที่ผกผันกับคะแนนปัจจัย ความยืดหยุ่นและทนทาน ($r = -.297, p < .001$) คะแนนปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน มีความสัมพันธ์กับคะแนนการรับรู้มรสุมชีวิต ($r = .121, p < .05$) แต่ผลสัมฤทธิ์ในการเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้มรสุมชีวิต ปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานและพฤติกรรมด้านลบ จากผลการวิจัยทำให้ได้แนวคิดในการศึกษาวิจัยและแนวทางในกาส่งเสริมปัจจัย ความยืดหยุ่นและทนทานในบทบาทของพยาบาลในโรงเรียน

บุศรินทร์ หลิมสุนทร (2543) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้มรสุมชีวิต ลักษณะส่วนบุคคล บางประการ พฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นในสลัม ที่เตร็ดเตร่ในสนามเด็กเล่น โดยมีศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้มรสุมชีวิต ลักษณะส่วนบุคคลบางประการ กับพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นในสลัม ประชากรที่ศึกษาจำนวน 232 คน มีอายุ 11 ปี ถึง 20 ปี ที่มาเตร็ดเตร่อยู่ในสนามเด็กเล่น ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือประเมินปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานของเด็กของ สุจิตรา สมชิต ที่ใช้กรอบ

แนวคิดเรื่องปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน ของกรอชเบอร์ก กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การทดสอบค่าสถิติที่ การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบบางส่วน การทดสอบค่าสถิติที่พบว่าปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานในด้านแรงสนับสนุนและแหล่ง ประโยชน์ภายนอก ($t=-2.346, p < .05$) และการรับรู้รุ่มชีวิต ($t=4.156, p<.001$) ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่เคยเสพยาเสพติดกับกลุ่มวัยรุ่นที่เคยเสพยาเสพติดมีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันในด้านลักษณะที่ดีภายใน ด้านทักษะทางสังคม และทักษะระหว่างบุคคลและคะแนนรวมทั้งสามด้านของปัจจัยความยืดหยุ่น และทนทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่าในอายุ ($t=4.529, p<.001$) รายได้ ($t=3.016, p < .01$) และระดับการศึกษา ($t=1.99, p < .05$) ระหว่างวัยรุ่นทั้งสองกลุ่ม แตกต่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การทดสอบไคสแควร์พบว่าเพศมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาเสพติด ($\chi^2=13.02, p<.001$) แต่ไม่พบว่าเพศกับปัจจัย ความยืดหยุ่นและทนทานและเพศกับการรับรู้รุ่มชีวิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบบางส่วน พบว่า การรับรู้รุ่มชีวิตมีความสัมพันธ์ กับอายุ ($r=.181, p<.01$) และระดับการศึกษา ($r=-.152, p<.05$) ปัจจัยความยืดหยุ่น และทนทานมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ($r=.190, p<.01$)

อัจฉรา กิตติวงศ์วิสุทธิ์ (2544) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้รุ่มแห่งชีวิต และพฤติกรรม เสี่ยงทางด้านสุขภาพของนักเรียนระดับอาชีวศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้รุ่มแห่งชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพของนักเรียนระดับอาชีวศึกษา ประชากรที่ศึกษามีจำนวน 594 คน มีอายุระหว่าง 15-21 ปี ศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. ของวิทยาลัยเทคนิคขอนแก่น ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือ ประเมินปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานของเด็กของสุจิตรา สมจิต ที่ใช้กรอบแนวคิดเรื่อง ปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานของ Grotberg สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า เพศ การศึกษา รายได้ ที่ได้รับ ที่พักอาศัย และการรับรู้รุ่ม แห่งชีวิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพทั้ง 3 อย่าง คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการมีเพศสัมพันธ์ ($P<0.01$) ส่วนความยืดหยุ่นและทนทานนั้นมีความ สัมพันธ์กับการดื่มสุราเพียงอย่างเดียว ($P<0.01$) อย่างไรก็ตามสำหรับการศึกษาวิเคราะห์ สถิติแบบถดถอยพหุคูณพบว่า เพศ การรับรู้รุ่มแห่งชีวิต ปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน และรายได้สามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 19 ในขณะที่เดียวกันเพศ การรับรู้รุ่มแห่งชีวิต รายได้ และการพักอาศัยกับบิดามารดา สามารถอธิบายพฤติกรรม การดื่มสุราได้ร้อยละ 21.1 และเพศ รายได้

การพักอาศัยกับบิดามารดา และการรับรู้ มรสุมแห่งชีวิต สามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 15.7 พัจรินทร์ อรุณเรือง (2545) ได้ทำการศึกษา ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ต่อความสามารถในการฟื้นพลัง และกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น โดยศึกษาความสามารถในการฟื้นพลัง และกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 634 คน ที่ตอบแบบวัดเจตคติความสามารถในการฟื้นพลังและแบบวัดการเผชิญปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณด้วยวิธีการ Tukey และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันผลการวิจัยพบว่า 1) วัยรุ่นตอนต้น มีความสามารถในการฟื้นพลังโดยรวม ค่อนข้างสูงโดยมีลักษณะความสามารถในการฟื้นพลังด้านการสร้างสัมพันธภาพในระดับสูง 2) วัยรุ่นตอนต้นเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมากและแบบหลีกเลี่ยงในระดับปานกลาง 3) นักเรียนหญิงมีความสามารถในการฟื้นพลังสูงกว่าและเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่านักเรียนชาย 4) นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงและปานกลาง มีความสามารถในการฟื้นพลังสูงกว่า และเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม มากกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ 5) ความสามารถในการฟื้นพลังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การวิจัยส่วนที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แบบกลุ่มต่อความสามารถในการฟื้นพลังและกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 36 คน ที่คัดเลือกมาจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยส่วนที่ 1 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน โดยจัดนักเรียนที่สนใจเข้าร่วมกลุ่มอยู่ในกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม เข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง 11 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ติดต่อกันรวมทั้งสิ้น 20 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบวัดเจตคติความสามารถในการฟื้นพลังและแบบวัดการเผชิญปัญหาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการฟื้นพลังและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาสูงกว่าและมีคะแนนการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่ม 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการฟื้นพลังสูงกว่า และมีคะแนนการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Knight and Simpson (1996) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลจากเพื่อนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความก้าวหน้าในการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดของวัยรุ่นชายที่ติดเฮโรอีน โดยวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มเพื่อนและเพื่อนที่ให้ความร่วมมือในการรักษาจะสนใจดูแลสุขภาพของตนเองและมีความก้าวหน้าในการรักษา

Jackson and Martin (1998) ได้ศึกษาผู้ใหญ่ในวัยเด็กเคยอยู่ในสถานบังคับดูแลในประเทศอังกฤษ 105 คน พบว่ามี 36 คนที่ถูกประเมินแล้วพบว่า มีความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤติ โดยใช้เกณฑ์ความสามารถในการเรียนและปัจจัยปกป้อง (การมีความผูกพันทางบวกกับผู้ใหญ่ โดยเฉพาะบุคคลที่ให้คุณค่าทางการศึกษา มีเพื่อนดี ประสบความสำเร็จในการเรียน มีกิจกรรมพิเศษ ผู้ที่มีความเข้มแข็งจะมีความสามารถในการควบคุมภายใน พึงพอใจในชีวิตมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้ใหญ่ในกลุ่มที่ไม่มี ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤติ)

Bao et al., (2000) จากการศึกษาพบว่า การคบกันของวัยรุ่นนั้นเพื่อให้มีความสนิทสนมกันและช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันมีการติดต่อสัมพันธ์กันตลอดเวลา แม้ว่าจะพบกันที่โรงเรียนแล้วก็ยังต้องการเขียนจดหมายและโทรศัพท์ถึงกัน การไม่สนับสนุน ไม่เห็นด้วยไม่ชอบใจจากกลุ่มเพื่อนไม่ติดยาเสพติดในการที่เพื่อนในกลุ่มไปติดยาเสพติดสามารถป้องกันให้วัยรุ่นคนหนึ่งไม่ไปเสพยาเสพติดได้

Degenhard and Hall (2001) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้นูหรี โรคที่เกิดจากการเสพยาเสพติดและภาวะสุขภาพจิต จากผลการสำรวจสุขภาพจิตและความผาสุกแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบอัตราการเกิดโรคร่วมกันระหว่างการใช้นูหรี โรคที่เกิดจากการเสพยาเสพติดและปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10,641 คน ผลการวิจัยนี้พบว่าการใช้นูหรีมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับการเสพยาเสพติดชนิดแอลกอฮอล์ กัญชาและยาเสพติดอื่นๆ ซึ่งในกลุ่มที่สูบบุหรี่พบว่า มีปัญหาทางด้านจิตใจ มีความวิตกกังวลและเกิดโรคทางด้านอารมณ์ ทำให้มีความผาสุกทางใจต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

Earvolino-Ramirez (2007) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤติในช่วงต้นๆ เกิดจากการศึกษาของ Wermer and Smith (1982) ที่เป็นการศึกษาระยะยาวติดตามกลุ่มตัวอย่าง 505 คนที่เกิดในปี 1955 บนเกาะคาวาอิ มลรัฐฮาวาย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยติดตามกลุ่มตัวอย่างจากทารกแรกคลอดจนมีอายุ 40 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ที่แตกต่างกันแม้ว่าจะเติบโตมาจากสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกัน เด็กที่เติบโตมาจากครอบครัวที่ยากจนหรือจากเงื่อนไขที่มีความเคราะห้

ร้าย (เช่น พ่อแม่หย่าร้าง ดิดเหล้า หรือมีปัญหาสุขภาพจิต) พบว่า 2 ใน 3 ของเด็กกลุ่มนี้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีปัญหา ในขณะที่อีก 1 ใน 3 เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสามารถ มีความใส่ใจ จึงเกิดข้อคำถามขึ้นว่าเป็นเพราะอะไร จากการทบทวนของ John and Wiechelt (2004) พบว่าเกิดจากปัจจัยปกป้อง

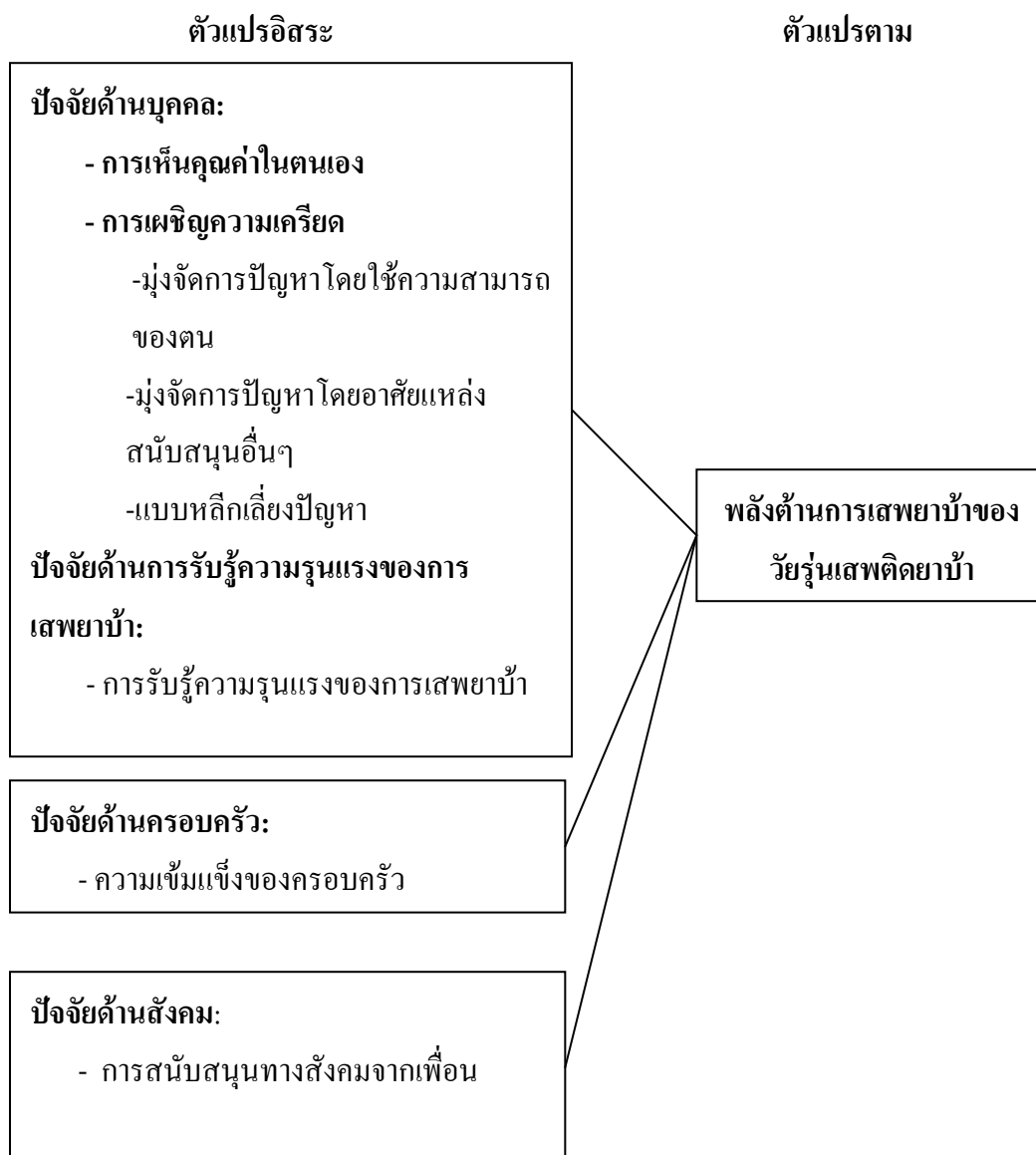
Veselska, Geckova, Orosava, Gajdosova, Dijk and Reijneveld (2009) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤติในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่และกัญชา กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นจำนวน 3,694 คน อายุระหว่าง 13- 16 ปี (อายุเฉลี่ย 14.3 ปี) เครื่องมือที่ใช้วัดได้แก่ แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ของ Rosenberg Self-esteem Scale (RSES) จำนวน 10 ข้อ และใช้แบบวัด Resilience Scale จำนวน 33 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า เด็กชายมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าเด็กหญิงและพบว่าความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤติมีความแตกต่างกันระหว่างเด็กชายกับเด็กหญิง โดยเด็กชายมีค่าคะแนนสูงในด้านการรับรู้ความสามารถของตน มีการรับรู้อนาคต มีการแก้ปัญหาแบบมีโครงสร้าง ในขณะที่เด็กหญิงมีค่าคะแนนสูงกว่าในด้านความสามารถในสังคม ครอบครัวมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และการใช้แหล่งประโยชน์จากสังคม พบว่า เด็กชายมีพฤติกรรมเสี่ยง คือ สูบบุหรี่และกัญชาสูงกว่าเด็กหญิง ค่าคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤติ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า เด็กชายมีค่าคะแนนความรู้สึกคุณค่าในตนเองสูง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อย แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรนี้ในเด็กหญิง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการเสพกัญชาพบว่า ทั้งในเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชาย ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤติ และพฤติกรรมการใช้กัญชามีความสัมพันธ์ที่แปรผกผันกัน โดยเด็กที่มีแบบแผนในชีวิต (Structure Style) มีความผูกพันกับครอบครัวจะมีพฤติกรรมการเสพกัญชาน้อยและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์กับการเสพกัญชา

Tusaie et al., (2007) ได้ศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยทำนายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี อายุ เพศ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน จำนวนเหตุการณ์ร้ายๆ ที่เข้ามาในชีวิตกับความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤติ (Psychosocial Resilience) โดยใช้กรอบแนวคิดของ Lerner's Model of Developmental Contextualism และทฤษฎีการปรับตัวต่อความเครียดและการเผชิญปัญหาของ Lazarus โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤติ คือ การอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและภายใต้สถานการณ์เสี่ยงสามารถปรับตัวได้ดีกว่าคนทั่วไป กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 624 คน อายุเฉลี่ย 15.8 ปี (อายุระหว่าง 14-19 ปี) เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือ Psychosocial Resilience นำมาจาก Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ชายที่มีอายุน้อย มีเหตุการณ์ร้ายๆ จำนวนน้อย มองโลกในแง่ดีได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าคะแนนความสามารถในการยับยั้งเจริญวิฤติสูง แต่ ผู้ชายที่มีอายุมาก มองโลกในแง่ดี ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและมีเพื่อน ก็มีค่าคะแนนความสามารถในการยับยั้งเจริญวิฤติสูงเช่นกัน แม้จะพบว่าเหตุการณ์ร้ายๆ ในชีวิตจำนวนมาก ปัจจัยที่เป็นตัวทำลายความสามารถในการยับยั้งเจริญวิฤติได้ดีคือ การมองโลกในแง่ดี การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การมองโลกในแง่ดีมีปฏิสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ร้ายๆ ในชีวิตที่มีผลต่อความสามารถในการยับยั้งเจริญวิฤติสูง โดยทำให้ผลกระทบนั้นน้อยลง และระดับภาวะซึมเศร้า จำนวนครั้งของการพยายามทำร้ายตนเอง และการเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการยับยั้งเจริญวิฤติ

Dillon et al., (2007) ได้ทำการศึกษาหลังด้านการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น ด้วยวิธีสำรวจวัยรุ่นที่กระทำความผิดในคดียาเสพติดและคดีทางอาชญากรรมอื่นๆ ที่ OCJS โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 4 วัตถุประสงค์ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการพยากรณ์การเสพยาเสพติด โดยที่มุ่งเน้นเฉพาะปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ 2) ประเมินขอบเขตของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาของวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม 3) การประเมินถึงระดับต่างๆ ของปัจจัย ที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติด 4) ประเมินขอบเขตของปัจจัยที่ไม่ได้เสพยาเสพติด(Resilience to drug)รวมถึงความสามารถในการปฏิเสธการเสพยาเสพติด และการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่น 50 คน รวบรวมมุมมองและประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างของวัยรุ่นที่สามารถใช้พลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug) ผลการศึกษาโดยใช้ logistic regression model พบว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กัน โดยที่ตัวแปรพฤติกรรมและตัวแปรทัศนคติเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดมากขึ้น โดยที่ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นที่มีอายุ 10-16 ปี พบปัจจัยเสี่ยงหลายตัวแปร เช่น ทัศนคติของพ่อแม่ในครอบครัวไม่ดี การมีการกระทำผิดกฎของโรงเรียน คบเพื่อนที่มีปัญหา การไม่ได้รับการช่วยเหลือจากทางโรงเรียน เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อย และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม วัยรุ่นที่มีอายุ 17 – 21 ปี พบว่ามีลักษณะคล้ายกัน โดยเพิ่มในเรื่องของการถูกเพื่อนชวนและการที่วัยรุ่นไม่มีกลุ่มอยู่หรือเข้ากับเพื่อนไม่ได้ ส่วนผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า 1) การอยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการเสพยาส่งผลต่อการเสพยาของวัยรุ่น 2) ทัศนคติและมุมมองของวัยรุ่นที่มุ่งถึงเรื่องการเสพยาเสพติดที่ผิดกฎหมายโดยตรง 3) การใช้เหตุผลและมีกลยุทธ์ในการที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำมาปรับปรุงและแก้ไขได้

6. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับหลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ วัยรุ่นชายที่มีอายุระหว่าง 12-21 ปี ซึ่งถูกดำเนินคดีเสพยาบ้า และถูกส่งตัวมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในระบบบังคับบำบัด ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีทั้งหมด 8 จังหวัดได้แก่ ชลบุรี ระยอง ปราจีนบุรี สระแก้ว นครนายก ฉะเชิงเทรา จันทบุรี และตราด

กลุ่มตัวอย่าง

คือ วัยรุ่นชายอายุ 12- 21 ปี ที่ถูกดำเนินคดีเสพยาบ้าและถูกส่งตัวมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในระบบบังคับบำบัด ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ถูกสุ่มได้ และเป็นผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) คือ $N \geq 10K + 50$ เมื่อ N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง และ K คือ จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา ซึ่งในการศึกษานี้ มีตัวแปรตัวที่นำมาศึกษาจำนวน 8 ตัวแปร ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวน 130 คน [$N = (10 \times 8) + 50$]

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ในการคัดเลือกเข้าการศึกษา (Inclusion Criteria) มีดังต่อไปนี้

1. เป็นวัยรุ่นเพศชาย มีอายุระหว่าง 12-21 ปี
2. เป็นผู้ที่ถูกจับคดีเสพยาบ้า โดยคณะกรรมการคุมประพฤติของแต่ละจังหวัดพิจารณาให้เข้ารับการบำบัดตามระบบบังคับบำบัดที่โรงพยาบาลของภาครัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล
4. ได้รับความเห็นชอบและลงนามอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมในการเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง (กรณีและผู้เข้ารับการบำบัดอายุต่ำกว่า 18 ปี)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกโรงพยาบาลที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างง่ายเพื่อเปิดโอกาสให้หน่วยงานย่อยของประชากรทุกหน่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมีสิทธิ์ได้รับการเลือกเท่าๆ กัน โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มโรงพยาบาลซึ่งมีผู้เสพติดยาบ้าถูกส่งตัวไปรับการบำบัด ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน จากนั้นใช้การจับฉลากแบบไม่แทนที่จากบัญชีรายชื่อโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อสุ่มโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่ม ได้ตัวแทนจากโรงพยาบาลระดับต่างๆ คิดตามสัดส่วนจำนวนโรงพยาบาล ดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง (ดังตารางที่ 1) ทั้งนี้โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งนี้เป็นโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด

2. ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ด้วยจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในแต่ละโรงพยาบาลที่เท่ากัน ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบำบัดรักษายาบ้า จำแนกตามโรงพยาบาลระดับต่างๆ

โรงพยาบาล	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. โรงพยาบาลศูนย์	
- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	20
2. โรงพยาบาลทั่วไป	
- โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา	20
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	20
3. โรงพยาบาลชุมชน	
- โรงพยาบาลวังน้ำเย็น	20
- โรงพยาบาลสนามชัยเขต	20
- โรงพยาบาลบ้านสร้าง	20
- โรงพยาบาลศรีมโหสถ	20
รวม	140

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต่างๆ ที่ถูกสุ่มได้ ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มง่ายจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าในการศึกษาซึ่งมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาลในวันที่ผู้วิจัยเข้าไปดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2555 ถึงวันที่ 10 มิถุนายน 2555 จนได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง ครอบคลุมจำนวน คือ 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 7 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้เลือกตอบ และเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ เศรษฐาบัน้าครั้งแรกเมื่ออายุ ระยะเวลาที่เสพยาบัน้า และการเสพยาบัน้าในปัจจุบัน

2. แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามซึ่งนำมาจากการศึกษาของ เสาวนีย์ สำนวน (2545) ที่ประยุกต์มาจากแบบสอบถามซึ่ง ผ่องศรี ศรีมรกต (2436) แปลมาจากแบบสอบถาม The Rosenberg's Self-Esteem Scale ของ Rosenberg (1965) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ที่ครอบคลุมการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ตลอดเวลา บ่อย นานๆ ครั้ง และไม่เลย โดยแบ่งลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ประเภท คือ ข้อความที่เป็นข้อความทางด้านบวก 5 ข้อ ข้อความที่เป็นข้อความทางด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ในแต่ละข้อกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

คะแนน

ข้อความ	ความหมาย	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ตลอดเวลา	มีความรู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา	4	1
บ่อย	มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย	3	2
นานๆ ครั้ง	มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง	2	3
ไม่เลย	ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย	1	4

คิดค่าคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 10 – 40 คะแนน มีการแปลผลคะแนน โดยคะแนนที่สูง หมายถึง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

คะแนน	ความหมาย
10 – 18.50	น้อย
18.60 – 26.10	ปานกลาง
26.20 – 33.70	มาก
33.80 – 40	มากที่สุด

3. แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ซึ่งวิณา มิ่งเมือง (2541) แปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือ The Adolescent Coping Scale ของ Frydenberg and Lewis (1986) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) และเสาวนีย์ สำนวน (2545) นำมาพัฒนาต่อ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นเสพติดยาบ้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ จำแนกเป็น การเผชิญความเครียด 3 ลักษณะ คือ 1) แบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง จำนวน 17 ข้อ 2) แบบมุ่งจัดการกับปัญหา โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ จำนวน 7 ข้อ และ 3) แบบหลีกเลี่ยงปัญหา จำนวน 16 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง เล็กน้อย และ ไม่เคย ลักษณะของคำถามเป็นข้อความทางด้านบวกทั้งหมด มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มาก	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดของท่านมาก	4
ปานกลาง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดของท่านปานกลาง	3
เล็กน้อย	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดของท่านเล็กน้อย	2
ไม่เคย	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก และความคิดของท่านเลย	1

การคิดคะแนนจะคิดเป็นรายด้าน โดยนำคะแนนของทุกข้อคำถามในแต่ละด้านมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมด้านมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตน อยู่ในช่วง 17 – 68 คะแนน ด้านมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ อยู่ในช่วง 7 – 28 คะแนน ด้านหลีกเลี่ยง

ปัญหา อยู่ในช่วง 16 – 64 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนนนั้น คะแนนสูงหมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านนั้นสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านนั้นต่ำ

1) แบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง จำนวน 17 ข้อ

คะแนน	ความหมาย
17.00 – 29.70	น้อย
29.80 – 42.50	ปานกลาง
42.60 – 55.30	มาก
55.40 – 68.0	มากที่สุด

2) แบบมุ่งจัดการกับปัญหา โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ จำนวน 7 ข้อ

คะแนน	ความหมาย
10 – 15.25	น้อย
15.26 – 20.51	ปานกลาง
20.52 – 25.77	มาก
25.78 – 30.0	มากที่สุด

3) แบบหลีกเลี่ยงปัญหา จำนวน 16 ข้อ

คะแนน	ความหมาย
16.00 – 28.00	น้อย
28.01 – 44.02	ปานกลาง
44.03 – 56.03	มาก
56.04 – 68.03	มากที่สุด

4. แบบสอบถามดัชนีวัดความรุนแรงของการใช้แอมเฟตามีน (ยาบ้า) (Addiction

scale) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันจิตวิทยาวิจัย เป็นแบบเลือกคำตอบให้ตรงกันความเป็นจริงมากที่สุด มีทั้งหมด 18 ข้อ ตัวเลือกทั้งหมด 4 ตัวเลือก ในแต่ละตัวเลือกมีการให้ระดับคะแนนที่แตกต่างกันเริ่มตั้งแต่ 0 – 8 คะแนน โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

คะแนน	ระดับความรุนแรง	ความหมาย
น้อยกว่า 12 คะแนน	ระยะเริ่มต้นของการเสพยา (Introductory phase)	เป็นระยะที่แม้ว่าผู้เสพยาจะใช้สารแอมเฟตามีนเพื่องานสังคม แต่ก็มีโอกาสเพิ่มการเสพยาเสพติดได้ หากผู้เสพยาเสพติดมี

ความเครียดในชีวิตเพิ่มมากขึ้น หรือ หาก
ผู้เสพยาเสพติดหายได้มากขึ้น

13 – 35 คะแนน ระยะยังคงเสพยา (Maintenance phase) นั่นคือ เกิดผลกระทบจากสาร
แอมเฟตามีนต่อการดำเนินชีวิตของผู้เสพยา โดยผู้เสพยาแอมเฟตามีนจะยังคง
ใช้สารนี้เรื่อยๆ จนกลายเป็นปัญหาต่อไป
ซึ่งผู้เสพยาจะต้องให้ผู้บำบัดระดับ
วิชาชีพประเมินการใช้ยาและปัญหาที่
เกิดขึ้น

36 – 55 คะแนน ระยะหมกมุ่นกับการเสพยา (Disenchantment phase) นั่นคือ การใช้แอมเฟตา
มีนในทางที่ผิดจะเป็นปัญหารุนแรง
สำหรับผู้เสพยาและคุณมีความ
ต้องการที่จะหาทางไปเอายาเสพติดให้

56 – 100 คะแนน ระยะวิกฤต (Disaster phase) ผู้เสพยาเสพติดมีความยากลำบากในการ
ควบคุมชีวิตตัวเอง ชีวิตนี้ผู้เสพยาเสพติด
จะอยู่โดยปราศจากแอมเฟตามีนไม่ได้ ผู้
เสพยาเสพติดต้องขอรับความช่วยเหลือ
จากผู้บำบัดโดยด่วนที่สุด

5. แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบวัด
ครอบครัววัดความเข้มแข็งของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่ง Penpaktr Uthis (1999) ได้แปลมา
จาก the Family Hardiness Index ของ McCubbin and Thompson (1986) ด้วยวิธี Back translation
ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการประเมินความเข้มแข็งของครอบครัว 3 ด้าน
คือ 1) ด้านความมุ่งมั่นผูกพัน (commitment) 2) ด้านความมีอำนาจควบคุม (control) และ 3) ด้าน
ความท้าทาย (challenge) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 1- 6 มีการกำหนดให้
ผู้ตอบเลือกได้เพียง 1 คำตอบในแต่ละข้อ แบ่งลักษณะคำถามเป็น 2 ประเภท คือคำถามที่เป็น
ข้อความทางบวก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4,5,6,7,8,9,12,16,18,20 และ ข้อคำถามด้านลบ
(ข้อความที่สอดคล้องในทางตรงกันข้ามกับแนวคิด) จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ
1,2,3,10,11,13,14,15,17,19 โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

		คะแนน	
ความคิดเห็น	ความหมาย	ข้อมูลด้านบวก	ข้อมูลด้านลบ
จริงมากที่สุด	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด	6	1
จริงมาก	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมาก	5	2
จริงปานกลาง	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านปานกลาง	4	3
จริงน้อย	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านน้อย	3	4
จริงน้อยที่สุด	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด	2	5
ไม่จริงเลย	ไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่าน	1	6

การคิดคะแนน คิดโดยรวมและรายด้าน แล้วหาค่าเฉลี่ยโดยการหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด หรือในแต่ละด้าน แล้วจัดระดับคะแนนเฉลี่ยจากคะแนนน้อยที่สุด ไปมากที่สุด โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 6 ช่วง ให้สอดคล้องกับมาตรวัด 6 ระดับ ของเครื่องมือ และมีการแปลผลระดับคะแนนความเข้มแข็งของครอบครัว ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
105 - 125	มีความเข้มแข็งของครอบครัวมากที่สุด
84 - 104	มีความเข้มแข็งของครอบครัวค่อนข้างมาก
63 - 83	มีความเข้มแข็งของครอบครัวปานกลาง
41 - 62	มีความเข้มแข็งของครอบครัวน้อย
21 - 41	มีความเข้มแข็งของครอบครัวค่อนข้างน้อย
0.0 - 20	มีความเข้มแข็งของครอบครัวน้อยที่สุด

เครื่องมือชุดนี้ได้รับการประเมินคุณภาพจากการศึกษาข้างต้น พบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือทั้งฉบับ เท่ากับ .70

6. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่

เสพติดยาบ้า เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของเพื่อนของวัยรุ่นที่ติดเฮโรอีน ซึ่งสร้างโดย ช่อกิ่ง ชูครุฑ (2540) จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Schaefer et al. (1985) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ซึ่งจะครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ และ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว ดังนี้

ความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน
มากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าทุกประการ	4
มาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้ามากกว่าครึ่งหนึ่ง	3
ปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเพียงครึ่งหนึ่ง	2
น้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง	1
ไม่เลย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเลย	0

คิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ยโดยการหารด้วยจำนวนข้อ การแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน โดยรวมและรายด้าน โดยประเมินค่าเฉลี่ยกับระดับที่คำนวณได้ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
48.04-60.04	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมากที่สุด
36.03-48.03	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมาก
24.02-36.02	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนปานกลาง
12.01-24.01	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนน้อย
0.0- 12.00	ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนเลย

7. แบบสอบถามพลังด้านการเสพยาบ้า จำนวน 30 ข้อเป็นเครื่องมือซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้มีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

7.1 ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า รวมถึงประสบการณ์ในการสัมภาษณ์วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการรักษาในขณะปฏิบัติงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่

7.2 จัดทำโครงร่างแบบสอบถาม (blue print) เพื่อให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมคำจำกัดความของตัวแปรกับพลังด้านการเสพยาเสพติด โดยมีกำหนดจำนวนสัดส่วนของข้อคำถาม ให้ครอบคลุมทั้งประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ศึกษา

7.3 สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมพลังด้านการเสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษา โดยผู้วิจัยนำผลการศึกษาของ Dillon et al. (2007) จากคำจำกัดความคือ ที่

ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการของวัยรุ่น ได้แก่ 1) การที่วัยรุ่นมีโอกาสเข้าถึงยาเสพติด หรือ มีปัจจัยหลายๆ ด้านที่เอื้อต่อการเสพยาเสพติด (ยาบ้า) แต่วัยรุ่นตัดสินใจเลือกที่จะไม่เสพ นำมาสร้างคำถามจำนวน 10 ข้อ 2) การที่วัยรุ่นใช้เหตุผลหลายๆ อย่างเข้าร่วมในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาบ้า นำมาสร้างคำถามจำนวน 10 ข้อ คือข้อที่ 11 – ข้อ 20 3) การที่วัยรุ่นใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ในการวางแผนหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะของตนเองในการป้องกันและปฏิเสธการเสพยาบ้า นำมาสร้างคำถามจำนวน 10 ข้อ คือ ตั้งแต่ข้อ 21 – ข้อ 30 รวมทั้งหมด 30 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็น มาตรฐานประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ลักษณะของข้อคำถามเป็นทางบวกทางเดียว

มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์ประเมินความคิดเห็นดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าทุกประการ	5
มาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้ามากกว่าครั้งหนึ่ง	4
ปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเพียงครั้งหนึ่ง	3
น้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ่าน้อยกว่าครั้งหนึ่ง	2
ไม่เลย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเลย	1

การแปลผลคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าโดยรวม ประเมินค่าเฉลี่ยกับระดับที่คำนวณได้ ดังนี้

การหาค่าคะแนนได้จากการพิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาคำนวณ และแบ่งเป็น 5 ช่วง แล้วนำมาแปลผล ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

คะแนน	ความหมาย
96.40 - 120	พลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นระดับมากที่สุด
72.30 - 96.30	พลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นระดับมาก
48.20 – 72.20	พลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นระดับปานกลาง
24.10 – 48.10	พลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นระดับน้อย

0.0 – 24.00

พลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุด ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา และการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้มีผลงานวิจัยหรือให้การบำบัดด้านสารเสพติด จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านการพยาบาลสารเสพติด จำนวน 2 ท่าน พยาบาลชำนาญการผู้มีผลงานวิจัยด้านสารเสพติด จำนวน 3 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก)

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 ดังนี้ คือ

คะแนน	ความหมาย
1	คำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
2	คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย
3	คำถามในข้อนั้นๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม
4	คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก

การคำนวณหาค่าความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 ท่าน มาคำนวณ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน และสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป คำนวณจากสูตร ดังนี้ และมีค่า CVI ของเครื่องมือแต่ละชุด ดังตารางที่ 2

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ตารางที่ 2 แสดงค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่า CVI
1. แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง	0.93
2. แบบสอบถามการเผชิญความเครียด	1.00
3. แบบสอบถามดัชนีวัดความรุนแรงของการใช้แอมเฟตามีน (ยาบ้า) (Addiction scale) ของสถาบันจิตเวชศาสตร์	0.85
4. แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว	0.95
5. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า	1.00
6. แบบวัดพลังด้านการเสพยาบ้า	0.85

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือ มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และกระชับโดยพิจารณาร่วมกับโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละตัวแปร เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามด้านความเหมาะสมของภาษาจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 7, 8, 10, 12, 15, 20 และ 21

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมกับข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยสร้างแบบสอบถามใหม่ที่มีความกระชับและชัดเจนมากขึ้น เพื่อให้โครงสร้างเนื้อหาแบบสอบถามยังคงอยู่ครบถ้วนและมีความครอบคลุมตามคำจัดความจนได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จากนั้นอาจารย์ที่ปรึกษาจึงอนุญาตให้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง ที่สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลจริงและเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแต่ละชุด ในการทดลองใช้กับการเก็บรวบรวมในกลุ่มตัวอย่างจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุดจากการทดลองใช้ และการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ตั้งแต่ .80 ขึ้นไป

ซึ่งถือว่าเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีความเที่ยงในระดับที่น่าเชื่อถือได้ (ประคอง วรรณสุต, 2542) ดังรายละเอียดที่นำเสนอไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเมื่อนำไปทดลองใช้

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง	
	ฉบับทดสอบ (n = 30)	ฉบับจริง (N = 140)
1. แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง	.88	.80
2. แบบสอบถามการเผชิญความเครียด	.91	.88
3. แบบสอบถามดัชนีวัดความรุนแรงของการใช้แอมเฟตามีน (ยาบ้า) (Addiction scale) ของสถาบันจิตเวชศาสตร์	.93	.86
4. แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว	.83	.85
5. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า	.93	.88
6. แบบวัดพลังด้านการเสพยาบ้า	.83	.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งหนังสือจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 7 โรงพยาบาล (ตามตารางที่ 1) ติดต่อขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกวัน ตามกำหนดที่นัดหมายกับหัวหน้าหน่วยงานและตรงกับวันที่ผู้วิจัยได้นัดหมายไว้ในแผนกที่รับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้เสพติดยาบ้า

2.1 เมื่อผู้เสพยาบ้าเข้าได้พบกับพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยจะขออนุญาตตรวจสอบคุณสมบัติว่าตรงตามกับคุณสมบัติของงานวิจัยครั้งนี้หรือไม่

2.2 ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยได้รวบรวมข้อมูลบางส่วน ก่อนพบผู้ป่วยจากเอกสารทางราชการ ได้แก่ ทะเบียนประวัติผู้ป่วย เอกสารการตรวจร่างกายของแพทย์ เอกสารการซักประวัติของพยาบาล

2.3 ผู้วิจัยได้ขอพบวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ภายหลังจากพบพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง ถ้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามและประโยชน์ของการทำงานวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับและหรือตอบปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ว่าไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อไป กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การให้บริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุล ที่แท้จริง และหากในระหว่างตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งผู้วิจัยได้แสดงบุคลิกภาพที่เป็นมิตรด้วยการยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงความจริงใจและใช้ทักษะที่แสดงถึงความเอาใจใส่และให้ความสำคัญโดยการจำชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่างให้แม่นยำ ไม่พูดตำหนิติเตียน ไม่ถือสาในพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างแสดงออก และกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อมีการกระทำที่ดี

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง พร้อมให้ลงชื่อในใบยินยอม หากกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองก่อนและลงชื่อในแบบสอบถามให้เรียบร้อย ผู้ตอบแบบสอบถามใช้เวลาในการตอบคนละประมาณ 45 นาที

ภายหลังเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2555 ถึงวันที่ 10 มิถุนายน 2555 ในวันและเวลาปฏิบัติราชการยกเว้นในวันหยุดราชการ กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจำนวน 143 ฉบับ แต่เป็นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามสมมติฐานได้ 140 ฉบับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพุทธโสธรแล้ว ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงการพยาบาลในอนาคต นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ข้อมูลว่า ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา จะสามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ได้รับ นอกจากนี้ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ ถือเป็นความลับและจะเป็นการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เสพยาบ้า นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ และ ร้อยละ

2. การศึกษาค่าคะแนน แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า แบบประเมินการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด

3. วิเคราะห์ค่า ความสัมพันธ์ของตัวแปร แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า แบบประเมินการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเปรียบเทียบค่า r โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

(อวยพร เรื่องตระกูล, 2551)

เมื่อ r มีค่า $\pm .80 - 1.00$ แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูงมาก

เมื่อ r มีค่า $\pm .60 - .79$ แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูง

เมื่อ r มีค่า $\pm .40 - .59$ แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

เมื่อ r มีค่า $\pm .20 - .39$ แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่ำ

เมื่อ r มีค่า $\pm 00 - .19$ แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้าในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นกลุ่มนี้ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้าในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลรัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 คน ซึ่งเป็นวัยรุ่นชายอายุระหว่าง 12 – 21 ปี ที่ต้องคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 7 แห่งที่ถูกสุ่มเลือกได้ ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ในเรื่องของ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ อายุเมื่อเสพยาครั้งแรกและระยะเวลาที่เสพยาบ้า

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพลังด้านการเสพยาบ้า การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียดการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

\bar{X}	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
r	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

n หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
p หมายถึง ระดับความมีนัยสำคัญ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ในเรื่องของ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ อายุเมื่อ
เสพยาครั้งแรกและระยะเวลาที่เสพยาบ้า

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อายุ รายได้ต่อเดือน อายุเมื่อเสพ
ยาบ้าครั้งแรก และ ระยะเวลาที่เสพยาบ้า ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 140)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Min	Max	\bar{X}	S.D.
อายุ			14	21	19.12	1.85
14 - 18 ปี	46	32.90				
19 - 21 ปี	94	67.10				
รายได้ต่อเดือน			0	7,000	2,667.85*	1642.08
ไม่มีรายได้	28	20.00				
1,500 - 3,000 บาท	58	41.4				
3,001 - 5,000 บาท	51	36.4				
5,001 - 7,000 บาท	3	2.1				
อายุเมื่อเสพยาบ้าครั้งแรก			14	21	17.33	1.76
14 - 18 ปี	100	71.40				
19 - 21 ปี	40	28.60				
ระยะเวลาที่เสพยาบ้า			1	7	2.42	1.77
1 - 3 ปี	107	76.40				
4 - 7 ปี	33	23.60				

* Median = 3,000

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้ามีอายุอยู่ในช่วง 14-21 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 19 - 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.10 และมีอายุเฉลี่ย 19.12 ปี (S.D. = 1.85) และส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,500 - 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.4 โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3,000 บาท เมื่อพิจารณาประวัติเกี่ยวกับการเสพยาบ้า พบว่าส่วนใหญ่เริ่มเสพครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 14 - 18 ปี ร้อยละ 71.40 และมีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มเสพครั้งแรก 17.33 ปี (S.D. = 1.76) สำหรับระยะเวลาที่เสพ

ยาบ้า นั้น พบว่าพบว่าส่วนใหญ่เสพยาบ้ามานานาน 1 - 3 ปี ร้อยละ 76.40 โดยมีระยะเวลาเสพยาบ้าเฉลี่ย 2.42 ปี (S.D. = 1.77)

ตารางที่ 5 จำนวน และ ร้อยละ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุดและอาชีพ ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียง (n = 140)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	107	76.40
คู่	27	19.30
แยกกันอยู่/หย่า/ร้าง	6	4.30
การศึกษา		
ประถมศึกษา	44	31.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	61	43.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	9.30
ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา	22	15.70
อาชีพ		
ว่างงาน	16	11.40
รับจ้าง	78	55.70
เกษตรกรกรรม	28	20.00
กำลังศึกษา	3	2.10

จากตารางที่ 5 พบว่า วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 76.40) มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 43.60) และประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 55.70)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพลังด้านการเสพยาบ้า การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียง

ตารางที่ 6 ความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียง

พลังด้านการเสพยาบ้า	เกณฑ์ (คะแนนเฉลี่ย)	ความถี่ (คน)	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.
ระดับสูงมากที่สุด	96.40 - 120	0	0.00		
ระดับสูงมาก	72.30 - 96.30	7	5.00		
ระดับปานกลาง	48.20 - 72.20	54	38.60		
ระดับน้อย	24.10 - 48.10	71	50.70		
ระดับน้อยที่สุด	0.0 - 24.00	8	5.70		
รวม		140	100	24.30	.68

จากตารางที่ 6 พบว่าวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน มีคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าโดยรวม 24.30 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับน้อย และเมื่อพิจารณาจำแนกคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าตามเกณฑ์การแบ่งระดับ พบว่าส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 50.70 มีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าอยู่ในระดับน้อย รองลงมาคือมีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก คิดเป็น ร้อยละ 38.60 และร้อยละ 5 ตามลำดับ โดยในการศึกษาครั้งนี้พลังด้านการเสพยาบ้าของกลุ่มตัวอย่างไม่พบคะแนนในระดับสูงมากที่สุด

ตารางที่ 7 คະแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการเผชิญความเครียดและการเห็นคุณค่าในตนเอง ครรชณีความรุนแรงของการใช้สารแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ความเข้มแข็งในครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า พลังด้านการเสพยาบ้าตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียง

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การเห็นคุณค่าในตนเอง	30.17	.36	มาก
การเผชิญความเครียด			
- ใช้ความสามารถของตนเอง	53.55	.72	มาก
- ใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ	18.27	.40	ปานกลาง
- หลีกเลียงปัญหา	35.62	.69	ปานกลาง
ความรุนแรงของการใช้สาร			
แอมเฟตามีน (ยาบ้า)	26	8.60	น้อย
ความเข้มแข็งในครอบครัว	73.69	.49	ปานกลาง
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม			
จากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่น			
ที่เสพติดยาบ้า	32.48	11.38	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า พบว่าวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.17 (S.D. = .36) อยู่ในระดับมาก การเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 53.55 (S.D. = .72) อยู่ในระดับมาก ส่วนการเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.27 (S.D. = .40) อยู่ในระดับปานกลาง และการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลียงปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.62 (S.D. = .69) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรุนแรงของการเสพสารแอมเฟตามีน (ยาบ้า) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26 (S.D. = 8.60) อยู่ในระดับน้อย ส่วนความเข้มแข็งในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.69 (S.D. = .49) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.48 (S.D. = 11.38) อยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพติด ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน กับพลังด้านการเสพติดของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียง

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพติด ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพลังด้านการเสพติดของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียง

ตัวแปร	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.195	.021	ต่ำมาก
การเผชิญความเครียด			
- ใช้ความสามารถของตนเอง	.541	.000	ปานกลาง
- ใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ	.367	.000	ต่ำ
- หลีกเลี่ยงปัญหา	.246	.003	ต่ำ
ตรวจวัดความรุนแรงของ			
การใช้สารแอมเฟตามีน (ยาบ้า)	-.017	.845	ต่ำมาก
ความเข้มแข็งในครอบครัว	.129	.130	ต่ำมาก
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.309	.000	ต่ำ

จากตารางที่ 8 พบว่าการเผชิญความเครียดทั้ง 3 วิธี คือ การใช้ความสามารถของตนเอง การใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ และ การหลีกเลี่ยงปัญหา มีความสัมพันธ์กันทางบวกกับพลังด้านการเสพติดของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลรัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .541, .367, .246$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง และ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ก็มี ความสัมพันธ์กันทางบวกกับพลังด้านการเสพติดของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นกัน ($r = .195$ และ $.309$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยอื่นที่เหลือ คือ ตรวจวัดความรุนแรงของการ ใช้สารแอมเฟตามีน (ยาบ้า) และ ความเข้มแข็งของครอบครัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังด้าน การเสพติดของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Correlation Research) มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้าในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพลังด้านการเสพยาบ้า ของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สมมติฐานของการวิจัย

1. การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น
2. การเผชิญความเครียด
 - 2.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น
 - 2.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น
 - 2.3 การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น
4. ความเข้มแข็งของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น
5. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นเสพยาบ้าที่มีอายุ 12 – 21 ปี ที่เข้ารับการบำบัดยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ วัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่มารับบริการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2555 ถึงวันที่ 10 มิถุนายน 2555 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณได้จากสูตร Thorndike (1978)

สูตร $N \geq 10k + 50$ (ในเมื่อ $N =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, $k =$ จำนวนตัวแปรทั้งหมด) เพราะฉะนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ($N \geq (10 \times 8) + 50 = 130$ คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังนี้

2.1 เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าที่มีอายุ 12 – 21 ปี

2.2 เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพติดยาเสพติดยาบ้าระบบบังคับ

บำบัด

2.3 เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.4 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถติดต่อสื่อสารรู้เรื่อง

2.5 สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

2.6 วัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ทุกราย ต้องได้รับการอนุญาตและเห็นยินยอมให้เข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครอง

2.7 เป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 7 ส่วนประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามที่เกี่ยวกับ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ อายุเมื่อเริ่มใช้ยาบ้า ระยะเวลาในการใช้ยาบ้าและการใช้ยาบ้าในปัจจุบัน

2. แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถาม ของเสาวนีย์ สำนวน (2545) ซึ่งนำสอบถามของฝ่องศรี ศรีมรกต (2436) ที่

แปลมาจากแนวคิดที่ของ Rosenberg (1965) คำถามเป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับ ความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ตลอดเวลา บ่อย นานๆ ครั้ง ไม่เลย โดยแบ่งลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ประเภท คือ ข้อความที่เป็นข้อความทางด้านบวก 5 ข้อ ข้อความที่เป็นข้อความทางด้านลบ จำนวน 5 ข้อ มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ

3. แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ใช้แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ที่เสาวนีย์ ล้านวน (2545) แปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือ The Adolescent Coping Scale ของ Erica Frydenberg and Ramon Lewis (1986) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) และวีณา มิ่งเมือง (2540) นำมาพัฒนาต่อ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นเสพติดยาบ้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ จำแนกเป็น การเผชิญความเครียด 3 ลักษณะ คือ 1) แบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง จำนวน 17 ข้อ 2) แบบมุ่งจัดการกับปัญหา โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ จำนวน 7 ข้อ และ 3) แบบหลีกเลี่ยงปัญหา จำนวน 16 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เคย

4. แบบสอบถามดัชนีวัดความรุนแรงของการใช้แอมเฟตามีน (ยาบ้า) (Addiction scale) ของสถาบันรัฐญารักษ์ เป็นแบบเลือกคำตอบให้ตรงกันความเป็นจริงมากที่สุด มีทั้งหมด 18 ข้อตัวเลือกทั้งหมด 4 ตัวเลือก ในแต่ละตัวเลือกมีการให้ระดับคะแนนที่แตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่ 0 – 8 คะแนน โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็น

5. แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ Penpaktr Uthis (1999) ได้แปลมาจากดรรชนีชี้วัด Family Hardiness Index ของ McCubin and Thompson (1986) เพื่อนำมาใช้วัดความเข้มแข็งของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ข้อคำถามให้ครอบคลุมการประเมินความเข้มแข็ง 3 ด้าน คือ 1) ด้านความมุ่งมั่นผูกพัน (commitment) 2) ความมีอำนาจควบคุม (control) และ 3) ความท้าทาย (challenge) ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาของความเข้มแข็งของครอบครัว ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 1-6 ซึ่งลักษณะคำตอบจะแตกต่างกันได้แก่ 1) จริงมากที่สุด 2) จริงมาก 3) จริงปานกลาง 4) จริงน้อย 5) จริงน้อยที่สุด 6) ไม่จริงเลย โดยแบ่งลักษณะคำถามเป็น 2 ประเภท คือคำถามที่เป็นข้อความทางบวก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ (ข้อความที่สอดคล้องในทางตรงกันข้ามกับแนวคิด) จำนวน 10 ข้อ มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือก 1 คำตอบค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .70 เป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมองค์ประกอบด้านความมุ่งมั่นผูกพัน (commitment) ความมีอำนาจควบคุม (control) และความท้าทาย (challenge) เป็นคำถามที่มีความหมายด้านบวก 10 ข้อ

ได้แก่ 4,5,6,7,8,9,12,16,18,20 และเป็นข้อคำถามด้านลบ 10 ข้อ ได้แก่ 1,2,3,10,11,13,14,15,17,19 โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็น

6. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ที่ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของเพื่อนของวัยรุ่นที่ติดเฮโรอีน ซึ่งสร้างโดย ช่อกิ่ง ชูครุฑ (2545) สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Schaefer et al. (1985) ซึ่งจะครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน 3 ด้าน จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อที่ 1 – 6 การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการข้อที่ 7–10 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารข้อที่ 11 – 15 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ

7. แบบวัดพลังด้านการเสพยาบ้า ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาของ Dillon et al. (2007) โดยผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ร่วมกับการศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30 ข้อ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน หาความเที่ยงแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามดัชนีวัดความรุนแรงของการใช้แอมเฟตามีน (ยาบ้า) (Addiction scale) แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าและแบบวัดพลังด้านการเสพยาบ้า เท่ากับ .72, .91, .72, .93, .94, และ .94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกวันและ มีผู้ช่วยวิจัยบางวัน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามทั้งหมด 140 ฉบับ เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 140 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามที่สัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ในการคำนวณหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 140 คน วัยรุ่นมีอายุ 12 – 21 ปี ส่วนใหญ่อายุ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.00 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 19.12 ปี (S.D. = 1.85) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษา

ตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 43.60 สถานภาพทางสมรส ส่วนใหญ่เป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 76.40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 55.70 รายได้ส่วนใหญ่ ได้รับ 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 21.40 เสพยาบ้าครั้งแรกส่วนใหญ่อายุ 17 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.10 และระยะเวลาที่ใช้ยาบ้าส่วนใหญ่ใช้ยาค่ากว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.60

2. วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.17 (S.D. =.36) อยู่ในระดับมาก

3. วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 53.55 (S.D. = .72) อยู่ในระดับมาก ส่วนการเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.27 (S.D. = .40) อยู่ในระดับปานกลาง และการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.62 (S.D. = .69) อยู่ในระดับปานกลาง

4. วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความรุนแรงของการใช้สารแอมเฟตามีน (ยาบ้า) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.0 (S.D. = 8.60) นั่นคือ เกิดผลกระทบจากสารแอมเฟตามีนต่อการดำเนินชีวิตของผู้เสพยา โดยผู้เสพสารแอมเฟตามีนจะยังคงใช้สารนี้เรื่อยๆ จนกลายเป็นปัญหาต่อไป ซึ่งผู้เสพติดยาจะต้องให้ผู้บำบัดระดับวิชาชีพประเมินการใช้ยาและปัญหาที่เกิดขึ้น

5. วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความเข้มแข็งในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.69 (S.D.= .49) อยู่ในระดับปานกลาง

6. วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ด้านอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.48 (S.D. = 11.38) อยู่ในระดับปานกลาง

7. วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าโดยเฉลี่ย 24.30 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ระดับน้อย เมื่อพิจารณาจำแนกตามระดับพบว่าร้อยละ 50.70 มีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 38.60 อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าอยู่ในระดับน้อยที่สุดร้อยละ 5.70 และร้อยละ 5.0 มีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าอยู่ในระดับสูงมาก

8. ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทาง

สังคมจากเพื่อนกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ ดังนี้

8.1 การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .195$)

8.2 การเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง การเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ และการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา มีความสัมพันธ์กันทางบวกกับพลังด้านการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .541, .367, .246$ ตามลำดับ)

8.3 ทัศนคติความรุนแรงของการเสพยาบ้า (ยาบ้า) และความเข้มแข็งของครอบครัวกับพลังด้านการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .131$)

8.4 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของและบริการและด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับพลังด้านการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .309$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ อายุการเสพยาบ้าครั้งแรก ระยะเวลาที่เสพยาบ้าและการเสพยาบ้าในปัจจุบัน การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด ความรุนแรงของการใช้แอมเฟตามีน (ยาบ้า) (Addiction scale) ความเข้มแข็งของครอบครัว รับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าและพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ ผู้วิจัยจะขออภิปรายในประเด็นสำคัญๆ ดังนี้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพลังด้านการเสพติดยาบ้าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.57) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องมาจากวัยรุ่นเสพติดยาบ้าส่วนใหญ่ที่มารับบริการได้ผ่านกระบวนการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพไปสักระยะเวลาหนึ่งแล้ว ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในเรื่องต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้สามารถปรับสภาพการบำบัดได้ อีกทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิด

ความรู้สึกมีความหวัง ความพึงพอใจ ความมีชีวิตชีวา ความกระตือรือร้นและเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นระยะของการบำบัดรักษาได้จนประสบความสำเร็จ สามารถเริ่มต้นชีวิตใหม่ได้ ซึ่งจะช่วยให้อาจสามารถเผชิญสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (นัยนา อินธิโชติ, 2545) จนมีพลังด้านการเสพยาบ้าอยู่ในระดับปานกลางได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jessor and Jessor (1978) ได้อธิบายว่าพลังด้านการเสพยาเสพติดเป็นความสามารถที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามประสบการณ์และสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งเป็นความสามารถในการดำเนินการ ไม่ได้เป็นคุณสมบัติที่ถาวร ซึ่งอาจขึ้นลงได้ตามความสามารถ

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด แบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตน แบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ และการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะขออภิปรายตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากผลการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าที่เสพยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .194$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้เนื่องจากหากวัยรุ่นเสพยาบ้าที่รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญจนสามารถประสบความสำเร็จจะเป็นคนที่มีความสุขใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพไม่จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดจึงทำให้เกิดพลังด้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้นด้วย และจากการศึกษาของอาภาศิริ สุวรรณานนท์ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดพบว่าวัยรุ่นมีทั้งคนที่มีนิสัยร่าเริง แจ่มใส คือ ขี้บ่นขี้ใจ เรียกร้องความสนใจเพราะเอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง ส่วนอารมณ์บางคนอารมณ์ร้อน บางคนอารมณ์ดี บ้างอ่อนไหว ส่วนบุคลิกภาพมีทั้งเงียบขรึม ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง

สมมุติฐานที่ 2 การเผชิญความเครียดของวัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าที่เสพยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สมมติฐานที่ 2.1, 2.2 และ 2.3 การเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง การเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ และการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .54, .359, .244$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เนื่องมาจากวัยรุ่นที่เข้ามารับการบำบัดรักษาได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข้อมูลความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ อีกทั้งกลุ่มกิจกรรมต่างๆ เช่น กลุ่มครอบครัวบำบัด เพื่อเป็นการฝึกให้วัยรุ่นใช้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นขณะรับการบำบัดหรือวัยรุ่นใช้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นขณะรับการบำบัด หรือ การที่วัยรุ่นเสพติดยาบ้าได้มีการใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น การขอความช่วยเหลือในด้านข้อมูล ขอคำแนะนำปรึกษาจากผู้ให้การบำบัด แพทย์ พยาบาล และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งการมีแหล่งทรัพยากรด้านวัตถุ เช่น ทรัพย์สิน เงินทอง หรือสิ่งของต่างๆ ก็สามารถใช้ในการจัดการกับปัญหาได้อีกวิธีหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา อินธิโชติ (2545) พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสาธารณสุขจะเป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ส่งเสริมให้เยาวชนมีพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมจำทำให้วัยรุ่นทราบแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ไม่รู้สึกถูกละทิ้ง ทำให้เกิดกำลังใจในการบำบัดรักษาอย่างจริงจัง เนื่องจากการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหาทั้ง 2 วิธีนี้เปรียบเสมือนการแก้ไขให้สาเหตุของความเครียดลดลงหรือหมดไป ย่อมจะส่งผลให้วัยรุ่นที่มีความเครียด ความวิตกกังวลลดลง บุคคลจึงมีพลังด้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) กล่าวว่า หากบุคคลมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะทำให้สามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีและมีอารมณ์ที่มั่นคงขึ้น

สมมติฐานที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐาน

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Scales, Benson, Leffert and Blyth (1998) พบว่า การรับรู้ระดับความรุนแรงของการเสพยาเกิดขึ้นไม่แน่นอน มีการเปลี่ยนแปลงและมีความเชื่อมโยงที่แตกต่างกันทำให้วัยรุ่นรับรู้และให้ความสำคัญที่แตกต่างกันส่งผลให้เกิดปัจจัยในการปัจจัยการป้องกันที่แตกต่างกันด้วย

สมมติฐานที่ 4 ความเข้มแข็งของครอบครัว ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการบำบัดรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐาน โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Scheier, Newcomb and Skager (1994) พบว่าวัยรุ่นจะมีกลไกในการป้องกันการใช้ยาเสพติดและใช้กลไกการป้องกันที่มีอิทธิพลเพิ่มมากขึ้นในช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Petesen and Leffert (1995) ที่พบว่าวัยรุ่น

มีการพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมจึงเป็นผลดีต่อการไม่เสพยา และจากการศึกษาของ Chassin et al. (1996) ที่ศึกษาครอบครัวที่ผู้ปกครองป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังและภาวะเครียดในครอบครัว พบว่าจะส่งผลต่อการใช้ยาเสพติดในช่วยวัยรุ่นตอนต้นเท่านั้น และจากการศึกษาของ Hope et al. (1999) พบว่าในช่วงวัยรุ่นการมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อนจะเพิ่มขึ้นในขณะที่การมีส่วนร่วมในครอบครัวลดลง

สมมติฐานที่ 5 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าที่เสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานโดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Hope et al. (1999) พบว่าในช่วงวัยรุ่นการมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อนจะเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึงเพื่อนมีความสำคัญมากเกี่ยวกับการเสพสารเสพติดในวัยรุ่นและจากการศึกษาของ Bahr et al, (1995) Swadi (1992) Jenkins (1996) Rowe and Rodger (1991) จากมุมมองที่เน้นความสำคัญด้านสังคมพบว่าเพื่อนมีผลกระทบมากที่สุดไม่วัยรุ่นที่เสพสารเสพติด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้เข้าบำบัดรักษาเสพติดเพื่อผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาได้สำเร็จและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข ดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพลังด้านการเสพติดยาบ้าอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 50.70) ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินการดังกล่าวและควรมีการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้ากับวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาทุกคนและนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการบำบัด จะเห็นได้ว่าหากสามารถพัฒนาวัยรุ่นให้มีพลังด้านการเสพยาบ้าให้มากขึ้นจะส่งผลโดยตรงต่อการไม่เสพยาบ้าของวัยรุ่น ควรนำปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่การบำบัดรักษาวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า เพื่อให้วัยรุ่นสามารถเลิกเสพยาบ้าได้สำเร็จ

2. จากผลการวิจัยพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ดังนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่บำบัดรักษาวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสร้างความตระหนักในการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะการสร้าง ความตระหนักในการเห็นคุณค่าในตนเองตั้งแต่วัยเด็กเพื่อเป็นเกราะป้องกันไม่ให้วัยรุ่นเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดทุกประเภท

3. จากผลการวิจัยพบว่า การเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง การเผชิญความเครียดแบบใช้ความสามารถของตนเอง การเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ

และการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้า พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่บำบัดรักษาวัยรุ่นที่เสพยาบ้าควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้วัยรุ่นได้มีการเผชิญความเครียดต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดปัญหาวัยรุ่นเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด

4. จากผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าที่เสพยาบ้า พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่บำบัดรักษาวัยรุ่นที่เสพยาบ้าควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้วัยรุ่นให้ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนที่ไม่ใช้ยาเสพติดในแง่มุมต่างๆ และเพื่อนจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้วัยรุ่นที่เข้าบำบัดรักษาสามารถเลิกเสพยาได้อย่างเด็ดขาด

ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารและบุคลากรด้านสุขภาพจิต ควรมีการกำหนดนโยบายด้านวิชาการและด้านบริการดูแลที่เหมาะสมให้แก่เข้ารับการบำบัดรักษาเสพยาเสพติด เช่น นำผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาหลักสูตรการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย แก้ปัญหาให้ตรงกับปัญหาที่แท้จริงผู้เข้ารับการบำบัดให้มากที่สุดและนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาได้อย่างเด็ดขาด

2. สนับสนุนการพัฒนากระบวนการดูแลวัยรุ่นให้มีพลังด้านการเสพยาเสพติดตั้งแต่เด็ก เพื่อไม่ให้วัยรุ่นเข้าสู่วงจรการใช้ยาบ้า นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการเข้าสู่วงจรของการใช้ยาเสพติด เช่น บุหรี่ สุราและกัญชา เนื่องจากยาเสพติดดังกล่าวเป็นสารเสพติดเบื้องต้นที่จะนำไปสู่ยาเสพติดตัวอื่น เช่น ยาบ้าหรือยาไอซ์ได้

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในลักษณะของการวิจัยเชิงทดลอง โดยนำปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นและเปรียบเทียบผลการวิจัยระหว่างวัยรุ่นที่ได้รับ โปรแกรมกับการบำบัดรักษาวัยรุ่นตามปกติ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรวิกา บุญสะอาด และปราณี ศิริภูธร. เงื่อนไขการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยวัยรุ่นชายที่
ใช้ยาเสพติด. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2544.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. หลักสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2547.
- กุสุมา แสงเดือนฉายและคณะ. การศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราสภาพแวดล้อมทางครอบครัวและ
สังคมผลกระทบต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา. กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
- กฤษฎา ชลวิริยะกุล. รายงานการวิจัยเรื่องทักษะชีวิตกับพฤติกรรมใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นอายุ
12-17ปีในระบบการศึกษานอกโรงเรียนกรุงเทพฯ. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13, 2546.
- จารุวรรณ จินตมงคล. ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญ
ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- จรงค์ อินทร์เสวก. ผลของการให้การศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาตามความเป็นจริงต่อ
การเพิ่มระดับการควบคุมตนเองและการลดการติดสารเสพติดซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- ชนิกรรดา ไทยสังคม. การใช้จิตบำบัดกลุ่มต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ติดสารแอมเฟตา
มิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- ช่อกิ่ง ชูครุฑ. ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษา: ศึกษา
เฉพาะกรณีวัยรุ่นชายในสถานบำบัดเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. (2547). จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด. (พิมพ์ครั้งที่2).
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทิพย์วัลย์ หวังเจริญ. “ปัจจัยส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวไทย”. วารสารสังคมศาสตร์และ
มนุษยศาสตร์, 32 (2) (พฤษภาคม – สิงหาคม 2549): 101-114, 2549.

- ทิพย์วัลย์ หวังเจริญ. รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 21(กรกฎาคม- ธันวาคม 2550): 26-37, 2550.
- ธัญญา น้อยเปียง. การรับรู้ความรุนแรงของผู้เจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา. Substance Use Abuse : ความคิดเห็นต่อแนวคิดในการบำบัดในปัจจุบัน . วารสารจิตวิทยาคลินิก. กรุงเทพฯ, 2549.
- นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (2545). สารเสพติดในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ .
- นิตยา สุมชยาพร. การเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, ปีที่ 17, ฉบับที่ 1, มกราคม-มิถุนายน 2546, หน้า 26-33, 2546.
- นัยนา อินธิโชติ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็งและการปรับตัวของเยาวชนผู้เสพยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- บุญเรือง ไตรเรืองรัตน์. แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดรุนแรง. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2548.
- ปราณีพร บุญเรือง. ผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญาของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าต่อการป้องกันการกลับไปเสพยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, โสภิตา แสงอ่อน, พิสมัย อรทัย, ศรีสุดา วนาลีสิน, ลัดดา แสนสีหา, และขวัญพนมพร ชรรมไทย. ความเข้มแข็งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนไทย. รายงานการวิจัย, 2552.
- พัชรินทร์ อรุณเรือง. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการฟื้นฟูพลังและกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาจิตวิทยาให้คำปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- เพ็ญประภา ปริญญาพล. ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้เหตุการณ์ลบในชีวิตกลวิธีการเผชิญปัญหา กับสุขภาพจิตของนักเรียนมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.

- พงศธร เนตรคม, พิชัย แสงชาญชัยและนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด Textbook of Addiction Psychiatry (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2549.
- ไพฑูริย์ แสงพุ่มและธนระวี นามผลดี. ปกิณกะสาระ เส้นทางชีวิตผู้ติดยาเสพติด กรุงเทพฯ, 2550.
- มานพ คณะโต. โครงการศึกษาสถานการณ์และการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
- รัตนา บรรณาธรรม. รวมพลังแผ่นดินขจัดสิ้นยาเสพติด. วารสารด้านยาเสพติด, 2544.
- รัตนา สายพานิชย์, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, อุไร บุรณพิเชษฐ์, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, อัญชลี จุมพฏจามีกร และ เพียงใจ ทองพวง. เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาตัวด้วยกลุ่มบำบัดรูปแบบ matrix program ในผู้ป่วยติดสุรากับผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 49,1: 3-13, 2549.
- รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
- วันเพ็ญ ใจปทุม. แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพและดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดของสถาบันธัญญรักษ์. การประชุมวิชาการยาเสพติดครั้งที่ 5 ประจำปี 2547 เรื่องระบบติดตามดูแลที่มีประสิทธิภาพเพื่อชีวิตใหม่ที่ดีหลังบำบัด 7-8 กรกฎาคม 2547. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก, 2547.
- วันเพ็ญ ใจปทุมและคณะ. การพัฒนาการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยสุรารูปแบบผู้ป่วยนอกโดยใช้การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy). ปทุมธานี: สถาบันธัญญรักษ์, 2549.
- วิชัย โปษยะจินดาและอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. ผลการศึกษาปัญหาเกี่ยวข้องกับ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อหามาตราการทางเลือกป้องกันแก้ไข. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2544.
- วิโรจน์ วีระชัยและคณะ. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: วัชรอินเตอร์ปริ้นติ้ง, 2544.
- สถาบันธัญญรักษ์ การมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.
- สมิต วัฒนธัญญกรรม. ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมต่อการติดยาและสารเสพติด. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์ ปริ้นติ้ง, 2544.

- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. (2550). ตำราบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: วัชรอินเตอร์ ปริ้นติ้ง.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. คู่มือการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลหลังการ รักษาสำหรับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2546.
- สิริอร วิชาวุธ และคณะ. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.
- สมจิต วงป่า, สำเนา มากเบน, วัชร มีศิลป์. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาปริมาณความต้องการ การพยาบาลของผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดระยะถอนพิษยาโรงพยาบาลธัญญารักษ์. กรมการ แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
- สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว, 2542.
- สมโภช เอี่ยมสุภามิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- สุชาติ เลาหบริพัตร. แนวทางการพัฒนาระบบบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. ปทุมธานี: วัชรอินเตอร์ปริ้นติ้ง, 2545.
- สุภาภรณ์ ศรีतालอ่อนและคณะ. ปัจจัยการอยู่รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเสพติด ระบบบังคับบำบัด สถาบันธัญญารักษ์. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
- สุลินดา จันทรเสนา. ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ พยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
- เสาวนีย์ สำนวน. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินความเครียด การเผชิญ ความเครียด ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางใจของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ขณะรับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและ แก้ไขปัญหาเสพติด ประจำปีงบประมาณ 2547. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์, 2548.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถานการณ์ยาเสพติดประกอบการ จัดทำแผนปี 2552. กรุงเทพฯ, 2552.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผนปี 2553. กรุงเทพฯ, 2553.

สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. สาเหตุและปัจจัยที่เอื้อให้ เยาวชนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด. กรุงเทพฯ: ฉบับที่ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 เมษายน - กรกฎาคม 2550, 2550.

โสภา (ชูพิกุลชัย) ซปีลมันน์. รายงานการวิจัย ครอบครัว : ปัจจัยปกป้องหรือผลักดันปัญหายาเสพติดของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย. คณะกรรมการศึกษาวิจัยปัญหาสังคม, 2547.

อรัญญา แพ้จ้อย. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

อาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ. ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ. ภายใต้โครงการศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดซ้ำ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. กรุงเทพฯ, 2550.

อิงกญา โคตนารา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยปกป้องต่อความสามารถในการยื่นข้อเสนองาน วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2553.

อังกูร ภัทรากร. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ. (เอกสารอัดสำเนา). 2545.

อัมพร เบนจพพลพิทักษ์. ความรู้เรื่องยาบ้า (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ร.ส.พ, 2549.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2545.

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2549). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ธนาเพส.

อรรณพ วิสุทธีมรรค. โรคจิตจากแอมเฟตามีน.วารสารกรมการแพทย์, ปีที่ 23, ฉบับที่ 11, พฤศจิกายน 2541, หน้า 665-670, 2541.

ภาษาอังกฤษ

Afsoon Eftekhari, Aaron P. Turner, Mary E. Larimer, Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders. Addictive Behaviors 29)2004 (1001 – 1008, 2004.

- Alperstein, G. and Raman, S. Promoting mental health and emotional well-being among children and youth: A role for community child health?, in Child: Care, Health and development, 29(4), 269-274, 2003.
- Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., Catalano, R. F., & Baglioni Jr, A. J. Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors: The Communities That Care YouthSurvey. Evaluation Review, 26(6), 575-601, 2002.
- Bahr, S. J., Marcos, A. C., & Maughan, S. L. Family, educational and peer influences on the alcohol use of female and male adolescents. Journal of Studies on Alcohol, 56, 457-469, 1995.
- Bao, W., Whitbeck, L., & Hoyt, D. Life stressors, social support networks, and depressive symptoms among homeless and runaway adolescents. Journal of Health and Social Behavior, 41, 408-420, 2000.
- Beare, P.G. & Myer, J.L. Principle and Practices of adult health nursing. (2nd ed.) St. Louis: Mosby year Book, 1994.
- Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. Psychology Review, 84, 191-215, 1977.
- Bandura, A. Social Foundation of Thought & action. On Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, 1986.
- Bandura, Albert. Aggression: A Social Learning Analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1973.
- Berk, L.E. Child development. 4th Ed. MA: A Viacom, 421, 1986.
- Block, I. M. & Robin, R.W. A longitudinal of consistency and change in self esteem from early adulthood. Child Development. 64 (July - August): 909-923, 1993.
- Braverman, M. Research on resilience and its implications for tobacco prevention. Nicotine and Tobacco Research, 1, S67-S72, 1999.
- Botvin, G. J. Drug abuse prevention in school settings. In G. J. Botvin, S. P. Schinke, & M. A. Orlandi (Eds.), Drug abuse prevention with multiethnic youth (pp. 169-192). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1995.

- Brody, G. H., Ge, X., Katz, J., & Arias, H. A longitudinal analysis of internalization of parental alcohol-use norms and adolescent alcohol use. *Applied Developmental Science*, 4, 71–79, 2000.
- Carroll, C. R. Drugs in modern society (3rd ed.). Dubuque, IA: Brown and Benchmark. CDC(2000). Media Sharp. [On-line]. Available: <http://www.cdc.gov/tobacco/mediashrp.htm>; accessed 06/20/00, 1993.
- Carr, A. Family therapy. Drug abuse in adolescents. In Birchood, M., Foller, D., & Jackhon, C. (Eds.), New York: John Wiley & Sons, 2000.
- Craven, R., Hirnle, C. Fundamentals of nursing: Human health and function. J.B Lippincott Company: NewYork, 1992.
- Casswell, S., Pledger, M., & Hooper, R. Socioeconomic status and drinking patterns in young adults. *Addiction*, 98(5), 601-610, 2003.
- Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. The social development model: A theory of antisocial behavior. In J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and Crime: Current theories* (pp. 149-197). New York: Cambridge University Press., 1996.
- Chassin, L., Presson, C., Pitts, S., & Sherman, S. The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood in a Midwestern community sample: Multiple trajectories and their psychosocial correlates. *Health Psychology*, 19, 223–231, 2000.
- Colombo Plan. A Primer on Relapse Prevention. Drug Advisory Programme. Compas, B. E., Hinden, B. R., & Gerhardt, C. A. (1995). Adolescent development : Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Reviews in Psychology*, 46, 265-293, 1999.
- Conger, R. D. and Conger, K.J. Resilience in Midwestern Families: Selected Findings from the First Decade of a Prospective, Longitudinal Study. *Journal of Marriage and Family* (64): 361-373, 2002.
- Craven, R., & Hirnle, C. Fundamentals of nursing: Human health and function. (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott. Hamilton, P. M. (1992), 1996.
- Dawes, M., Clark, D., Moss, H., Kirisci, L., and Tarter, R. Family and peer correlates of behavioral self-regulation in boys at risk for substance abuse. *American Journal drug Alcohol Abuse*, 25(2), 219-237. retrieved August 20, 2002, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=Pub>.

- Degenhardt, L., Hall, W., The association between psychosis and problematical drug use among Australian adults: Findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. Psychol, 2001.
- Dielman, T., Butchart, A., Shope, J., and Miller, M. Environmental correlates of adolescent substance use and misuse: Implications for prevention programs. The International Journal of the Addictions, 25, 855–880, 1991.
- Dillon et al. Risk, Protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experience. National Centre for Social Research, 2007.
- Down-Wamboldt, B. & Melanson, P.M. Emotion coping, and psychological well-being in elderly people with arthritis. Western Journal of Nursing Research, 17: 250-265, 1995.
- Drapeau, S., Saint-Jacques M., Lepine., R., Begin, G., and Bernard, M. Processes that contribute to resilience among youth in foster care. Journal of Adolescence, 30, 977-999, 2007.
- Duncan, T. E., Duncan, S. C., & Hops, H. Latent variable modeling of longitudinal and multilevel alcohol use data. Journal of Studies on Alcohol, 59(4), 399-408, 1998.
- Earvolino- Ramirez, M. Resilience: A concept analysis. Nursing Forum, 42(2), 73-82, 2007.
- Epstein, J. A., Botvin, G. J., Baker, E., & Diaz, T. Impact of social influences and problem behavior on alcohol use among inner-city Hispanic and Black adolescents. Journal of Studies on Alcohol, 60, 595-604, 1999.
- Erica Frydenberg and Ramon Lewis. Melbourne, Coping scale for adult. Victoria : Australian Council for Educational Research. C, 1997.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., and Horwood, L. J. The role of peer affiliations, social, family and individual factors in continuities in cigarette smoking between childhood and adolescence. Addiction. 90, 647–659, 1995.
- Fincham, F. D. Understanding the Association between Marital Conflict and Child Adjustment: Overview . Journal of Family Psychology 8(2) : 123-127, 1994.
- Fitzpatrick, M. A., and Ritchie, L. D. Communication Schemata within the Family: Multiple Perspectives on Family Interaction . Human Communication Research (20): 275-301, 1994.
- Fine, S. B. Resilience and human adaptability: Who rises above adversity? American Journal of Occupational Therapy, 45(6), 493-503, 1991.

- Fraser, M. W., Kirby, L. D., & Smokowski, P. R. Risk and resilience in childhood. In M. W. Fraser (Ed.), Risk and resilience in childhood: An ecological perspective (2nd. ed., pp. 13-66). Washington, DC: National Association of Social Workers, 2004.
- Fischer, M. and Barkley, R. A. Childhood stimulant treatment and risk for later substance abuse. Journal of Clinical Psychiatry, 64, 19-23, 2003.
- Friser, M., Crome, I., Green C. et al., Individual and population risk of drug use among adolescents attending an English Youth Offending Team: An epidemiological approach. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 16, 11-23, 2005.
- Frydenberg, E. and Lewis, R. Adolescent Coping Scale. Australian Council for Educational Research, 1993.
- Garbarino, J. Children and Families in the Social Environment. New York: Aldine deGruyter. Grotberg, E.H.)1999. Tapping your inner strength: How to find the resilience to deal with anything. Oakland: New Harbinger, 1992.
- Garmezy, N. Stress-resistant children: The search for protective factors. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 4 (Book supplement), 213-233, 1985.
- Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Paradis, A.D., Hauf, A.M.C., & Stashwick, C.K. Major depression and drug disorders in adolescence: General and specific impairments in early adulthood. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40, 1426-1433, 2001.
- Gilligan, R. Adversity, resilience and young people: the protective value of positive school and spare time experiences, Children and Society, Vol 14 (1), 37-47, 2000.
- Gilligan, R. Promoting Resilience: A Resource Guide on Working with Children in the Care System. British Agencies for Adoption and Fostering, London, 2001.
- Goddard, W. H. Extension Family and Development Specialist. Department of Family and Child Development, Auburn University, 2000.
- Grotberg, E.H. What is resilience? How do you promote it? How do you use it? In Grotberg Ed, Resilience for today : Gaining strength form adversity. Westport, Connecticut: Prager, 2003.

- Grossman, F. K., Beinashowitz, J., Anderson, L., Sakura, M., Finnin, L. and Flaherty, M. Risk and resilience in young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 529–550, 1992.
- Gottfredson, Michael R., and Travis Hirschi. A General Theory of Crime. Stanford, CA: Stanford University Press, 1990.
- Guo, J., Hawkins, J. D., Hill, K. G., & Abbott, R. Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 754-762, 2001.
- Haase. J.E., Heiney, S. P., Ruccione, K. S., & Stutzer, C. Research triangulation to derive meaning-based quality-of-life theory: Adolescent resilience model and instrument development. *International Journal of Cancer Supplement*, 12, 125-131, 1999.
- Haase. J.E. Resilience. *Middle Range Theories : Integrative*. 341 – 367, 2004.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Miller, J. Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64–105, 1992.
- Hoffmann, J. and Cerbone, F. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: An event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 255-264, 2002.
- Hops, H., Davis, B., & Lewin, L. M. The development of alcohol and other substance use: A gender study of family and peer context. *Journal of studies on alcohol*, 13, 22– 31, 1999.
- House, J. S. Work stress and social support. MA: Addison-Wesley, 1981.
- Jackson, S., and Martin, P. Y. Surviving the care system: Education and resilience. *Journal of Adolescence*. 21, 569-583, 1998.
- James M.N. Ch'ien. Episode Relapse of Drug Dependence & Readdiction Prevention, ASEAN Training Courses for Drug Rehabilitation. Composite Curricula and Training Materials, 1977.
- Jenson, J. M. Risk and protective factors for alcohol and other drug use in childhood and adolescence. In M. W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective* (pp. 117-139). Washington, DC, 1997.

- Jessor, R., & Jessor, S. L. Theory testing in longitudinal research on marijuana use. In D. B. Kandel (Ed.), Longitudinal research on drug use. Empirical findings and methodological issues (pp. 41-71). Washington, DC: Hemisphere., 1978.
- Johnson, J. L. , & Wiechelt, S. A. Introduction to the special issue on resilience. Substance Use and Misuse, 39, 657-670, 2004.
- Kaplan, H. B. Toward understanding of resilience: A critical review of definition and models. In M. D. Glantz, and J. L. Johnson (Eds.), Resilience and Development: positive life adaptation (pp. 17-83). New York: KluwerAcademic/Plenum Publishers, 1999.
- Kazak, A. E. Comprehensive care for children with cancer and their families: A social ecological framework guiding research, practice, and policy, Children's services: Social policy, research, and practice special issue: Comprehensive carefor children with chronic conditions (Vol. 4, pp. 217-233). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 2001.
- Kimble, L.P. Cognitive appraisal and cardiac risk reduction behavior following coronary angioplasty. Western Journal of Nursing Research. 20 (6): 733-744, 1998.
- Knight, K., & Hiller, M. L. Community-based substance abuse treatment: A 1-year utcome evaluation of the Dallas County Judicial Treatment Center. (2), 61-68., 1997.
- Knight, D.K., & Simpson, D. P. Influences of family and friends on client progress During drug abuse treatment. Journal of Substance Abuse, 8(40), 417-429, 1996.
- Kumpfer, K. L. Identification of drug abuse prevention programs : Literature review. <http://165.112.78.61/HSR/da-pre/KumpferLitReview.html>, 1999b.
- Lane, A. M., Terry, P. C., Beedie, C. J., Curry, D. A, & Clark, N. (2001). Mood and performance: test of a conceptual model with a focus on depressed mood. Psychology of Sport and Exercise, 2, 157-172, 2001.
- Laurie L. Meschke, Joan Patterson, Youth Substance Use Prevention-A Focus on Protective Factors. Maternal and Child Health Program Division of Epidemiology University of Minnesota, 2000.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. Stress appraisal and coping. New York: Springer, 1984.
- Lefrancois. Of Children: An Introduction to Child Development. 9th Edition. Nelson/Wadsworth, 2001.

- Leventhal, A.M., Pettit, J.W., & Lewinsohn, P.L. (in press). Familial influence of substance use disorder on emotional disorder across three generations. Psychiatry Research, 1993.
- Lhimsoonthon, B. The relationships between resilient personality factors, perceived life adversities, personal characteristics, and substance use behavior of slum adolescents lingering in a public playground. Master Thesis. Mahidol University, 2000.
- Lingren H. G. Adolescence and peer pressure. Retrieved August 20, 2002, from <http://WWW.Ianr.un/.edu/pubs/family/nf211.html>, 1995.
- Losel, F. and Bliesener, T. Some High-risk Adolescents Do Not Develop Conduct Problems: A study of Protective Factors. International Journal of Behavioral Development, 17 (4): 753-777, 1994.
- Lowry, R., Kann, L., Collins, J. L., & Kolbe, L. J. The effect of socioeconomic on chronic disease risk behavior among US. adolescents. JAMA, 276(10), 792-797, 1996.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 71(3), 543–562, 2000.
- Maslow, A. W. Motivation and personality” (2nd ed.). New York : Harper & Row, 1970.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. Resilience and development : Contribution from the study of children who overcome adversity. Development and Psychopathology, 2, 425-444, 1990.
- Mc Cubbin HI, Thompson AI, McCubbin MA. Family assessment resiliency, coping and practice. Madiso : University of Wisconsin, 1997.
- Merikangas, K. and Avenevoli, S. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: An event history analysis. Drug and Alcohol Dependence, 2000.
- Meschke, L.L. and Patterson, J.M. Resilience as a Theoretical Basis for Substance Abuse Prevention. The Journal of Primary Prevention, 23. pp. 483-514, 2003.
- Miller, P. Family structure, Personality, Drinking, Smoking and illicit drug use: a study of UK teenagers. Drug Alcohol Depend. 45: 212-219, 1997.
- Miller, J. F., & MacIntosh, R Promoting resilience in urban African American Adolescents : racial socialization and identity as protective factors. Social Work Research, 23(3), 159-169, 1999.

- Moe J, Johnson JL, Wade W. Resilience in children of substance users: in their own words. Subst Use Misuse. 42 :381-98, 2007.
- Newcomb, M. D., and Bentler, P. M. Substance use and abuse among children and teenagers. American Psychologist, 44, 242-248, 1989.
- National Center for Mental Health Promotion and Youth Violence Prevention , 2004.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide. Retrieved 6 January, 2003, from www.nida.nih.gov/Prevention/Prevopen.html, 1997.
- Pearson, J. C. (1989). Communication in the Family. New York: Harper & Row, Publishers, Inc.
- Pender, N.J. (1996). Health Pomotion in Nursing Practice, Conecticut: Appleton & Lange.
- Perry, C. L., Williams, C. L., Veblen-Mortenson, S., Toomey, T. L., Komro, K. A., Anstine, P. S., McGovern, P. G., Finnegan, J. R., Forster, J. L., Wagenaar, A. C., & Wolfson, M. Project Northland: Outcomes of a communitywide alcohol use prevention program during early adolescence. American Journal of Public Healht, 86, 956–965, 1996.
- Piaget, J. Play, dreams and imitation in childhood. New York : W.W. Norton, 1962.
- Piko, B. Percevised social support from parents and peer: Which is the stronger predictor of adolescent substance use? Substance Use and Misuse, 35, 2000.
- Reed. Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. Research in Nursing & Health, 10(5), 335-344, 1987.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Carmola Hauf, A. M. etal. General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. Journal of theAmerican Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 223-231, 2000.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., et al. Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. JAMA, 278, 823-832, 1997.
- Rosenberg, M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.
- Rothausen, T. J. Family in Orgenization Research : A Review and Comparison of Definition and Measures Journal of Organizational Behavior (20): 817-836, 1999.

- Rowe, D., & Rodgers, J. Adolescent smoking and drinking: Are they 'epidemics'? *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 110–117, 1991.
- Shives, L.R. Basic concept of psychiatric mental health nursing. 3rd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1994.
- Santrock, J. W. *Adolescence* (8th ed.). New York: McGraw-Hill, 2001.
- Schaefer, C, Coyne, J. C., & Lazarus, R.S. The health related function of Social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406, 1981.
- Schreier, L., Newcomb, M., & Skager, R. Risk, protection, and vulnerability to adolescent drug use: Latent-variable models of three age groups. *Journal of Drug Education*, 24, 49–82, 1994.
- Segal, B. M., & Stewart, J. C. Substance use and abuse in adolescence: An overview. *Child Psychiatry and Human Development*, 26, 193–210, 1996.
- Stephenson, A. L., Henry, C. S., & Robinson, L. C. Family characteristics and adolescent substance use. *Adolescence*, 31, 59–77, 1996.
- Singer, B. H., & Ryff, C. D. New horizons in health: An integrative approach. Washington, DC : National Academy Press, 2001.
- Somchit, S. The relationships between resilience factors, perception of adversities, negative behavior and academic achievement of 4th to 6th grade children in Thad-Thong, Chonburi, Thailand. Unpublished Thesis for Master Degree of Nursing Science (Community Health Nursing), Mahidol University, Bangkok, Thailand, 1998.
- Somjit, S. (1998). The relationships between resilient personality factors, Perception of Adversities, negative behavior, and academic achievement of 4th to 6th grade children in Thad-Thong Chonburi, Thailand. Master Thesis. Mahidol University., 1998.
- St. Pierre, T. L., Kaltreider, D L., Mark, M. M., & Aikin, K. J. Drug prevention in a community setting: A longitudinal study of the relative effectiveness of a three-year primary prevention program in Boys and Girls Clubs across the nation. *American Journal of Community Psychology*, 20, 673–706, 1992.
- Stantrock, J. W. Common components of programs that successfully prevent or reduce adolescent problems. In J. W. Stantrock (Ed.), *Adolescence* (pp. 509- 512). Chicago: Brown and Benchmark Publishers, 1996.

- Stanton, B., Li, X., Cottrell, L. et al. Early initiation of sex, drug-related risk behaviors, and sensation-seeking among urban, low-income, African-American adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 93, 129-138, 2001.
- Steinberg, L. Adolescence (Third Edition). Mc Graw Hill, 1993.
- Stephenson, Al, Henry, CS, Robinson, L Family characteristics and adolescent substance use. *Adolescence*, 1996.
- Stinnett, N., and John D. Secrets of Strong Families. Boston : Little Brown, 1985.
- Strong, B. ; DeVault, C. ; Sayad, B. W.; and Cohen, T.F. The Marriage and Family Experience. Australia: Wadsworth, 2001.
- Stuart and Iaraia, Stuart, G.W. & Laralia, T.M. Principles and practice of psychiatric nursing. St. Louis : The C.V. Mosby, 1998.
- Swadi, Relative risk factors in detecting adolescent drug abuse. *Drug Alcohol Dependancy*, 29, 253–254, 1992.
- Takviriyannun. The roles of environmental risks and resilience factors on alcohol use among thai adolescents in school settings. a thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy (nursing), Mahidol University, Bangkok, Thailand, 2006.
- Tilden, V. P. Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. *Research in Nursing and Health*, 8, 199-206, 1985.
- Thomas Ashby Wills, Wills, Jody A. Resko, Michael G. Ainette, and Don Men Mendoza Role of Parent Support and Peer Support in Adolescent Substance Use: A Test of Mediated Effects. The Educational Publishing Foundation, 2004.
- Thomlison, B. Family Assessment Handbook: An Introductory Practice Guide to Family Assessment and Intervention. Pacific Grove, California: Brooks/Cole Thomson Learning, 2002.
- Thompson, A., and Mc Cubbin, H. Family system assessment in health care. In H. McCubbin & 22A. Thompson (Eds.), *Family assessment inventories for research and practice*, (2nd ed.), Madison: University of Wisconsin-Madison, 1991.
- Tusaie, K., Pukar, K., & Sereika, S. M. (2007). A Predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 54-60.

- Uthis, Penpakr. The effect of commitment to caregiver role, stressors, appraisal of stress, coping resources, and coping response on emotional well- being among HIV/AIDS family caregivers in thailand. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Frances Payne Bolton School of Nursing. Case Western Reserve University, 1999.
- Veselska, Z., Geckova, A. M., Orosava, O., Gajdosova, B., Dijk, J. V., and Reijneveld, S. A. Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. Addictive Behaviors, 34, 287-291, 2009.
- von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. et al. What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. Drug and Alcohol Dependence, 68, 49-64, 2002.
- Waaktaar, T; Christie, HJ; Borge, Anne Inger Helmen & Torgersen, Svenn. Building youths resilience within a psychiatric outpatient setting: results from a pilot clinical intervention project. Psychological Reports. ISSN 0033-2941. s 363- 370, 2004.
- Wagenaar, A. C., & Perry, C. L. Community strategies for reduction of youth drinking : theory and application. Journal of Research on Adolescence, 4, 319– 345, 1994.
- Wagner, E. F., Myers, M. G., and McIninch, J. L. Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. Addictive Behaviors, 24, 1999.
- Werner, E. Cooperating agents: A unified theory of communication and social structure. In Gasser, L. and Huhns, M., editors, Distributed Artificial Intelligence Volume II, pages 3-36. Pitman Publishing: London and Morgan Kaufmann: San Mateo, CA, 1986.
- Werner, E. A unified view of information, intention and ability. In Demazeau, Y. and Müller, J.-P., editors, Decentralized AI 2 - Proceedings of the Second European Workshop on Modelling Autonomous Agents and Multi-Agent Worlds (MAAMAW-90), pages 109-126. Elsevier Science Publishers B.V.: Amsterdam, The Netherlands, 1991.
- Wills, T. A., Mariani, J., and Filer, M. The role of family and peer relationships in adolescent substance use. In G. R. Pierce. B. R. Sarason, & I. G. Sarason)Eds., Handbook of social support and the family. New York: Plenum, 1996.

- Wu, T., & Pender, N. Determinants of physical activity among Taiwanese Adolescents: An application of the Health promotion model. Research in Nursing & Health, 25, 2002.
- Young, S., Toone, B. and Tyson, C. Comorbidity and psychological profile of adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Personality and Individual Differences, 35, 743-755, 2003.
- Yuprasert, P. Factors influencing drug use among adolescents in Bangkok. Unpublished Thesis for Master Degree of Nursing Science (Public Health Nursing), Mahidol University, Bangkok, Thailand, 1997.
- Zunz, S. Resiliency and burnout: Protective factors for human service managers. Administration in Social Work, 22, 36-54, 1998.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายมนัส สุนทรโชติ เกิดเมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2513 ที่จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2540 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2552 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ งานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา