

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการให้การปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้เสพยาบ้าในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารวิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรคสมองติดยา
2. ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า
3. บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้ที่ใช้ยาบ้า
4. แนวคิดความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้เสพยาบ้า
5. แนวคิดการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
6. บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษากลุ่ม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคสมองติดยา

สมองติดยาได้อย่างไร

การติดยาเสพติดเป็นกระบวนการต่อเนื่องเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อย จากการเสพยาเป็นครั้งคราว สู้อาการเสพติดขั้นรุนแรงจนเสพยาทุกวัน และวันละหลายครั้งเมื่อเสพยาบ้า หรือ สารแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกาย สารแอมเฟตามีนจะไปกระตุ้นประสาทที่อยู่ในสมองส่วนกลาง ที่เรียกว่าส่วน Limbic system หรือ เรียกให้เข้าใจง่ายๆว่า สมองส่วนอยาก ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม โดยสารแอมเฟตามีน จะไปกระตุ้นปลายประสาทให้หลั่งสาร โดพามีน (Dopamine) ออกมาจำนวนมาก ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นสุข พึงพอใจ หรือมีความรู้สึกสนุกสนาน ในระดับที่เกินกว่าภาวะปกติของคนทั่วไป (บุคคลปกติจะมีการหลั่งสาร โดพามีนในระดับที่สมดุล จึงมีภาวะอารมณ์ ความรู้สึกที่เป็นปกติ ไม่สุข หรือซึมเศร้าเกินไป) ผู้เสพยาบ้าในระยะแรกจึงมีความรู้สึกเป็นสุขอย่างท่วมท้น หรือมีแรงมาก ทำงานได้มาก ไม่เหน็ดเหนื่อย แต่ภาวะเช่นนี้เป็นการกระตุ้นให้สมองและร่างกายถูกใช้ลงอย่างหนักเกินไป จึงพบว่า เมื่อหมดฤทธิ์ยา ผู้เสพยาจะมีความเหนื่อยล้า ซึมเศร้า และต้องการการกระตุ้นด้วยยาบ้าอีก เพื่อให้ได้พบกับภาวะที่เป็นสุขอย่างท่วมท้นเช่นนั้น แต่เมื่อผู้เสพยายังคงเสพยาอย่างต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ปริมาณสารที่เคยเสพยาเท่าเดิมก็จะไม่คอยได้ผล จึงต้องมีการใช้ยาบ้าในปริมาณที่มากขึ้นกว่าเดิมเพื่อให้ได้ผลเหมือนเดิม ในขณะที่เดียวกัน สมองอีกส่วนหนึ่ง คือ ส่วน Cerebral cortex ซึ่งอยู่ในสมองส่วนกลางเช่นกัน มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ การ

ตัดสินใจ การใช้ความคิดเป็นเหตุเป็นผล ก็จะถูกทำลายและถูกควบคุมโดยสมองส่วนอยาก มีผลทำให้ความสามารถในการคิด และความจำแย่งลง ไม่สามารถนึกคิดแยกแยะเหตุผล ถูกคิดได้เหมือนกับคนปกติ จึงพบว่า ผู้เสพติดจะตกอยู่ใต้อิทธิพลของยาบ้า มีความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ผู้เสพติดจะไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดใช้สารเสพติดได้ และหากผู้เสพติดยังไม่เลิกเสพยาก็จะทำให้มีอาการทางจิต และเป็นโรคจิตในที่สุด (วิญญู ชะนะกุล, รวีวรรณ ศรีสุชาติ, ปรุณจิต เฟื่องวัน และ คณะ. 2544)

วิธีการเสพยาและการติดยา

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นเสพยาเสพติดครั้งแรกจนกระทั่งเกิดการติดยา ต้องใช้เวลานานพอสมควร ระยะเวลาดังกล่าวขึ้นอยู่กับประเภทของยาเสพติด และวิธีการเสพยา การเสพยาบ้าโดยวิธีกินจะติดยาช้ากว่าการเสพยาโดยวิธีสูบไอ (vapor) ซึ่งเป็นวิธีที่เป็นที่นิยมในหมู่วัยรุ่น เพราะการสูบไอออกฤทธิ์ต่อสมองรวดเร็วกว่า (ประมาณ 8 วินาที) และจะทำให้ผู้เสพยารู้สึกเป็นสุขอย่างรวดเร็ว ในขณะที่การกินยาบ้า จะออกฤทธิ์ในช่วง 20-30 นาที และจะถูกทำลายที่ตับ ก่อนที่จะถูกพาไปตามกระแสเลือดและไปออกฤทธิ์ที่สมอง

เส้นทางการติดยา

เส้นทางการติดยาตั้งแต่เริ่มเสพยาจนกระทั่งติด สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเริ่มต้นเสพยา เป็นช่วงทดลองเสพยา หรือกินนานๆครั้ง เพื่อเข้าสังคมหรือกลุ่มเพื่อน โดยผู้เสพยาจะมีความรู้สึกผิดว่า ตนเองทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง
2. ระยะเสพยาต่อเนื่อง เป็นระยะที่ผู้เสพยารู้สึกว่ายาเสพติดมีประโยชน์ ช่วยลดความเครียด ความเหงา ทำให้เสพยาบ่อยขึ้น โดยมีข้ออ้างต่าง ๆ นานา เริ่มเสียการเรียน และความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด และ/หรือ มีอาการขาดยาให้เห็น เมื่อหยุดเสพยาระยะหนึ่ง
3. ระยะหมกมุ่น ผู้เสพยาต้องเสพยาในปริมาณมากขึ้น และบ่อยขึ้น เพราะเกิดอาการดื้อยา จะเสียการเรียนหรือการทำงาน และมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นเป็นประจำ ความสามารถของสมองในด้านความคิดและความจำแย่งลง เพราะเซลล์สมองบางส่วนถูกทำลายด้วยฤทธิ์ของยาเสพติด
4. ระยะวิกฤติ ถึงระยะนี้แล้ว ผู้เสพยาจะเป็นทาสของยาเสพติด คิดถึงยา และแสวงหายาเสพติดตลอดเวลา ไม่สนใจกิจกรรมอื่นๆ ไม่สามารถเรียนรู้หรือประกอบอาชีพได้ เกิดการล้มละลายทั้งชีวิตส่วนตัว การงาน และสังคม ผู้ติดยาจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นภาระต่อครอบครัวที่ต้องให้การดูแลและเลี้ยงดู

ตัวกระตุ้นให้เสพยา

ตัวกระตุ้น คือ เจื่อนใจหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความอยากยา มีทั้งตัวกระตุ้นภายนอก และตัวกระตุ้นภายใน มีดังต่อไปนี้

1. บุคคล ได้แก่ เพื่อนที่ร่วมเสพยา ผู้ขายยาเสพติด
2. สถานที่ ได้แก่ สถานที่เสพยา สถานที่ซื้อขายยาเสพติด ดิสโก้เทค บาร์-คลับ
3. สิ่งของ ได้แก่ อุปกรณ์การเสพยา นิตยสารหรือภาพตัวกระตุ้นทางเพศ คนตรีบางประเภท สื่อภาพยนตร์หรือโทรทัศน์เกี่ยวกับยาเสพติด
4. ช่วงเวลา ได้แก่ ช่วงวันหยุด หลังเลิกงาน วันเงินเดือนออก งานเลี้ยงฉลองต่างๆ เวลาที่เคยใช้ยาเป็นประจำ
5. อารมณ์ ได้แก่ ความกลัว ความโกรธ ความเหงา ความเบื่อหน่าย อารมณ์ซึมเศร้า
6. สิ่งเสพติดชนิดอื่น เช่น สุรา ยาอี ยาเลิฟ เป็นต้น

การคิดสารเสพติด เกิดจาก การงานเงื่อนไขของสมอง (ที่คิดยา) ดังต่อไปนี้

พบตัวกระตุ้น → เกิดความคิดถึงสารเสพติด → เกิดอาการอยากเสพยา → ใช้สารเสพติด

ในการเลิกยา ผู้รับการบำบัดต้องเรียนรู้ที่จะแยกแยะตัวกระตุ้น และเรียนรู้เทคนิควิธีการในการหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับตัวกระตุ้น เพื่อให้เลิกยาได้สำเร็จ

เส้นทางสู่การเลิกยา

สมองมีโอกาสฟื้นตัวได้เมื่อหยุดเสพยาเสพติด หากสมองยังไม่ถูกทำลายอย่างถาวร การหยุดเสพยาเสพติด จะทำให้เกิดอาการขาดยาและอาการอยากยา เป็นเหตุให้ผู้ติดยาต้องหวนกลับไปเสพยาอีก ในการเลิกยานั้น จำเป็นที่ผู้ใกล้ชิดต้องให้ความช่วยเหลือและนำผู้ติดยาเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ติดยาสามารถเลิกยาได้อย่างถาวร และเป็นเรื่องสำคัญที่บุคคลที่เลิกเสพยาจะต้องเข้าใจว่า ทำไมในช่วงการเลิกยาเสพติดจึงมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เกิดขึ้นกับตนเอง

ระยะต่างๆที่ผู้ป่วยจะต้องผ่านในเส้นทางของการเลิกยา

1. ระยะที่เกิดอาการขาดยา ในระยะขาดยา (1-10 วันแรก) ผู้เลิกยาจะมีอาการไม่สบาย เช่น อาการซึมเศร้า ไม่มีแรง หงุดหงิด มีปัญหาด้านความคิด ความจำ เป็นต้น และมีอาการอยากยาเกิดขึ้น ซึ่งจะมีความรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประเภทของยาเสพติด ปริมาณยาที่เสพ ความถี่ของการเสพ และระยะเวลาของการเสพ อาการขาดยาที่รุนแรงของผู้เลิกยาเป็นปัญหาทางจิตเวช สมองไม่สามารถทำงานได้เป็นปกติ อาจทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ เช่น การฆ่าตัวตาย เป็นต้น

วิธีการดูแลตัวเองในระยะที่มีอาการขาดยา ได้แก่

1. ขจัดตัวกระตุ้น
2. จัดตารางกิจวัตรประจำวัน

3. พยายามหยุดเสพยาทีละวัน
4. ลดความวิตกกังวล
5. มองหาสิ่งที่ทำให้เลิกยาต่อไปได้
- 6.ต่อต้านการดำเนินชีวิตที่ติดยา

2. **ระยะอันนิมุน**อยู่ในช่วงสัปดาห์ที่ 4-5 ของการเลิกยา (หลังจาก 1 เดือนเป็นต้นไป) ระยะนี้ผู้เลิกยาจะรู้สึกดีขึ้น ความอยากยาลดลง มีความมั่นใจ รู้สึกว่าสามารถดูแลตนเองในการเลิกยาได้ และคิดว่าปัญหาติดยาหมดไปแล้ว แต่ขณะเดียวกันอาจทำให้ผู้เลิกยาต้องการทดสอบตนเองด้วยการกลับไปเผชิญกับตัวกระตุ้นอื่น เช่น เพื่อนที่ใช่ยา สถานที่ค้ายา อุปกรณ์ในการเสพยา เป็นต้น แล้วในที่สุดก็หวนกลับไปเสพยาเสพติดอีก วิธีการดูแลตนเองในระยะอันนิมุน คือการหยุดความคิดเสพยา โดยหยุดความคิดทันทีที่เริ่มเกิดขึ้น

3. **ระยะเลิกยาที่ยืดเยื้อหรือระยะฝ่ออุปสรรค** จาก 6 สัปดาห์ ถึง 4 เดือน ระยะนี้เป็นช่วงสำคัญของเส้นทางการเลิกยา ผู้เลิกยาจะรู้สึกขาดกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ มีอารมณ์เฉยเมยหรือซึมเศร้าเกิดขึ้น บางครั้งอาจมีอาการอยากยาเกิดขึ้นอีก ทำให้ผู้ป่วยพยายามหาเหตุผลเพื่อกลับไปเสพยาเสพติดอีก ภาวะเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดจึงมักจะเกิดขึ้นในระยะนี้ ดังนั้นญาติหรือผู้ใกล้ชิดต้องทำความเข้าใจกับผู้เลิกยา และพยายามให้กำลังใจ ให้ผู้เลิกยาผ่านช่วงระยะนี้ได้ด้วยดี วิธีการดูแลตนเองในระยะเลิกยาที่ยืดเยื้อ ผู้ป่วยควรพิจารณาเหตุผลที่ตนเองนำมาอ้างเพื่อจะได้กลับไปใช่ยาแล้วจึงปฏิเสธเหตุผลนั้น หรือหยุดความคิดทันที

4. **ระยะปรับตัวหรือระยะคลี่คลาย** ในช่วงหลัง 20 สัปดาห์ สมอส่วนใหญ่กลับคืนสู่ภาวะปกติ ผู้เลิกยาจะเริ่มปรับตัวในการดำเนินชีวิตและสัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้นใหม่ สิ่ง que ผู้เลิกยาจะต้องกระทำคือการพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ การทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ยากลำบากเป็นสิ่งจำเป็นในการที่ช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

วิธีการดูแลตนเองในระยะปรับตัว ได้แก่

1. พยายามใช้ทักษะการควบคุมตนเองในเวลาที่มีความคิดหวนกลับเสพยาอีก
2. หากเกิดปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองก็ควรปรึกษาผู้ที่ช่วยเหลือได้ เช่น ผู้บำบัดที่เคยดูแลเรา พ่อ แม่ เป็นต้น
3. เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง ซึ่งเป็นกลุ่มของผู้ที่เคยติดยาเสพติดมาก่อน และในปัจจุบันสามารถเลิกเสพยาได้อย่างถาวรแล้ว

หลักสำคัญในการเลิกยา

1. **การหลีกเลี่ยง หรือจัดการกับตัวกระตุ้น** โดยผู้เลิกยาต้องพิจารณาให้รู้ว่า อะไรคือ ตัวกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง ทั้งตัวกระตุ้นภายนอก และตัวกระตุ้นภายใน ตัวกระตุ้นแต่ละตัวมีอิทธิพลแตกต่างกันมากน้อยอย่างไร แล้วจึงหลีกเลี่ยงไม่เผชิญตัวกระตุ้นนั้นๆ หรือหาวิธีกำจัดตัวกระตุ้น

นั้น ซึ่งต้องอาศัยความมุ่งมั่น ความฉลาดที่หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น รวมทั้งอาศัยการร่วมมือ และความช่วยเหลือจากครอบครัว เช่น เงินคือตัวกระตุ้น ก็ต้องมีการควบคุมการ ใช้จ่ายเงิน โดยจำกัดการใช้เงินในแต่ละวัน หรือครอบครัวควรเก็บเงินไว้ ไม่ให้ผู้ป่วยหยิบได้โดยง่าย ในกรณีตัวกระตุ้นภายในที่ไม่สามารถจัดการได้โดยตรง อาจจัดการโดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก เช่น ถ้าตัวกระตุ้นคืออารมณ์เหงา ก็ต้องแก้ไขโดยหลีกเลี่ยงการอยู่คนเดียว เป็นต้น ตัวกระตุ้นบางอย่าง เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การอยากยาช่วงเวลาเย็น ก็ต้องจัดการโดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด ได้แก่ การจินตนาการ การเปลี่ยนกิจกรรมที่กำลังทำอยู่เพื่อลบความคิดอยากยา การฝึกผ่อนคลาย การทำสมาธิ การโทรศัพท์ปรึกษาใครบางคน เป็นต้น

2. การดำเนินชีวิตที่พอดี ได้แก่ การจัดการตารางชีวิตให้สมดุล โดยมีกิจกรรมการทำงาน การนอน การใช้เวลาว่าง การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และกิจกรรมในการดำรงชีวิตด้วยการจัดการเวลาไม่ให้ว่าง มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ และทำให้เกิดความเพลิดเพลิน เช่น การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การทำงานบ้าน จะทำให้ไม่มีเวลาว่างไปคิดถึงยาเสพติด และมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้ห่างไกลจากความคิดถึงยาเสพติดได้

3. ระวังการกลับไปเสพติด ให้ระวังความคิดของตนเองซึ่งเป็นข้ออ้างในการกลับไปเสพติด เช่น "ฉันเข้มแข็งพอที่จะกลับไปเผชิญหน้ากับยาเสพติดได้อีก" หรือ "เมื่อคนอื่นยังไม่ไว้วางใจฉัน ฉันจะทำได้ไปทำไม" เป็นต้น และควรให้กำลังใจตนเองโดยคิดว่าการเลิกยาไม่ใช่เรื่องยาก โดยพยายามหยุดยาให้ได้ในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเริ่มต้นมีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนใหม่ ที่ไม่ใช้ยาเสพติด การสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว ก็จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเลิกยาได้ในที่สุด

บทบาทของครอบครัวในการเลิกยา

1. ขอมรับว่าการติดยาเป็นโรคที่ต้องรักษา
 2. สนับสนุนให้ผู้เลิกยาหยุดการเสพยาและสุรา
 3. เรียนรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้น วงจรการเสพยาและยอมรับข้อจำกัดของการอยู่ร่วมกับผู้ติดยา
 4. ปรับปรุงสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย โดยการเรียนรู้การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีเหตุผล และเรียนรู้ถึงสภาวะทางอารมณ์และการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง
 5. สนับสนุนผู้เลิกยาให้พัฒนาตนเอง สุขภาพ การดำเนินชีวิตอย่างสมดุล
- 2.ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า

ความหมายของแอมเฟตามีน (ยาบ้า)

จารุวรรณ ธรรมวิทย์ (2535) ได้กล่าวถึง สารเสพติดยาบ้าว่า เป็นวัตถุออกฤทธิ์ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518 ที่มีนุษย์สังเคราะห์ขึ้น เป็นยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้ใช้มีความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า อารมณ์ครื้นเครง และถือว่าเป็น

ยาเสพติดตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2521 กำหนดให้เป็นยาเสพติดตามความในพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2519

สารเสพติดยาบ้า เป็นยาที่กระตุ้นสมองส่วนกลางโดยตรง และทำให้เกิดการตื่นตัว มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ทางกายแพทย์ใช้ยานี้เพื่อลดความอยากอาหารในกรณีที่ต้องการลดน้ำหนัก หรือรักษาผู้ป่วยที่มีความเศร้าเล็กน้อย อ่อนเพลีย (สมบัติ วานิช 2540) ยานี้ใช้กินทางปาก ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ สูบหรือดม การเพิ่มขนาดยาทำให้เกิดผลกระตุ้นเกินขอบเขต บุคคลเสพยาเพื่อต่อสู้กับความเบื่อหน่ายเพื่อให้ตื่นตลอดเวลา และมีแรงทำงาน อาการภายหลังที่เกิดการกระตุ้นเกินขอบเขต ทำให้มีอาการสมองเปลี้ย ตาลาย มีความรู้สึกกลัวสับสนการขาดยาทันทีทำให้ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย เนื่องจากต่อมไร้ท่อผลิตอะดรีนาลีนออกมากเกินไปจะทำให้หัวใจและระบบไหลเวียนถูกทำลาย

ชนิดของสารเสพติดยาบ้า

Classic Amphetamine ทำให้เกิด Dopamine effect ได้แก่

- Dexamphetamine
- Methamphetamine
- Methyphenidate

Designer Amphetamine ทำให้เกิด Dopamine effect และ Serotonin effect ได้แก่

- 3 , 4 -Methylecdioxy methamphetamine (MDMA)
- 2, 5 -Dinethoxy 4 - methyl amphetamine (DOM)

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของการติดยา

ยาในกลุ่มสารเสพติดยาบ้าหรือยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาแบบเดียวกับยาบ้า สามารถทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ โดยผู้ใช้จะมีความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า และมีอารมณ์แจ่มใส เบิกบานการที่ยาพวกนี้มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของร่างกายและมีฤทธิ์ทำให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จึงทำให้มีการนำไปใช้ในทางที่ผิดกันมากการใช้ยาประเภทนี้ผู้ใช้ต้องเพิ่มขนาดการใช้ยาตลอดเวลา เพื่อให้ฤทธิ์ของยาในระดับที่ตนเองเคยมีประสบการณ์ ถ้ามีการเพิ่มขนาดและมีความถี่ของการใช้ยาประเภทนี้ต่อไปเรื่อยๆแล้ว ในที่สุดจะเกิดอันตรายต่อระบบประสาทอาการทางประสาทอันเนื่องมาจากสารเสพติดยาบ้าได้แก่ ความก้าวร้าวและพฤติกรรมประชดสังคม (จารุวรรณ ธรรมวิทย์, 2535) ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสารเสพติดยาบ้ามีได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับขนาดของการใช้ยา การใช้ยาสารเสพติดยาบ้าเป็นประจำทุกวันในขนาดที่ไม่สูงนัก จะทำให้ผู้ใช้ยามีความรู้สึกสบายอกสบายใจกระปรี้กระเปร่า ไม่รู้สึกง่วงเหงาหาวนอน แต่การใช้ยานี้ประจำจะทำให้เกิดอันตรายได้ เพราะร่างกายถูกบังคับให้ทำงานอย่างหนัก โดยไม่มีเวลาพักผ่อนสุขภาพของผู้ใช้ยาจะทรุดโทรมลงตามลำดับการใช้สารเสพติดยาบ้าในขนาดสูงๆหรือการฉีดสารเสพติดยาบ้าเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยตรง นอกจากจะทำให้เกิดอารมณ์เพื่อฝันแล้วยังทำให้เกิดอาการทางจิตได้อย่างรุนแรง จากหลักฐาน

การศึกษาในปัจจุบันเชื่อว่า สารเสพติดยาบ้าออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา โดยไปรบกวนการทำงานของสมองส่วน Brain stem ที่เกี่ยวข้องกับ Reticular activating system (ควบคุมการตื่นตัวของร่างกาย) และHypothalamus (เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและอารมณ์) นั้นเราพบว่าผู้ใช้แอมเฟตามีนส่วนใหญ่จะแสดงอาการเช่น เพ้อฝัน (Euphoria) ไม่รู้สึกหิว (Anorexia) ช่างพูด (Isquaciousness) ลุกกลนอยู่ไม่เป็นสุข (Hyperactivity) สามารถทำงานที่ต้องการใช้แรงงาน อาการดังกล่าวนี้เกิดขึ้นได้ แม้จะได้รับยาเพียงครั้งเดียวในขนาด 5-15 มิลลิกรัม

สาเหตุของการติดยาบ้า

ในการรักษาโรคใดๆ ก็ตามการรักษาจะต้องเป็นไปตามองค์ประกอบของโรคนั้นๆ การรักษาให้หายขาดจะต้องแก้ที่ต้นเหตุ อันเป็นสาเหตุของโรคให้ได้ยาเสพติดเป็นเพียงเสมือนอาการของโรคที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ บุคลิกภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ (จรัส สุวรรณเวลา, 2523) เพื่อให้เข้าใจสาเหตุของปัญหาสารเสพติดยาบ้า ควรทราบถึงองค์ประกอบของปัญหาเสพติดโดยทั่วไปดังนี้ ตัวผู้เสพ (Addict) ตัวยาหรือสารเสพติด (Drug or substance) สิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัย จะมีผลต่อกันและกันอย่างที่ละเว้นเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้ เมื่อพิจารณาปัญหาการ ติดสารเสพติด การวางแผนการรักษา การป้องกันและการแก้ปัญหาทั้งในภาวะเฉาะหน้าและในอนาคตต้องมีความต่อเนื่อง จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดี จึงจะมีส่วนสนับสนุนในการรักษาพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล การส่งเสริมทัศนคติที่ดีให้กับผู้ป่วย การเสริมสร้างทักษะทางสังคมและได้รับกำลังใจจากญาติ จะเป็นแนวทางในการให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ ที่ดี เหมาะสม สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น มีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง บุคคลที่ติดยาหรือสารเสพติดนั้น มีสาเหตุหลาย ๆ อย่างแตกต่างกันออกไป ได้แก่ ไม่รู้ถึงพิษของสารเสพติด มีปัญหาและไม่สามารถแก้ไขปัญหาคืออย่างเหมาะสม ขาดความรอบคอบถูกชักจูงตามกระแสนิยมในสังคม ถูกกดดันจากกลุ่ม อยากรอง แต่เจตคติในการใช้ยาหรือสารเสพติดจะต่างกันตามวัย ภูมิภาค แม้กระทั่งวิธีเสพก็แตกต่างกันออกไป ข้อพิจารณาเกี่ยวกับผู้เสพติด ประกอบด้วย (บรรจง สืบสมาน, 2536) ลักษณะทางกรรมพันธุ์ คนทุกคนจะมีปฏิกิริยาต่อสารเสพติดชนิดเดียวกัน ขนาดเท่ากัน แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบุคคล สภาพร่างกายทางระบบประสาท การแพ้ (Allergy) หรือสภาพ Metabolism ของแต่ละคน อายุ คนในช่วงอายุแตกต่างกัน การคิดการตัดสินใจและการเผชิญปัญหาชีวิต การทนต่อความขมขื่น และความมั่นคงทางจิตใจย่อมแตกต่างกันบุคลิกภาพ โดยทั่วไปบุคลิกภาพที่จะนำไปสู่การเป็นผู้ติดยาได้ง่าย มักประกอบด้วย ลักษณะก้าวร้าว ปรับตัวยาก ชอบพึ่งพาคนอื่น เก็บกดอารมณ์หรือความคับแค้นใจ ปลดปล่อยตามแรงผลักดันและต่อต้าน (Impulsive and rebellious) ผู้เสพติด มีปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตร่วมด้วย การเจ็บป่วยอาจเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดเป็นยาเพื่อรักษา หรือลดอาการให้ตัวเองที่พบได้ คือ ผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการเจ็บป่วยติดต่อกันมาก ๆ หลังการผ่าตัด กระจกหัก หรือเพื่อช่วยอาการนอนไม่หลับ ติดยาทุกหนว่ เมื่อใช้ยาหรือสารเสพติด

ติดก็ลดอาการได้ ใช้สารเสพติด เพื่อช่วยลดความเครียดในการทำงาน การปรับตัวในชีวิตประจำวัน อาจพบในกลุ่มผู้ติดสุรา ทำงานหนัก เครียด และไม่รู้วิธีคลายเครียดอย่างอื่น หรือสภาพชีวิตที่ต้องแยกจากครอบครัว ว้าเหว่ ขาดที่ปรึกษาสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข เมื่อใดครอบครัวมีบรรยากาศไม่น่าอยู่สมาชิกในครอบครัวไม่อยากกลับบ้าน ที่จะเสมือนมีแรงผลักดันให้เขาอยู่นอกบ้าน แล้วก็จะถูกแรงจูงใจจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีนอกบ้าน ให้เข้าสู่สังคมของการใช้ยาเสพติด ความทุกข์ใจจนเสพติดในที่สุดอิทธิพลจากเพื่อน (Peer influence) ความหมายของข้อนี้ เน้นที่กลุ่มวัยรุ่นมากกว่าอายุอื่น โดยเฉพาะจะมีความสัมพันธ์กันอย่างมากระหว่างวัยรุ่นที่มีสภาพครอบครัวไม่มีความสุข จะถูกอิทธิพลเพื่อนชักจูงไปในทางใช้สารเสพติดได้ง่ายเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีบรรยากาศเหมาะสม พ่อแม่ลูกมีความอบอุ่น พุดจาปรึกษากันได้ เพื่อนก็มักไม่มีอิทธิพลในการจะไปชักจูงให้มาใช้สารเสพติด

ตัวยาหรือสารเสพติด (Drug or substance)

สารที่ทำให้เกิดปัญหาการเสพยาเสพติดนี้ เรียกรวม ๆ ว่า Psychoactive compounds ซึ่งมีทั้งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติในรูปพืช เช่น ฝิ่น (Opium), กัญชา (Cannabis), Cocaine, บุหรี่ (Tobacco) และ Alcohol ซึ่งได้จากพืชที่ผ่านวิธีการ Fermentation นอกจากนั้นก็เป็นสารสังเคราะห์ที่คนผลิตขึ้นด้วยกรรมวิธีทางเคมีต่าง ๆ เช่น พวดยาที่ใช้ในการรักษาโรคทางจิตเวช ยาที่ใช้รักษาโรคทางอื่นแต่มีผลต่อจิตประสาท ซึ่งอาจเป็นผลโดยตรงหรือผลข้างเคียงของยาหรือสารนั้น ๆ ก็ได้ เป็นที่น่าสังเกตว่ายาและสารเหล่านี้ โดยทางบวกก็เป็นสิ่งที่มีคุณอนันต์ในการให้บำบัดรักษาอาการและโรคต่าง ๆ ถ้าผู้ใช้เป็นแพทย์มีหลักวิชา วิธีการใช้ ระยะเวลาที่ให้ถูกต้องก็จะไม่มีปัญหาอันใดเลย แต่ยาหรือสารชนิดเดียวกันถ้าผู้ใช้ไม่รู้วิธีการใช้ และใช้เป็นเวลานานติดต่อกันในขนาดมากๆ ก็กลายเป็นสารเสพติดอันตรายแก่สุขภาพ

สิ่งแวดล้อม (Environment)

สิ่งแวดล้อมอาจส่งผลต่อความนิยมการใช้สารเสพติด หรือต่อต้านสารเสพติดได้ คือ

- 1) ค่านิยมและวัฒนธรรมท้องถิ่น
- 2) การใช้สารเสพติดในงานพิธี ประเพณี หรือสังคม
- 3) สังคมสร้างกฎเชิงกำหนดของเขต หรือห้ามการใช้สารเสพติด
- 4) สังคมจัดให้มีบริการรักษาและให้การช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด
- 5) การร่วมมือจากองค์กรต่างๆ ในสังคมเพื่อแก้ปัญหาเสพยาเสพติด

สิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดผู้ติดสารเสพติดมากที่สุด คือ บ้านและครอบครัว มีการศึกษาที่พบว่า ลักษณะการเลี้ยงดูของแต่ละครอบครัว ครอบครัวที่มีปัญหาหย่าร้าง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การแสดงอารมณ์ต่อกัน ความคาดหวังของครอบครัว มีผลต่อการใช้สารเสพติดลักษณะที่พบบ่อยในครอบครัวผู้ติดยาเสพติด คือ

1. Failure of communication โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างพ่อกับลูก หรือพ่อแม่กับลูกๆ ในลักษณะต่างๆกัน เช่น

1.1 มักพูดกันเฉพาะ (Negative communication) ไม่มีการชมหรือให้กำลังใจมีแต่ท่าที่จับผิดหรือตำหนิ

1.2 พูดประชด (Vicarious communication) พูดเป็นเชิงขยวงให้ทำแล้ว หรือ ไปเสพคิดเสียเลย ถ้าทำดีไม่ได้

1.3 เด็กใช้วิธีทำผิดเพื่อให้พ่อแม่สนใจ เอาใจใส่ตัวเองมากขึ้น (A cry for help) เช่น ไม่ไปโรงเรียน ไม่กลับบ้านตรงเวลา เริ่มใช้ยาเสพคิด หรือให้ตำรวจจับ ซึ่งลักษณะการทำผิดเพื่อเรียกร้องความสนใจนี้มักจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

1.4 พ่อแม่ที่มีท่าที่ปฏิเสธลูกอย่างมาก (Massive parental denial) พ่อแม่มักมีท่าที่ปฏิเสธการทำผิดของลูกแม้จะทำอยู่ก็เหมือนไม่เห็นมักแสดงว่า “ลูกฉันต้องดีไม่ใช่ลูกฉันที่ไปติดสารเสพติด”

2. ปัญหาเก็บกดอารมณ์ โดยเฉพาะความโกรธในครอบครัว โดยทำที่ว่าจะไม่สามารถยอมรับความโกรธที่แสดงออก ถือว่าไม่ดี เป็นกิริยาต่ำ แสดงว่าไม่อบอุ่น ไม่รักกัน อารมณ์ที่แสดงต่อกันในครอบครัว ต้องดีเข้าหากัน แสดงกิริยาซ่อนเก็บความโกรธไว้

3. ความคาดหวังเกี่ยวกับตัวเด็กที่อาจส่งผลในทางไม่ดี (Pathogenic parental expectation) มักจะเป็นไปในทางตั้งความหวังในตัวลูกสูงเกินไป และเด็กไม่สามารถทำตนให้ประสบผลสำเร็จตามความหวังของพ่อแม่ได้ ประกอบกับพ่อแม่ใช้ความสำเร็จของลูกเป็นเงื่อนไขที่จะให้ความรักแก่ลูก หรือแสดงออกโดยการพูดจาด้วยอารมณ์ ที่แสดงความลำเอียงหรือไม่คิดว่าลูกจะเจ็บใจ จำใส่ใจไว้เสมอว่าเด็กมักจะแสดงออกว่ามีปมด้อย เป็นผู้แพ้และทำตัวเลวทรามตามคำพ่อแม่ที่คาดหวัง การพิจารณาปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลโดยตรงต่อปัจจัยด้านตัวยาและตัวผู้เสพโดยตรง ประกอบด้วย

Availability คือมีตัวยาและสารเสพติด (มากหรือน้อย) ในสิ่งแวดล้อม ถ้ามีมากก็สะดวกที่คนมีทุกข์ต้องหาความสุขแบบใช้สารเคมีก็จะหามาใช้ได้ง่าย สังเกตได้ว่ามาตรการต่อต้านยาเสพติดในหลายประเทศ พยายามมุ่งแก้ปัญหาในจุดนี้ คือป้องกันไม่ให้สารเสพติดเข้าประเทศของเขาให้มากที่สุด

Access คือ ผู้ใช้มีวิธีหรือหนทางที่จะหยิบ ซื้อมาหรือยาเสพติดมาใช้ได้อย่างง่ายดาย

Opportunity มีโอกาสที่จะใช้บ่อย ๆ เช่น มีเวลาว่าง มีสถานที่เหมาะสมกับกลุ่มที่เสพด้วยกันจะไปพบปะมั่วสุม มีเงินทองที่จะจับจ่ายซื้อสารนั้นมา โอกาสที่อำนวยความสะดวกในการใช้มากขึ้น (Frequency)

Willingness to use ผู้ใช้เกิดความพอใจที่จะใช้ยาเสพติด เพราะการใช้ทำให้มีความพอใจและความสุข (Pleasure) เป็น Self-rewarding และเป็น Reinforcement ให้ใช้ซ้ำ ๆ ด้วย

1.2 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเสพติด

จากการศึกษา พบว่าสาเหตุที่ทำให้คนเสพติด ไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งแต่เกิดจากปัจจัยหลายปัจจัยสนับสนุนกันดังนี้

1. ลักษณะทางบุคลิกภาพและจิตใจ

1.1อยากทดลอง เป็นสาเหตุอันดับแรกของการเสพติด (สมโภชน์ มณีเชียรอาสน์, 2540 ; สถาบันรัฐธรรมรักษ์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา พัฒนกำจร (2541) พบว่าสาเหตุที่นักเรียนนักศึกษา ใช้น้ำครั้งแรกเพราะอยากลอง เนื่องจากเขวachsenเป็นวัยรุ่นที่อยากรู้อยากลอง แสดงความคึกคะนอง เกิดความสงสัยว่าสารเสพติดมีรสชาติเป็นอย่างไร เมื่อมีโอกาสและสิ่งแวดล้อมอำนวยจึงทำให้เกิดความต้องการทดลองได้ง่าย

1.2 การหนีปัญหาโดยใช้สารเสพติด เพื่อลืมปัญหาหรือความทุกข์ต่างๆโดยพยายามใช้ฤทธิ์ของยาเปลี่ยนความรู้สึกจากทุกข์ ให้มีความสุข เกลิบเคลิ้ม กระปรี้กระเปร่าสบายใจ (สุกมา - แสงเดือนฉายและคณะ, 2544)

1.3บุคลิกภาพของตัวผู้เสพ เช่น การเป็นคนใจร้อน คือร้อน (Dauglas &Irvin,1995) การมีพฤติกรรมการเล่นแบบกลัวว่าตนเองจะแตกต่างไปจากเพื่อน และถูกชักจูงได้ง่ายอีกทั้งต้องการให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ การเป็นคนที่มีจิตใจอ่อนไหวง่าย ไม่มั่นใจในตนเอง มีชีวิตที่อ้างว้างว่าเหว ขาดที่พึ่งทางจิตใจ หรือถูกกดดัน คาดหวังมากเกินไป จนไม่สามารถทนได้ ความอ่อนแอทางด้านจิตใจ ต้องการพึ่งพิงผู้อื่น สูง ห่างเหินจากผู้ใกล้ชิด เข้ากับผู้อื่นได้ยาก (ธงชัย เอกอุ่นราช, 2541)

2. สังคมและสิ่งแวดล้อม

2.1 สภาพครอบครัวที่แตกแยก ขาดความอบอุ่น บิดาหรือมารดาติดยาเสพติดทำให้เกิดการมีพฤติกรรมเลียนแบบ เห็นเป็นเรื่องธรรมดา อีกทั้งความง่ายในการหาซื้อยาเสพติดและราคาข้อมทำให้มีการใช้อย่างแพร่หลาย (โสภณ ชูพิกุลชัย ชปิลมันน์ และคณะ, 2533)

2.2 การดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันที่มีสภาพเศรษฐกิจรัดตัว ทำให้คนมีภาวะเครียดสูง ประกอบกับสารเสพติดสามารถหาซื้อได้ง่ายจึงเป็นปัจจัยให้คนมาใช้น้ำยาเสพติดเพื่อระงับความเครียดกันมากขึ้น

2.3 กลุ่มเพื่อนที่ใช้น้ำยาเสพติด ชักจูงแนะนำให้ใช้ เนื่องจากผู้เสพติดจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน ต้องการยอมรับจากเพื่อน อาศัยกลุ่มเพื่อนเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ ถ้าเพื่อนชักชวนประพฤตินสิ่ง ที่สังคมยอมรับ เช่น เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ หรือประพฤตินสิ่ง ที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น การยกพวกตีกัน การเสพยาเสพติด

2.4 โดยเฉพาะอยู่ในสถานที่ ที่มีแหล่งผลิต และจำหน่ายมาก ผู้เสพติดบางรายเป็นผู้จำหน่ายเอง หรือบางรายเป็นทั้งผู้เสพและผู้ขายในเวลาเดียวกัน (สุชาติ ศรีทิพย์ธิดม, 2541)

1.3 ผลกระทบจากการเสพยาบ้า ผลกระทบจากการเสพยาบ้ามีผลทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว ต่อเศรษฐกิจภายในครอบครัวและเศรษฐกิจของประเทศชาติ ต่อสังคมและต่อประเทศชาติ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีผลมากมายดังกล่าวต่อไปนี้ (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2542)

1.ผลกระทบต่อบุคคล จะมีสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรม เมื่อช่วงแรกที่เสพยาจะทำให้เกิดความรู้สึกว่ามีแรง สดชื่น มีความสุข ผ่อนคลายความเครียด แต่เมื่อเสพยาต่อไปจะเกิดอาการติดยาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ผู้เสพยาหรือฟัน เสโรอื่น ผื่น ในระยะหนึ่งจะมีอาการริมฝีปากเขียวคล้ำ ตาแฉะ ง่วงซึม แก้วตาหรี ไม่รู้สึกในเรื่องความหิว ร่างกายจะชুবวม ตัวเหลือง ความรู้สึกเลือนลอย ซึพจรเดินช้า ในผู้ที่เสพยาจะจะมีบุคลิกภาพไม่อยู่เฉย แก้วตาชยาย สำหรับผู้ที่เสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีน มักคลืคัก ไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ปากแห้ง เหงื่อออกมาก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อจิตใจด้วย ผู้เสพยาจะมีอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมเปลี่ยนไป มีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โมโหง่าย ขาดความสนใจในตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ร่างกายทรุดโทรม สกปรก

2. ผลกระทบต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวที่เปลี่ยนไป อาจทำให้บิดามารดาเกิดการทะเลาะเบาะแว้งกัน กล่าวโทษกันถึงสาเหตุที่ทำให้บุตรต้องเสพยาบ้า สมาชิก ในครอบครัวเกิดความคับข้องใจ ความรู้สึกผิดและเสียใจ เกิดความอับอายแก่บุคคลอื่นในสังคม

3. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเสพยาบ้า ผู้เสพยาจะต้องเพิ่มปริมาณยามากขึ้นตลอดเวลา และหยุดเสพยาไม่ได้ ทำให้ต้องเสียเงินทองในการซื้อยามาเสพยา ประกอบกับเด็กบางคนยังต้องอยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของครอบครัว ไม่สามารถหาเงินได้ด้วยตนเองทำให้ครอบครัวจะต้องเพิ่มภาระเรื่องค่าใช้จ่ายมากขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องการบำบัด นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อถึงเศรษฐกิจของประเทศด้วยซึ่งต้องใช้งบประมาณในการปราบปรามยาเสพติดด้วย

4.ผลกระทบต่อสังคม จากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป

1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพยาบ้า (กรมการแพทย์, 2541)

จากที่กล่าวมาจะพบว่าโทษ ผลกระทบที่มีต่อตัวผู้เสพยา ต่อครอบครัว สังคม มีมากมาย ดังนั้นการแก้ไขให้เกิดโทษ และผลกระทบเหล่านี้ลดน้อยลง เขาเวชนได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งการบำบัดรักษาจะเป็นวิธีดำเนินการให้ผู้เสพยาเสพติด สามารถเลิกเสพยาได้ และเนื่องจากสาเหตุของการเสพยามีหลายปัจจัย วิธีการบำบัดผู้เสพยาเสพติด จึงต้องคำนึงถึงหลักของชีวจิตสังคม (Bio - psycho-social) ได้แก่ การรักษาทางกาย การรักษาทางใจ และการรักษาทางสังคม สิ่งแวดล้อม โดยมาตรการในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้เสพยาเสพติดในปัจจุบันได้กำหนดไว้เป็นระบบ ดังนี้

การบำบัดด้วยความสมัครใจ (Voluntary system) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เสพยาเสพติดที่มีความต้องการจะเลิกใช้ยาเสพติดได้สมัครใจที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

การบำบัดรักษาด้วยระบบต้องโทษ (Correctional system) เป็นการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดที่ได้กระทำผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติด และถูกจับกุมซึ่งต้องได้รับการบำบัดรักษาภายใต้ขอบเขต ข้อบังคับกฎหมายโดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบได้แก่ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กรมคุมประพฤติ(กระทรวงยุติธรรม) และทัณฑสถานบำบัด (กระทรวงมหาดไทย)

3. การบำบัดรักษาในระบบบังคับ (Compulsory system) เป็นการใช้กฎหมายบังคับผู้เสพยาเสพติดให้เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานที่ที่จัดขึ้นเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด กรมคุมประพฤติ สังกัดกระทรวงยุติธรรม เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินงาน ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ได้เน้นระบบการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจและยึดวิธีการบำบัดรักษาที่เป็นหลักการทั่ว ๆ ในสถานพยาบาลปัจจุบันซึ่งเป็นขั้นตอนการรักษาที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ประกอบด้วยขบวนการรักษา 4 ขั้นตอน ซึ่งแนวทางการบำบัดรักษาก็ได้ปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว โดยรายละเอียดของกระบวนการรักษา มีดังนี้ (กรมการแพทย์, 2541)

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission) การเตรียมการก่อนการรักษาเป็นระยะแรกของการรักษา และเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้เสพยาเสพติด เป็นระยะที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ที่มีความประสงค์จะขอรับการรักษาได้ เตรียมพร้อมที่จะรับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นระยะที่จะปลูกฝัง ให้ผู้เสพยาเสพติดเกิดความมั่นใจที่จะเข้ารับการรักษาอย่างแท้จริง ก่อให้เกิดกำลังใจที่จะเลิกใช้ยาบ้า การรักษาโดยการให้ยาเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถจะทำให้การรักษานั้นได้ผลเพราะการเข้ารับการรักษายาเสพติดเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้นในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ สอบประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนช่วยเหลือ ให้คำแนะนำครอบครัว การชักจูงผู้ป่วยให้ยอมรับการบำบัดรักษา และการอธิบายวิธีการบำบัดรักษา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนพิษยา (Detoxification) ขั้นตอนพิษยาถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญตอนหนึ่งเช่นกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เสพยาบ้าหยุดใช้สารแอมเฟตามีน ภายใต้การดูแลรักษาของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล การถอนพิษยาบ้าไม่น่าจะมียาที่จะทดแทนโดยตรงเหมือนกับการรักษายาเสพติดชนิดอื่น การรักษาจะใช้การรักษาแบบประคับประคองและตามอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก เช่น ในรายที่มีอาการเครียด หงุดหงิด ควรให้ยาลดอาการเครียดในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam 4-40 mg /day หรือ Lorazepam 2-3 mg/day ในรายที่มีอาการทางจิตก็ให้ยาค้านโรคจิต เช่น Haloperidal, Clopromazine , ยาค้านอาการซึมเศร้าได้แก่ ยาบางตัวในกลุ่ม Tricyclic Antidepressant เช่น Desipramine, Nortryptiline และยาค้านอาการซึมเศร้าตัวอื่น เช่น Fluoxetine นอกจากจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้แล้ว ยังจะช่วยลดอาการอยากยาและลดอาการถอนพิษบางอย่างได้เช่น อาการง่วงนอนหลับมาก หิวบ่อย กินจุ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ในขั้นตอนนี้ ซึ่งถือว่าเป็นระยะของการบำบัดรักษาที่สำคัญที่สุดเป็นระยะของการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจเป็นการสร้างเสริมสุขภาพโดยสมบูรณ์รวมทั้งเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อการปรับปรุงตนเอง หลังจากที่ถูกเสพยาบ้าแล้ว การเตรียมผู้ที่เลิกเสพยาให้มีความคิดที่จะกลับไปสู่สังคมเดิมเป็นปกติ โดยไม่หวนกลับไปเสพยาอีก ขั้นตอนนี้มีขบวนการที่ต่อเนื่อง ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ในขั้นนี้ใช้เวลาไม่เกิน 180 วัน โดยมีวัตถุประสงค์และแนวคิดในการฟื้นฟูสมรรถภาพดังนี้ 1) เพื่อลดอัตราเจ็บป่วยจากการเสพยาบ้าและจากโรคแทรกซ้อนจากการเสพยา 2) เพื่อพัฒนาบุคลิกภาพและพฤติกรรม หมายถึงการพัฒนาสุขภาพอนามัย การพัฒนาจิตใจ อารมณ์และสติปัญญา 3) เพื่อพัฒนาทางการปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม (Psycho-Social & Personal Adjustment) 4) เพื่อการประกอบอาชีพ 5) เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ 6) เพื่อเป็นการลดและป้องกันปัญหาสังคม ด้านอาชญากรรมและอื่นๆ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าประกอบด้วยขบวนการ 4 ด้านคือ 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย เพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องใช้ยาบ้า 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจเป็นขบวนการที่สำคัญและจำเป็นที่สุดสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีขอบเขตครอบคลุมถึงวิธีการทุกชนิด เช่น ฟื้นฟูบุคลิกภาพ สร้างนิสัยใหม่ ส่งเสริมสุขภาพจิต อาจใช้วิธีดังนี้ จิตบำบัด ชุมชนบำบัด (Therapeutic community) อาชีพบำบัด นันทนาการ 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านวิชาชีพ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการปฏิบัติงานอาชีพ เพื่อกลับไปอยู่ในสังคมเดิมได้ด้วยดี เช่น การฝึกอาชีพ (Vocational Training) 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านสังคม หมายถึง การเตรียมผู้เสพยาบ้าให้มีความพร้อมที่จะใช้ชีวิตปกติ โดยมีความรู้ มีงานอาชีพ และมีรายได้ที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีมีความรับผิดชอบ สามารถที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้ปกติเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป (สถาบันธัญญารักษ์, 2549)

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการติดตามหลังการรักษา (Follow up) เป็นการติดตามการรักษาการดูแลผู้เสพยาบ้าหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว การติดตามหลังการรักษานี้เป็นการติดตามให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและเสริมสร้างให้กำลังใจ ให้ผู้ที่รักษาหายแล้วออกไปสู่สังคมได้ตามปกติ โดยไม่ต้องพึ่งพายาบ้าอีกตลอดไป จึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างพลังใจให้เข้มแข็งขึ้นโดยใช้ระยะเวลาในการติดตาม 1 - 5 ปี การติดตามหลังการรักษาสารทำได้โดยตรงได้แก่ การนัดพบที่สถานพยาบาลตามกำหนด การพบผู้ป่วยที่บ้าน หรือการนัดพบที่ทำงาน ส่วนวิธีโดยอ้อม ได้แก่ การสอบถามทางไปรษณีย์ การพูดคุยทางโทรศัพท์ หรือการติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น ญาติ ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน พลังแผ่นดิน เป็นต้น

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ศึกษามีความสนใจที่เลือกศึกษาการเผชิญปัญหาของผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเท่านั้น เนื่องจากระยะเตรียมการผู้เสพยาบ้าบางรายซึ่งมีปัญหาไม่สามารถมารับบริการได้บ่อยๆ อาจได้รับการพิจารณาระยะเวลาในขั้นนี้ลง ดังนั้นเมื่อมารับบริการครั้งแรกจะใช้เวลาในการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการบำบัด ดังรายละเอียดข้างต้น

ได้เสร็จสิ้นภายในเวลา 1 วัน เท่านั้น ต่อจากนั้นจะเข้ารับการบำบัดในระยะบำบัดด้วยทันทีภายในวันแรกที่เข้ามาใช้บริการจึงอาจทำให้ผู้เสพยาบ้าดังกล่าวไม่สามารถประเมินสถานการณ์ (Appraisal) ตามแนวคิดที่ศึกษา ในระยะเตรียมการได้อย่างดีพอ ส่วนในระยะติดตามผลนั้น ทางโรงพยาบาลจะใช้วิธีการติดตามทางไปรษณีย์และโทรศัพท์ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลในผู้ป่วยระยะนี้ได้ อย่างไรก็ตามผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะเลือกผู้บำบัดการเสพยาบ้าในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (ขั้นตอนที่ 3) เท่านั้น โดยมีเหตุผลว่าระยะนี้เป็นระยะที่สำคัญมากผู้เสพยาบ้าที่มารับการบำบัดต้องใช้เวลาในการบำบัดระยะนี้ ในระยะที่นานมากพอ (ประมาณ 2 -20 สัปดาห์) ที่จะประเมินสถานการณ์การบำบัดว่าก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเองในลักษณะใดและจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตนเองจากการหยุดใช้ยาทันทีหรือจากผลกระทบจากการบำบัด รวมทั้งขั้นตอนการบำบัดรักษาของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังทำให้ประเมินความรู้เห็นคุณค่าในตนเองในขณะที่เข้ารับการบำบัดรวมทั้งสามารถประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาได้เช่นกัน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสามารถในการเผชิญปัญหาในขณะที่เข้ารับการบำบัดรักษาว่าเป็นอย่างไร

3. บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้ที่เสพยาบ้า

ผู้ป่วยติดยาบ้ามีความซับซ้อนของปัญหามากมาย ผู้ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม การดูแลแบบองค์รวมจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสภาพของผู้ติดยาบ้าในลักษณะต่าง ๆ ในอันที่จะส่งเสริมให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้คือ (สมจิตต์ วงษ์ป่า, 2544)

1. ด้านร่างกาย ขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ตั้งแต่ระดับที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จนกระทั่งถึงระดับที่ต้องการการดูแลในขั้นวิกฤติ

1.1. การดูแลเรื่องการขาดยา (Withdrawal) และอาการเกิดพิษ (Intoxication)

1.1.1 ในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดยา หรืออาการเกิดพิษ ในรายที่ได้รับสารเสพติดมากจะต้องตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด เพื่อประเมินระดับอาการเกิดพิษ วัตถุประสงค์ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่หรือบรรยากาศที่สงบ ไม่มีสิ่งรบกวน และให้แสงสว่างอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในเวลากลางคืน ให้การดูแลหรือช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ควรให้มีคนดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา ถ้าไม่มีคนดูแลอาจต้องผูกมัดผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเพราะผู้ป่วยอาจชักได้

1.1.2 ในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดอื่น ๆ เช่น ยาบ้า ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการทางจิตได้ เช่น หนูแว่ว เห็นภาพหลอน การทำกิจกรรมลึกลับกระตุ้นทั้งในเรื่องของสิ่งแวดล้อมและตัวบุคคล ถ้าไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้อาจจะต้องกระทำการผูกมัด

1.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่งซึ่งผู้ป่วยจะเกิดความอยากได้ยาหรือสิ่งเสพติดต่างๆ จัดหาเครื่องมือให้พร้อมในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วนในระยะถอนพิษยา (Detoxification) บรรยากาศของหอผู้ป่วยต้องรื่นรมย์ สงบ มีสิ่งกระตุ้นจนเกินไป

1.3 การปฏิบัติกรเรื่องอาหาร จะเป็นส่วนที่ช่วยให้ประสบผลสำเร็จในการบำบัดเบื้องต้น ดังนั้นจึงควรให้อาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่ในผู้ป่วยติดขาบ้า

1.4 ส่งเสริมผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น โดยการจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าการออกกำลังกาย เช่นการวิ่ง จะทำให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นโดฟิน ซึ่งเป็นสารธรรมชาติทำให้มีความสุข แทนที่จะมีความสุขจากสารเสพติด

1.5 ระบุที่พักฟื้น จัดให้ผู้ป่วยมีงานประจำ ให้ผู้ป่วยได้ทำงาน ได้เล่น ได้ฝึกนิสัยให้ผู้ป่วย หักเป็นตัวของตัวเอง

2. ด้านจิตใจ

2.1 การเข้าถึงผู้ป่วย (Approach) ผู้ป่วยที่อาศัยสิ่งเสพติดต่าง ๆ มักจะเป็นคนตามใจตนเอง หนองอะไรไม่ค่อยได้ และคิดว่าคนอื่นไม่ชอบตน จึงแสดงกิริยาต่อต้านคนอื่นที่ไม่ชอบตน ผู้ดูแล จะต้องเข้าใจการเกิดพฤติกรรม ผู้ป่วยต้องการได้รับความช่วยเหลือให้เขามีความภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง เคารพตนเอง และทำให้เขารู้สึกมีคุณค่า

2.2 ฝึกควบคุมอารมณ์ เป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งของการป้องกันการติดซ้ำขั้นแรก คือให้ผู้ป่วยเปิดเผยความรู้สึก โดยการอธิบาย พูดคุย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่า การที่เขาเสพยาบ้าเป็นเพียงเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดทางอารมณ์เท่านั้น ขั้นตอนต่อไปให้ผู้ป่วยพิจารณา สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงที่จะกลับไปเสพยาสูง เช่น กลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติด สถานที่ เช่น บาร์ หรือการมีกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยหาเทคนิคหรือวิธีการ อาจจะเป็นจากอดีตที่มาใช้แล้วประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด หาวิธีการในการหลีกเลี่ยง หรือการเผชิญปัญหา

2.3 สัมพันธภาพภายในกลุ่ม จัดให้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นให้ผู้ป่วยที่มีปัญหา คล้ายคลึงกันได้พูดคุยกัน จะได้เป็นการระบายทุกข์

2.4 การสร้างความหวัง โดยการแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีศักดิ์ศรีโดยให้ทบทวนถึง การเสพยาบ้า และประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาส่งเสริมประสบการณ์ทางบวกและตั้งความหวังว่า ชีวิตจะดีกว่านี้ถ้าปราศจากสารเสพติด และสร้างเสริมทัศนคติในการสร้างความหวังความมีคุณค่า ความไว้วางใจ มีการคาดการณ์ในทางที่ดี ใ้มองถึงอนาคตข้างหน้า และมีความเชื่อมั่น

3. ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม

3.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การสอนให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วย มีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางสังคมที่ปลอดภัย สารเสพติด ซึ่งการทำกลุ่มบำบัดเป็นการรักษาที่ดีที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะยอมรับผู้อื่น และรู้จักช่วยเหลือผู้อื่น กลุ่มจะทำให้เขารู้สึกว่าเขาไม่ได้อยู่ตามลำพังคนเดียว

3.2 การทำงานให้คำแนะนำในเรื่องการทำงาน ให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่ายังคงทำงานเดิมต่อไป หรือหางานใหม่ อย่างไร ซึ่งมีงานทำ อาชีพ เป็นเป้าหมายหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมี ชีวิตที่มีคุณค่าในสังคม

3.3 การมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันเพิ่มมากขึ้น และครอบครัวสามารถที่วางแผนรองรับเมื่อผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาล
บทบาทการพยาบาลผู้เสพยาบ้าในโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์และในชุมชน

เป้าหมายการให้การพยาบาล

- ระยะสั้น
1. เลิกการเสพยาบ้าโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน
 2. กลับสู่การมีสุขภาพดี
 3. พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาใหม่โดยไม่เสพยาบ้าอีก
- ระยะยาว
1. สร้างรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่โดยไม่ต้องเสพยาบ้า
 2. ทำงานได้ มีครอบครัวและ Social support ที่ดี
 3. มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น
 4. หยุดเสพยาบ้าหลังครบกระบวนการบำบัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อสัมพันธภาพที่ดี ก่อให้เกิดแรงจูงใจในทางบวกที่จะเลิกใช้สารเสพติดยาบ้า
2. ให้การปรึกษารายบุคคลเกี่ยวกับการบำบัดรักษายาบ้าเริ่มตั้งแต่ขั้นเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพขั้นวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ขั้นดำเนินการแก้ไขปัญหา และขั้นยุติสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย บอกกฎ กติกา สถานที่ วันเวลาที่นัดหมาย เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับสาเหตุที่เสพยาบ้า เพื่อทราบปัญหาที่แท้จริง และสามารถแก้ไขปัญหาคิดตรงประเด็น เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้คิดหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง โดยพยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา ในประเด็นที่ผู้ป่วยยังไม่มั่นใจในการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง พยาบาลสนับสนุนและให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาคของผู้ป่วย
3. สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเลิกใช้ยาบ้า เพื่อความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ตนเองมีคุณค่า
4. สอนทักษะการปฏิเสธ และฝึกให้ผู้ผู้ป่วยรู้จักการปฏิเสธ ในกรณีที่พบเพื่อนที่เคยเสพยาบ้าด้วยกัน เพื่อเป็นการป้องกันผู้ป่วยกลับไปเสพยาบ้าอีก
5. ให้การปรึกษาคครอบครัว ร่วมกันวางแผนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย สนับสนุนให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา
6. แนะนำผู้ป่วยเรื่องภาวะอารมณ์มีส่วนกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยหวนกลับไปเสพยาบ้าได้อีกโดยเฉพาะอารมณ์โกรธ เงา หรือการอยู่คนเดียว ดังนั้นการรับรู้และพยายามเข้าใจภาวะอารมณ์ของตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม และพยายามหลีกเลี่ยงอารมณ์ที่กระตุ้นให้หวนกลับไปเสพยาบ้าได้อีก

4. แนวคิดความสามารถในการเผชิญปัญหา

3.1 ความหมาย มีผู้สนใจทำการศึกษาและให้ความหมายของการเผชิญ (Coping) ไว้หลายท่าน ดังนี้

Bruner (1966, cited in Millier, 1992) กล่าวว่าในมุมมองของด้านการศึกษา การเผชิญปัญหา คือ การแก้ปัญหาเผชิญหน้ากับความจริงของปัญหา เพื่อที่จะรักษาความมั่นคง ของการทำงานของร่างกาย

Lipowski (1970, cited in Millier, 1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือการที่ผู้ป่วยใช้คงความคิดและการกระทำ เพื่อที่จะรักษาความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะครอบคลุมถึงการฟื้นฟูการทำงานที่ผิดปกติ และเป็นการชดเชยการทำหน้าที่ของร่างกายที่สูญเสียไปและสามารถกลับคืนเป็นปกติได้

Garland & Bush (1982) อ้างถึงในหัตถ์รัตน จรัสอุไรสิน, 2539) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือกระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะบรรเทาหรือขจัดความเครียดหรือสิ่งคุกคาม อาจประกอบด้วยพฤติกรรมทั้งที่เปิดเผยและไม่เปิดเผยลักษณะ โดยเป็นการแสดงออกอย่างต่อเนื่อง

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาเป็นความพยายามของบุคคล ในการใช้ทั้งความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับความเครียดทั้งภายในและภายนอกโดยต้องใช้กำลังความสามารถและแหล่งประโยชน์มากมาย

Kleinke (1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การที่บุคคลพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อขจัดและแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้าโศก หรือความรู้สึกผิด

Millier (1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การที่บุคคลพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อขจัดและแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้าโศก หรือความรู้สึกผิด

สรุปได้ว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ในการจัดการ กับภาวะที่บุคคลนั้นประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม หรือเป็นอันตราย ซึ่งแสดงออกในรูปพฤติกรรมที่พยายามระงับ บรรเทา หรือขจัดภาวะหรือสิ่งที่คุกคามนั้น เพื่อที่จะรักษาความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ

3.2 กระบวนการและความสามารถในการเผชิญปัญหา

3.2.1 กระบวนการเผชิญปัญหา

กระบวนการเผชิญปัญหา เป็นขั้นตอนของการตอบสนองต่อความเครียดหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหา กระบวนการดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาต่อเนื่องกันไป กระบวนการนี้จะมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ (Scolt, Oberst, & Dropkin 1982 อ้างถึงใน ศิริพร โอภาสวัชชัย, 2530)

1. ภาวะเครียด (Stress)

ภาวะเครียดเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ที่เป็นความเครียดทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่ามีความจำเป็นต้องนำแหล่งประโยชน์ของตนมาใช้ ในการแก้ไข ซึ่งได้แก่ ความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือญาติ ความสามารถของตนเอง อาจเป็นความกดดันทางสังคม วัฒนธรรม ความกดดันที่เกิดจากร่างกาย หรือจิตใจของบุคคลเอง แต่โดยพื้นฐานแล้วความกดดันนั้น ทำให้ความสมดุลระหว่างความกดดัน กับความสามารถที่จะจัดการกับมันที่เคยมีอยู่เดิมนั้นเสียไป

2. การประเมิน (appraisal)

การประเมินสถานการณ์ ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม การประเมินสถานการณ์ มี 3 ขั้นตอน คือ

2.1 การประเมินขั้นที่หนึ่ง (Primary appraisal) คือการที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินสถานการณ์เพื่อตัดสินใจว่าสิ่งใดไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง สิ่งใดเกี่ยวข้องกับตนเองในทางที่ดี สิ่งใดเป็นอันตรายกับตนเอง ถ้าประเมินขั้นที่หนึ่งแล้วบุคคลตัดสินใจว่าสิ่งแวดล้อมนั้นมีสิ่งเป็นอันตราย ต่อตนเอง บุคคลจะพิจารณาตัดสินใจว่าอันตรายอยู่ในระดับใด ใน 3 ระดับนี้

2.1.1 อันตรายนั้นจะเกิดขึ้นอย่างแน่นอน ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

2.1.2 อันตรายนั้นได้เกิดขึ้นแล้ว และสงบลงแล้ว

2.1.3 อันตรายอาจจะเกิดขึ้นภายในหน้า แต่คาดการณ์ว่าสามารถจะจัดการกับสถานการณ์ได้

2.2 การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือก โดยประเมินทางเลือกที่สามารถกระทำได้ และเลือกวิธีการเผชิญปัญหาซึ่งจะก่อให้เกิดความสำเร็จ หรือผลลัพธ์ตามต้องการ รวมทั้งประเมินผลจากการใช้วิธีเผชิญปัญหาเดิม ที่ผ่านมา การประเมินทุกข้อมูมิ ไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินปฐมภูมิแต่อาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้

2.3 การประเมินซ้ำ (reappraisal) หลังจากที่บุคคลพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรมและทางความคิดแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำเพื่อพิจารณาอันตรายนั้นยังมีอยู่หรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดแล้ว ขั้นตอนนี้ถือได้ว่าเป็นการเพิ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่งใหม่ได้ถ้าผลประเมินซ้ำนี้บุคคลยังรับรู้ว่ายังมีอันตรายอยู่ หรือเกิดอันตรายขึ้นใหม่การประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดรุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัจจัยด้านตัวบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ดังนี้

ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า

- ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น การเป็นโรคมะเร็ง หรือ โรคเอดส์ บุคคลยอมรับประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต

- ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด บุคคลโดยทั่วไปจะรู้สึกว่าการณ์ ซึ่งสามารถทำนายได้นั้นทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่าเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้

- ความรู้สึกไม่แน่นอนในเหตุการณ์ จะทำให้บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียดเพิ่มขึ้น

- ระยะเวลาของเหตุการณ์ เหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน มักทำให้เครียดกว่าเหตุการณ์ ซึ่งยังมาไม่ถึง นอกจากนี้เหตุการณ์ซึ่งมีช่วงเวลาอันยาวนาน เช่น โรคเรื้อรัง ก็มีผลทำให้ความเครียดรุนแรงขึ้น และคงอยู่เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน

ปัจจัยด้านตัวบุคคล

- ข้อผูกพัน (commitment) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลนั้นมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากอาจประเมินว่าเป็นความเครียดที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากได้

- ความเชื่อ (belief) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ความเครียดจะปรากฏในลักษณะเป็นเหตุการณ์ที่ทำลายความสามารถของตน

3. การทำงานของสมอง (Neurocognitive activation) ในการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่ง ขั้นที่สองและการประเมินสถานการณ์ซ้ำแต่ละครั้ง สมองจะต้องทำงานโดยใช้ระบบต่าง ๆ ของสมองทำการวิเคราะห์เชิงเหตุผล โดยการคิดแบบกระบวนการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการประเมินสถานการณ์แต่ละขั้นได้

4. ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์ (Emotional response to stress) มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการประเมินสถานการณ์อย่างมาก การรับรู้สถานการณ์แตกต่างกัน และพบว่าอารมณ์ต่าง ๆ นี้ มีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิต และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ตามมา เช่น พฤติกรรมค้นหาสิ่งที่จะทดแทนการสูญเสียของตนเองได้ เป็นต้น

ภายหลังการประเมินขั้นที่หนึ่ง ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเป็นแบบทั่ว ๆ ไป ได้แก่ ความวิตกกังวล เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลได้พิจารณาและประเมินสถานการณ์ครั้งที่สอง ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเปลี่ยนไปเป็นแบบที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น ความโกรธ ความกลัว การคาดการณ์สถานการณ์เมื่อบุคคลได้ประเมินสถานการณ์นี้เข้าถึงประสิทธิภาพของพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของคนแล้ว ปฏิกริยาทางอารมณ์นี้ จะเปลี่ยนแปลงเป็นทัศนคติได้

5. ปฏิกริยาได้ตอบความเครียดทางร่างกาย (Physiological response to stress) ปฏิกริยาทางร่างกายต่อความเครียดจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับปฏิกริยาทางอารมณ์ ภายหลังจากประเมินขั้นที่หนึ่งปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นแบบทั่วๆ ไปคือต่อมพิทูอิทารีและต่อหมวกไต จะทำงานมากขึ้นแต่ภายหลังจากประเมินขั้นที่สี่และการประเมินซ้ำ ปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นผลรวมของการที่ฮอร์โมนทั้งหมดถูกกระตุ้นระบบประสาทถูกกระตุ้น และอวัยวะเป้าหมายที่ถูกกระตุ้นจะมากขึ้น

6. ปฏิกริยาได้ตอบความเครียดทางพฤติกรรม (Behavior response) หมายถึง พฤติกรรมทั้งหมดของบุคคลที่สังเกตได้หรือบุคคลรายงานออกมาได้ อาจจะเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะสมองกำลังทำงานเกิดขึ้นจากปฏิกริยาได้ตอบความเครียดทางร่างกาย อารมณ์ หรือเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเลือกหนทางที่ดีที่สุดในการแก้ไขอันตรายก็ได้

7. การเผชิญปัญหา (Coping) เป็นตัวเชื่อมระหว่างผลกระทบของสิ่งกระตุ้นกับการปรับตัวได้ เกิดขึ้นจากการใช้สติปัญญาพิจารณาไตร่ตรอง ปฏิกริยาได้ตอบความเครียดทางร่างกาย อารมณ์ ทั้งสามส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันมีเป้าหมายจัดการกับความเครียด และรักษาความมั่นคงของตนเองไว้

8. การปรับตัวได้ (Adaptation) คือ ผลลัพธ์ของความพยายามที่จะรักษาความมั่นคงของตนเองไว้ ด้วยการสร้างสมดุลระหว่างแรงกดดันกับความสามารถที่จะจัดการกับแรงกดดันนั้น แล้วพลิกแพลงให้เหมาะสมกับตนเอง การมีความเจริญงอกงามทางปัญญา มีการเรียนรู้ใหม่ ๆ หรือสามารถประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

2.2.2 ความสามารถในการเผชิญปัญหา

หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นปัญหาหรือความเครียด ไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะการเกิดอันตรายหรือสูญเสียภาวะคุกคาม หรือการทำทายนบุคคลจะเลือกวิธีการหรือกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อจัดการแก้ปัญหาและแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิด หรือการกระทำในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งสามารถแบ่งตามลักษณะหน้าที่กว้าง ๆ เป็น 2 รูปแบบดังนี้ (Lazarus and Folkman, 1984 : อ้างถึงใน ททัยรัตน์ จรัสอุไรสิน, 2539) ดังนี้

1. ความสามารถในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem – focused coping)

มีลักษณะคล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ คือ มีการกำหนดปัญหาหาวิธี หรือทางเลือกในการแก้ปัญหาหลายๆ วิธี โดยพิจารณาผลดีผลเสียแล้วจึงเรียกรูปวิธีที่เหมาะสม แล้วดำเนินการแก้ปัญหา Jalowiec and Other (1984 : 157-158) ได้รวบรวมพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาไว้ 15 พฤติกรรม คือ

- 1) การยอมรับปัญหา
- 2) การค้นหาความหมายของสถานการณ์
- 3) การแยกแยะสถานการณ์ออกเป็นส่วนย่อย ๆ
- 4) การตั้งเป้าหมาย

- 5) การอภิปรายปัญหา
- 6) การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์
- 7) การควบคุมสถานการณ์บางส่วนที่สามารถทำได้
- 8) การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา
- 9) การพิจารณาปัญหาอย่างใจเป็นกลาง
- 10) การนำประสบการณ์เดิมมาช่วยแก้ปัญหา
- 11) การคิดวิธีแก้ปัญหาไว้หลาย ๆ วิธี
- 12) การทำทุกสิ่งทุกอย่างที่พอจะแก้ปัญหาได้
- 13) การใช้วิธีแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี
- 14) การให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหา
- 15) การเริ่มต้นทำสิ่งที่ดีที่สุดในขณะนั้น

2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional – focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่จะช่วยควบคุมปรับอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง คือมุ่งลดความไม่สบายใจ เมื่อไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ เป็นการรักษาสมดุลทางจิตใจไว้วิธีการเผชิญปัญหาแบบนี้เป็นเพียงวิธีบรรเทาหรือความไม่สบายใจเท่านั้น ไม่ได้ช่วยจัดการให้ปัญหาหมดไปได้ ดังนั้นถ้านำมาใช้บ่อย ๆ โดยที่บุคคลขาดความตระหนักรู้ในตนเอง หรือคิดและกระทำที่บิดเบือนความจริง ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข จะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจมากขึ้น มีแนวโน้มทำให้เกิดอาการทางจิตได้ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาเหล่านี้อย่างรู้สำนึกตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ก็จะเอื้อให้เกิดการปรับตัวได้ ความสามารถในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

2.1 รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิดทำให้อารมณ์ตึงเครียดลดลงรูปแบบส่วนใหญ่ของความสามารถในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ วิธีเผชิญปัญหาได้แก่ การหลีกเลี่ยง การทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็ก การพยายามอยู่ห่างจากเหตุการณ์นั้น การเปรียบเทียบในแง่ดี และการมองหาคคุณค่าในสิ่งนั้น

2.2 รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิดทำให้อารมณ์เครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งมีจำนวนไม่มากเพื่อทำให้อารมณ์เครียดลดลงหรือพบสถานการณ์ที่ดีกว่าในภายหลัง วิธีดังกล่าวคือ การตำหนิหรือการกระทำบางสิ่งในลักษณะลงโทษตัวเอง ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นได้แก่ นักกีฬาซึ่งจงใจเพิ่มความเครียดให้กับตนเองเพื่อที่จะได้มีแรงผลักดันในการต่อสู้แข่งขันเพื่อชัยชนะ เป็นต้น

2.3 รูปแบบอื่นๆ ซึ่งไม่ได้ใช้กระบวนการทางความคิด แต่เป็นการกระทำเพื่อให้ลืมปัญหาได้แก่ การทำสมาธิ การดื่มเหล้า การระบายความโกรธ เป็นต้น

Jalowiec and Other (1984) ได้รวบรวมพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ไว้ 25 พฤติกรรม คือ

- 1) การกังวล
- 2) การร้องไห้
- 3) การทำกิจกรรม / การออกกำลังกาย
- 4) การใช้อารมณ์ขัน
- 5) การรับประทาน / สูบบุหรี่
- 6) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- 7) การรับประทานยา
- 8) การมองโลกในแง่ดี
- 9) การฝันกลางวัน
- 10) การมองโลกในแง่ร้าย
- 11) การฉุนเฉียว / แข่งคำ
- 12) การสวมมนต์ ไหว้พระ
- 13) การหงุดหงิด
- 14) การปิดปัญหาออกจากความคิด
- 15) การตำหนิผู้อื่น
- 16) การระบายความเครียดกับผู้อื่น
- 17) การแยกตัวเอง
- 18) การยอมแพ้ต่อสถานการณ์ / หมดหวัง
- 19) การปล่อยให้สถานการณ์คลี่คลายไปเอง
- 20) การหาความสบายจากคนใกล้ชิด
- 21) การหนีจากสถานการณ์
- 22) การฝึกสมาธิ
- 23) การยอมแพ้ต่อสถานการณ์ เพราะคิดว่าเป็นชะตากรรม
- 24) การนอนหลับ
- 25) การไม่กังวล

ความไม่สามารถในการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยการผสมผสานระหว่างการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้อาจให้ทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และในแต่ละสถานการณ์ เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยและบาดเจ็บอย่างรุนแรง ต้องสูญเสียอวัยวะหรือมีความพิการ หรืออาจต้องสูญเสียชีวิตนั้น การปฏิเสธในระยะแรกเป็นการตอบสนองที่ผิดปกติ เพราะในระยะนี้ผู้ที่

เจ็บป่วยมักสับสนและอ่อนแอเกินกว่าที่จะเผชิญกับความจริงได้ การปฏิเสธอาจช่วยทำให้มีความหวัง แต่เมื่อเวลาผ่านไปหากยังคงใช้การปฏิเสธตลอดเวลาที่จะเกิดผลเสีย และทำให้ไม่สามารถมีพฤติกรรมเผชิญปัญหาอื่นๆ ที่เหมาะสมหรือเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ ในทางตรงข้ามผู้ป่วยมะเร็งที่ยอมรับความจริงจนกระทั่งหมดสิ้นความหวังทั้งหมดนั้น ถือว่าเป็นความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

2.3 การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (Jalowiec Coping Scale :JCS) ซึ่งเครื่องมือ Jalowiec and Other ได้สร้างขึ้นในปี 1979 โดยได้รวบรวมการเผชิญปัญหาที่บุคคลใช้ ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองโดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการเผชิญปัญหาของ Lazarus (1978) ซึ่งสรุปรูปแบบการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 รูปแบบ 40 พฤติกรรม ประกอบด้วยการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญกับปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์และได้พัฒนาเครื่องมือ ใช้วัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาจากแบบวัดชุดเดิมประกอบด้วย 40 ข้อ แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา คือ 1. การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive) 2. การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด (Emotion Coping) 3. การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด (Palliative Coping) และได้นำไปหาความเที่ยงโดยการทำซ้ำ (Test-retest Method) ได้ค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.78 - 0.91 (Jalowiec 1981, 1984, 1988) และหาค่าความเที่ยงด้านความสอดคล้องภายในโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.85-0.86 ต่อมาในปี 1987 Jalowiec ได้ปรับปรุงแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาใหม่มีจำนวน 60 ข้อ แบบวัดนี้ได้นำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงได้ 0.88-0.94 (Jalowiec, 1989 cited in Downe -Wamboldt and Melansan, 1995) และนำไปใช้อย่างแพร่หลาย แบบวัดชุดใหม่นี้แบ่งเป็น 8 รูปแบบนี้ คือ Jalowiec and Other, 1987 cited in Guo Guifang, 1996, Downe - Wamboldt and Melansan, 1995)

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) คือการพยายามแก้ไขปัญหามองหน้ากับสถานการณ์ใช้การหาข้อมูลและพยายามแก้ไขปัญหามองหน้า
2. การหนีปัญหา (Evasive Coping) คือปฏิบัติกริยาหลีกเลี่ยงหรือการพยายามหนีออกจากปัญหา
3. การมองเหตุการณ์ในแง่ดี (Optimistic Coping) คือ การใช้วิธีการคิดในทางที่ดี มองในแง่ดี พยายามมองหาแง่มุมที่ดีของสถานการณ์ พยายามใช้อารมณ์ดี
4. การมองเหตุการณ์ในแง่ร้าย (Fatalistic Coping) คือ การมองเหตุการณ์ในทางไม่ดี รู้สึกสิ้นหวัง ควบคุมสถานการณ์ได้น้อย คิดว่าตนเองโชคร้าย
5. การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด (Emotive Coping) คือ การปลดปล่อยอารมณ์ ลดความตึงเครียดของอารมณ์ ระบายความรู้สึกวิตกกังวลกับปัญหา หรือระบายความเครียดกับผู้อื่น

6.การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด (Palliative Coping) คือการพยายามลดหรือควบคุมความรู้สึกไม่สบายใจ โดยทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น เช่น การทำงานหนักขึ้น

7.การใช้การประคับประคอง (Supportant Coping) คือการใช้ระบบประคับประคองเช่นบุคคลใกล้ชิด ผู้รู้ผู้ชำนาญ

8. การพึ่งพาตนเอง (Self - reliant Coping) คือการพยายามพึ่งพาตนเองมากกว่าผู้ทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง

ในการศึกษาคครั้งนี้ใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (Jalowiec Coping Scale :JCS) ซึ่งเครื่องมือ Jalowiec and Other ได้สร้างขึ้นในปี 1979 โดยได้รวบรวมการเผชิญปัญหาที่บุคคลใช้ ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการควบคุมความรู้สึก และอารมณ์ของตนเองโดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการเผชิญปัญหาของLazarus (1978)และแบบวัดนี้ประกอบด้วย 6 ด้านรวม 40 ข้อ คือ

- 1.การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด (Emotive Coping)
2. การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด (Palliative Coping)
3. การใช้การประคับประคอง (Supportant Coping)
4. การพึ่งพาตนเอง (Self-reliant Coping)
5. การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping)
6. การมองเหตุการณ์ในแง่ดี (Optimistic Coping)

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ที่เสพยาบ้า

การที่บุคคลจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาให้มีประสิทธิภาพได้นั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยประกอบกัน ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล จำแนกได้ดังนี้ (Lazarus & Folkman 1984)

1.ลักษณะของความเครียดหรือสถานการณ์นั้น เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อย่างฉับพลันโดยไม่ทันได้คาดคิดมาก่อน ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะเวลาที่เกิดสถานการณ์ และเป็นความเครียดเรื่องเดียวหรือหลายเรื่องที่เกิดขึ้นพร้อมกัน ซึ่งทั้งหมดจะมีผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาต่างกัน เช่น บุคคลหนึ่งอาจสามารถเผชิญปัญหาหรือความเครียด ที่รุนแรงเรื่องหนึ่งได้ แต่ประสบความล้มเหลวเมื่อเผชิญกับเรื่องที่เกิดขึ้นหลาย ๆ เรื่องในเวลาเดียวกัน แม้ว่าความรุนแรงจะน้อยกว่า

2. ประสบการณ์ในอดีต เป็นศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งช่วยในการตัดสินใจหรือจัดการกับปัญหา ที่เกิดขึ้น บุคคลมักจะใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาใช้จัดการกับปัญหา ซึ่งถ้าไม่ได้ผล ก็จะเลือกหาวิธีใหม่

3. อายุ จะมีผลต่อการเผชิญปัญหา โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้เกิดความรอบคอบในการเผชิญปัญหามากขึ้น มีแนวทางในการเลือกวิธีการเผชิญปัญหามากขึ้น

4. ระดับการศึกษา ถือเป็นปัจจัยส่วนบุคคลอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา ระดับการศึกษา ที่ดีกว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้เหมาะสม ตลอดจนการเลือกใช้ประโยชน์จากความรู้ หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่มาใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ

5. ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะในแต่ละบุคคลในการค้นหาข้อมูลที่เป็นต้นเหตุ ของปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อแยกแยะปัญหาและหาทางเลือกในการแก้ปัญหา อย่างมีเหตุผล ซึ่งทักษะนี้เป็นผลจากการนำเอาประสบการณ์ ความรู้และสติปัญญามาใช้ในการแก้ปัญหา

6. ทักษะทางสังคม เป็นความสามารถของบุคคลในการติดต่อสื่อสารสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อขอความเห็น ขอความร่วมมือและความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เนื่องจากมนุษย์ทุกคนมีหน้าที่ บทบาท ในสังคมซึ่งทักษะทางสังคมนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญช่วยในการเผชิญปัญหาหรือจัดการกับปัญหามากขึ้น

7. แหล่งสนับสนุนทางสังคม คือการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อน และสังคมอย่างแท้จริง ทั้งด้านการให้ความรู้หรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และด้านการสนับสนุนในด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจและการพึ่งพาอาศัยกัน จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ดี

8. ภาวะสุขภาพและพลังงาน เนื่องจากสุขภาพและพลังงานเป็นตัวเอื้อให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นไปได้อย่างเต็มความสามารถที่บุคคลมีอยู่ หากบุคคลร่างกายอ่อนแอหรือเจ็บป่วยทำให้มีพลังงาน ไม่เพียงพอที่จะนำมาจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้

9. ค่านิยมและความเชื่อ บุคคลจะมีความเชื่อแตกต่างกันไปและมีอิทธิพลต่อการรับรู้ และการประเมินค่าสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ ถ้าบุคคลมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความเชื่อทางบวกเกี่ยวกับความยุติธรรม อิศรภาพ ความดี ความซื่อหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะช่วยให้การประเมินสถานการณ์เป็นไปอย่างเหมาะสม มีความคิดในทางที่ดีต่อความสามารถของตนเอง มองตนเองในทางที่ดีมั่นใจในแหล่งสนับสนุนต่างๆจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ และมีพลังในการเผชิญปัญหาได้ดี

10. แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางการเงิน สิ่งของและสิ่งอำนวยความสะดวก ถ้าบุคคลใช้สิ่งเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพย่อมมีทางเลือกและความพร้อมในการเผชิญปัญหาได้มากขึ้น

2.5 ผลของการเผชิญปัญหาของผู้ที่เสพยาบ้า

เมื่อบุคคลผ่านการประเมินสถานการณ์และกระบวนการเผชิญปัญหาแล้ว สิ่งสำคัญที่จะแสดงให้เห็นประสิทธิภาพหรือความสำเร็จของการใช้กระบวนการเผชิญปัญหา คือ การปรับตัว ซึ่งจะแสดงผลเป็นพฤติกรรม 3 ประการ (ททัยรัตน์ จรัสสุโรสิน, 2539)

1) การทำหน้าที่ในสังคม หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละบุคคล และความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมไปถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรงบทบาท และสัมพันธภาพในสังคม โดยส่วนใหญ่มักจะใช้การประเมินสถานการณ์ และการจัดการปัญหา หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล เป็นตัวกำหนดว่าเขาเหล่านั้น สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งความกังวลไม่แน่ใจ และภาวะอารมณ์ทุกข์โศก เป็นสิ่งขัดขวางทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ในสังคม ได้สำเร็จ

2) ขวัญหรือความพึงพอใจในชีวิต เป็นผลของการปรับตัวที่เกิดขึ้นในระยะเวลาควบคุมไป กับผล ในระยะสั้น คือ อารมณ์ที่แสดงออกแตกต่างกันไปแล้วแต่สิ่งที่เกิดขึ้นในระยะเวลาควบคุม ไปกับผลในระยะสั้น คือ อารมณ์ที่แสดงออกแตกต่างกันไปแล้วแต่สิ่งที่มากระทบ รวมทั้งสะท้อน ให้เห็นถึงการประเมินสถานการณ์ว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด และบุคคลเหล่านั้นมีความพึงพอใจต่อ ผลของการเผชิญปัญหาหรือไม่

3) ภาวะสุขภาพ ความเครียดและอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์โกรธหรือกลัว จะมีผลกระทบ ต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยมากขึ้น รูปแบบการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันนั้น มีความสัมพันธ์กับผลของการปรับตัวในด้านภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ควรมีการควบคุมอารมณ์ที่ดี ไม่โกรธหรือโมโหง่าย นั่นถือว่ามีความสามารถเผชิญปัญหาได้ดี

2.6 การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

Miller (1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่ดีนั้นจะเกิดขึ้นที่บุคคลสามารถจัดการความไม่สุขสบายที่เกิดจากภาวะสูญเสียหรือเป็นอันตราย สามารถรักษาความมั่นคงของบุคคลไว้ได้ รวมทั้งสามารถรักษาทบพาทและทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและยังคงมองตนเอง ในด้านบวก มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และยังคงมองตนเองในด้านบวก การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเมื่อ

1.การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเมื่อสามารถเก็บความเศร้าโศก เสียใจให้อยู่ในระดับที่สามารถจัดการได้

2. ทำให้เกิดความหวังและกำลังใจ

3. มองตนเองในด้านบวก

4. สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่มีความสำคัญในชีวิตตนเองได้

5. เพิ่มความหวังในสถานการณ์ที่เป็นประโยชน์ (ระหว่างบุคคล สังคม เศรษฐกิจ)Beare and Myer (1994 อ้างถึงใน ททัยรัตน์ จรัสสุโรสิน,2539) การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ คือ การกระทำในลักษณะส่งเสริมสุขภาพช่วยให้บุคคลสามารถจัดการปัญหาได้สำเร็จ ส่วนการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพคือการกระทำที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แม้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้

ความเครียด หรือปัญหาลดลงได้เป็นครั้งคราว เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงปัญหา การรับประทานอาหารมากกว่าปกติ การดูแลเกี่ยวกับกรวดผู้อื่น เป็นต้น บุคคลซึ่งมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่ให้เห็นอย่างหนึ่งได้ว่าบุคคลนั้น มีการเผชิญปัญหาได้ดี

Caplan (1963 cited in Miller, 1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเป็นการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาตามความเป็นจริงอย่างมีประสิทธิภาพ และค้นหาข้อมูล แสดงอย่างอิสระทั้งความรู้สึกในแง่บวกและแง่ลบมีความอดทนอดกลั้นในความขัดแย้งยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น หยุดปัญหาเท่าที่สามารถทำได้ ตระหนักในความเหนื่อยล้าและความไม่เป็นระเบียบแบบแผน พยายามต่อสู้กับปัญหาควบคุมอารมณ์ตัวเองให้ได้นับถือไว้วางใจตัวเองและผู้อื่นมองโลกแง่ดี

2.7 ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ที่เสพยาบ้า

ความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามที่บุคคลในการใช้ทั้งความคิด และการกระทำที่จัดการกับความเครียด ทั้งภายในและภายนอก โดยจะต้องใช้กำลังหรือความสามารถและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการที่บุคคลใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ก่อให้เกิดผลที่แตกต่างกัน โดยพบว่าการเผชิญปัญหาลักษณะจัดการกับปัญหา มีแนวโน้มทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไข ทำให้เครียดน้อยลง มีความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น (Miller, 1992; Uthis, 1999) ในขณะที่หากมีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหาจะทำให้มีความผาสุกทางใจระดับต่ำ (Downe Wamboldt, 1995 ;Walt,1999) เช่นเดียวกับผู้ที่เสพยาบ้าที่กลับไปอยู่ในสังคม ถ้าสามารถประเมินสถานการณ์ความเครียด และให้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาประกอบกับเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็ง และทนต่อความเครียดได้ และเป็นบุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง มักจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ส่วนบุคคลที่มีความเชื่อภายนอกคนมักจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Anderson, 1977; Elishman, 1984, cited in Lazarus and Folkman, 1984)

5. แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่ม

ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมาย หรือนิยามไว้มากมาย เช่น Rogers (1951) Gazda (1975) Ohlsen (1977) Dyer และ Trotzer (1989) สรุปได้ว่าการให้การปรึกษากลุ่มหมายถึงกระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม จัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป ในเวลาเดียวกัน ภายใต้บรรยากาศที่ผ่อนคลาย อบอุ่น เป็นมิตร นำไว้วางใจ โดยมีจุดประสงค์ให้สมาชิกกลุ่มรู้จัก เข้าใจและยอมรับตนเองอย่างแท้จริง สามารถเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา และลดความขัดแย้งในจิตใจอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและพัฒนาตนเองให้มีคุณค่าแก่ครอบครัวและสังคม ตามจุดมุ่งหมายของชีวิต

Mahler (1969) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่มไว้ว่า หมายถึงกระบวนการของกลุ่มที่ช่วยให้บุคคลได้เข้าใจตนเอง และเกิดการยอมรับนับถือตนเองมากขึ้นด้วย

การที่บุคคลได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มนั้นกระบวนการต่างๆ ที่เกิดขึ้นช่วยทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเคารพ ยอมรับซึ่งกันและกันรับรู้ถึงความรู้สึกของกันและกัน สิ่งเหล่านี้ช่วยบรรเทาความรู้สึกเป็นทุกข์หรือความไม่สบายใจของสมาชิกกลุ่มลง สมาชิกสามารถสำรวจพฤติกรรมของตนเองได้ว่า สิ่งใดที่เป็นปัญหาของสมาชิกที่มีลักษณะคล้ายกันมากกว่าสนใจภาวะของโรคในแต่ละคน

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มหมายถึง การที่บุคคลมีความต้องการที่จะปรับปรุงและพัฒนาตนเองเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งมาปรึกษาหารือกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในกลุ่ม

สรุปการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึงกระบวนการให้ความช่วยเหลือสมาชิก โดยที่สมาชิกมีความต้องการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมาเข้ากลุ่มร่วมกัน เพื่อพบปะพูดคุย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเคารพ การยอมรับซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาร่วมกลุ่มด้วยในกระบวนการกลุ่ม สมาชิกเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความร่วมมือในกิจกรรมกลุ่ม การไว้วางใจผู้อื่น การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนความคิดที่เป็นปัญหาของตนเองได้ โดยที่สมาชิกในกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและเผชิญปัญหาร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมและสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัว ชุมชน ที่ทำงาน และสังคมได้อย่างมีความสุข

Mahler (1969) กล่าวว่า วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คือ การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก ซึ่งทำให้เขาค้นพบความต้องการ และค้นหาปัญหาของตนเอง กล่าวที่ระบายนความรู้สึกร่วมกันที่มีต่อตนเอง สมาชิกกลุ่มและสิ่งแวดล้อมภายนอกเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบในพฤติกรรมของตนเอง มีความสุขที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผู้อื่นและสังคม

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) กล่าวว่า วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อช่วยให้สมาชิกได้พัฒนาความเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมมีความสามารถในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง

โดยสรุปแล้ววัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นเปรียบเสมือนเครื่องมือที่ช่วยเหลือบุคคลให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกี่ยวกับตนเอง มองตนเอง ผู้อื่น และสถานการณ์ที่มากระทบในมุมมองที่มีความอย่างยืดหยุ่นมากขึ้น รวมทั้งสามารถค้นพบแนวทางในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเองและสมาชิกกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการในการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

การเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ควรได้รับการพิจารณาอย่างเหมาะสม สมาชิกที่จะมาร่วมกลุ่มควรได้รับการพิจารณาในปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ระดับอายุ ระดับการศึกษาและสถานภาพทางสังคมที่ไม่แตกต่างกันมากเกินไป ไม่ควรบังคับให้สมาชิกเข้าร่วมกลุ่ม แต่จะใช้วิธีการสัมภาษณ์ สอบถาม โดยบอกให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์เป้าหมายของการร่วมกลุ่ม ประโยชน์ที่จะได้รับจากการ

เข้าร่วมกลุ่ม และบทบาทของสมาชิกในการร่วมกลุ่ม เมื่อสมาชิกกลุ่มรับทราบ เขาก็จะทำการตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มให้การศึกษาด้วยตัวเอง Mahler (1969) กล่าวว่า ควรเป็นผู้ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมกลุ่ม หรือแรงจูงใจในการเข้าร่วมกลุ่ม โดยที่สมาชิกมีลักษณะของปัญหาที่คล้ายคลึงกัน

ขนาดของกลุ่ม Mahler (1969) กล่าวว่าโดยทั่วไปแล้วการให้การศึกษาแบบกลุ่มควรจะมีสมาชิก 10 คนหรือน้อยกว่านั้น หากจะกล่าวโดยละเอียดแล้ว สำหรับกลุ่มซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ กลุ่มขนาด 7-10 คน เป็นขนาดซึ่งผู้นำกลุ่มสามารถที่จะนำกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับกลุ่มซึ่งสมาชิกเป็นเด็กควรจะมีขนาด 4-6 คน สาเหตุที่ควรจะมีการจำกัดจำนวนสมาชิกในกลุ่มไว้ไม่เกิน 10 คน หากกลุ่มมีขนาดใหญ่กว่านี้แล้ว สมาชิกบางคนอาจจะไม่ได้รับความสนใจหรือมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่

เวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม Mahler (1969) และ Gazda (1989) เสนอว่า ช่วงเวลาของการเข้ากลุ่ม อาจถูกจำกัดด้วยเวลาที่ตรงกัน อายุของสมาชิกกลุ่มและจุดประสงค์ของการพบกัน สามารถยืดหยุ่นเวลาให้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความต้องการ และความจำเป็นของสภาพแวดล้อมระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง ควรจะใช้เวลา 1½ - 2 ชั่วโมง แต่สำหรับเด็กระยะเวลาที่ใช้ควรสั้นลง กล่าวคือ แต่ละครั้งควรจะใช้เวลาประมาณ 20 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ความถี่ของการเข้ากลุ่ม อย่างน้อยที่สุดควรจะพบกันสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ส่วนจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มทั้งหมดนั้นขึ้นอยู่กับเป้าหมายและธรรมชาติของกลุ่ม โดยทั่วไปจัดให้มี การเข้ากลุ่มไม่เกิน 12 ครั้ง การจำกัดเวลา มีประโยชน์ในการช่วยสมาชิกกลุ่มมุ่งเอาชนะปัญหาให้ได้

แผนการให้การศึกษาแบบกลุ่ม ต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ของผู้เสพยาบ้า สรุปขั้นตอนของการให้การศึกษาแบบกลุ่มไว้ 4 ขั้นตอน คือ

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นเป็นรูปแบบการให้การศึกษาแบบกลุ่มแก่บุคคลเป็นรายกลุ่ม โดย การพบสมาชิกสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1½ - 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีกระบวนการดังนี้คือ

1. การเริ่มต้นการสนทนา สิ่งที่ต้องปฏิบัติทุกครั้งคือ

1.1 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกกลุ่ม เกี่ยวกับลักษณะกลุ่มโดยทั่วไป เช่น เพศ อายุ รายได้ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจมักจะพูดคุยปรึกษากับใคร จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและจากทะเบียนประวัติของผู้เสพยาบ้า พร้อมทั้งการสอบถามข้อมูลจากญาติ

1.2 สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่ม โดยการกล่าวทักทายกับสมาชิกกลุ่ม ด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส แสดงท่าทีเป็นมิตร จริงใจ และเปิดเผย มีความสม่ำเสมอในการกระทำ รวมทั้งการให้การยอมรับสมาชิกกลุ่ม

1.3 เลือกสถานที่ที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม โดยเป็นสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีเสียงภายนอก รบกวน แสงสว่างพอเหมาะ และบรรยากาศอบอุ่น ปลอดภัย

2. ปฏิบัติตามแผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้เสียหายบ้างนี่คือ

2.1 การให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 1

2.1.1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม คือการแนะนำตัวการชี้แจงวัตถุประสงค์โดยรวมของการให้คำปรึกษากลุ่มทั้ง 4 ครั้งโดยเน้นสาระของการสร้างสัมพันธภาพ และบรรยากาศที่ทำให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ ทำความรู้จักกันด้วยกิจกรรมการแนะนำตนเองด้วยใบงาน“ฉันคือใคร”

2.1.2 ขั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม คือ สร้างจุดมุ่งหมายของกลุ่มร่วมกัน ทำความรู้จักกันเพิ่มมากขึ้น โดยการแนะนำตนเองจากใบงาน “ฉันคือใคร” อภิปรายถึงเหตุผลในการเขียนข้อความนั้นๆว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากตัวเองอย่างไร ซึ่งถือว่าการเปิดเผยเรื่องราวของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น เน้นให้ทุกคนสำรวจตนเอง สาระของการเผชิญปัญหา เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง กล้าเปิดเผยอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง

2.1.3 ขั้นการดำเนินงาน คือ โดยเน้นสาระให้สมาชิกเข้าใจถึงกระบวนการเผชิญปัญหาที่ประสบด้วย สถานการณ์หรือสิ่งเร้า การประเมินสถานการณ์ และการเผชิญปัญหา อภิปรายร่วมกัน การประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิ เน้นให้สมาชิกประเมินสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า ว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำนาย ตนสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ ก่อให้เกิดความกระตือรือร้น ตื่นตัว มีชีวิตชีวา

2.1.4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา คือ ให้สมาชิกเข้าใจถึงกระบวนการเผชิญปัญหาอย่างชัดเจน รู้จักวิธีประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิ โดยเฉพาะการประเมินเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าที่เป็นสิ่งทำนาย เราสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ นำความคิดและประสบการณ์ที่ได้รับไปทดลองใช้ในชีวิตจริง ติดตามประเมินผล

2.2 การให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 2

2.2.1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม คือ ทบทวนถึงเนื้อหา กระบวนการในการประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิ อภิปรายถึงผลการนำความคิดและประสบการณ์ เกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิไปทดลองใช้ ว่าได้ผลอย่างไร สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงผลดี ผลเสียที่ได้รับ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 2

2.2.2 ขั้นเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม คือ การให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการประเมินสถานการณ์ขั้นทุติยภูมิ การประเมินซ้ำ และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งจัดการกับอารมณ์

2.2.3 ขั้นการดำเนินงาน คือ การจัดให้สมาชิกได้ทำการสำรวจตนเองถึงวิธีการประเมินสถานการณ์ขั้นทุติยภูมิ โดยตัดสินใจเลือกใช้วิธีการที่จะช่วยแก้ไขสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา

โดยตรงให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยเป็นการประเมินสถานการณ์แบบมุ่งแก้ที่ปัญหา หรือมุ่งแก้ที่อารมณ์ สมาชิกอภิปรายถึงแนวทางในการเผชิญปัญหาร่วมกัน รวมทั้งเน้นสาระที่จะเผชิญแบบมุ่งแก้ที่ปัญหา มากกว่าอารมณ์

2.2.4 **ขั้นยุติการให้คำปรึกษา** คือ สรุปลงและประเมินความเข้าใจของสมาชิกถึงวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหา และอารมณ์ โดยเน้นการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหาและอารมณ์ โดยเน้นการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหา เพื่อให้ปัญหาได้รับการแก้ไขโดยตรง กระตุ้นให้สมาชิกรวบรวมความคิด และประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินขั้นสุดท้ายปฏิบัติไปทดลองใช้ในชีวิตจริงและนำผลกลับมาอภิปรายร่วมกันในครั้งหน้า

2.3 การให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 3

2.3.1) **ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม** คือ ทบทวนถึงเนื้อหา กระบวนการในการประเมินสถานการณ์ขั้นสุดท้าย อภิปรายถึงผลการนำความคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ขั้นสุดท้ายไปทดลองใช้ ว่าได้ผลอย่างไร สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงผลดี ผลเสียที่ได้รับ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 3

2.3.2 **ขั้นเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม** คือการจัดให้สมาชิกกลุ่มได้อภิปรายถึงวิธีการเผชิญปัญหาของผู้สหายบ้าง พิจารณาถึงผลดี ผลเสียที่ตามมา รับรู้ถึงปัญหาและความต้องการของตนเอง และวางแผนแก้ไข โดยการใช้แหล่งทรัพยากรภายนอกตัวบุคคลที่มีอยู่

2.3.3 **ขั้นการดำเนินงาน** คือ การให้สมาชิกได้เข้าใจถึงแหล่งทรัพยากรภายนอกตัวบุคคล โดยเฉพาะแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับข้อมูลต่างๆ ได้รับคำแนะนำช่วยเหลือทางข้อมูลย้อนกลับ การสนับสนุนทางจิตใจ เช่นการให้ความไว้วางใจ จัดให้สมาชิกวางแผนการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้

2.3.4 **ขั้นยุติการให้คำปรึกษา** คือสรุปผลและประเมินความเข้าใจของสมาชิกถึงวิธีเผชิญปัญหา แหล่งทรัพยากรนอกตัวบุคคล เพื่อให้ปัญหาได้รับการแก้ไขโดยตรง ให้สมาชิกรวบรวมที่ กำหนดไว้ ไปทดลองใช้ปฏิบัติในชีวิตจริงและนำผลมาอภิปรายร่วมกันในครั้งหน้า ทบทวนเอกสารความรู้ที่ได้รับ

2.4 การให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 4

2.4.1 **ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม** คือ ทบทวนถึงเนื้อหา การแสวงหาแหล่งทรัพยากรภายนอกตัวบุคคล โดยเฉพาะแหล่งสนับสนุนทางสังคม อภิปรายผลการนำแผนการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้ ว่าได้ผลอย่างไร สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงผลดี ผลเสียที่ได้รับ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 4

2.4.2 **ขั้นเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม** คือ การจัดให้สมาชิกกลุ่มทำความเข้าใจถึงแหล่งทรัพยากรภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพ สุขภาพและพลังงาน ความเชื่อในทางบวก ทักษะในการแก้ปัญหา และทักษะทางสังคม การสื่อสาร ความมีคุณค่าในตนเอง

2.4.3 **ขั้นการดำเนินงาน** คือ การจัดให้สมาชิกกลุ่มได้อภิปรายถึงประสบการณ์ในการนำทรัพยากรภายในตัวบุคคลไปใช้ในการเผชิญปัญหา และพิจารณาถึงผลดี ผลเสีย ที่ก่อให้เกิดปัญหาในปัจจุบันร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาโดยบูรณาการความรู้ที่ได้ทั้งหมดเริ่มตั้งแต่กระบวนการในการเผชิญปัญหา การประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ การประเมินซ้ำ การใช้แหล่งทรัพยากรภายนอกและภายในตัวบุคคลมาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.4 **ขั้นยุติการให้คำปรึกษา** คือ สรุปและทบทวนเนื้อหาทั้งหมดที่ได้รับ และประเมินความรู้และประสบการณ์ที่สมาชิกได้รับตั้งแต่การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 4

6. บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

ทักษะที่สำคัญสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชขั้นสูง คือทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการบำบัด (therapeutic communication) จะเห็นว่าการให้การบำบัดทางจิตใจ (psychotherapy) จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์ ลีลา หรือทักษะการสื่อสารของผู้บำบัด ในการที่จะเอื้อให้ผู้เสพยาบ้าได้เรียนรู้ปัญหาของตน และเห็นแนวทางในการแก้ไขด้วยตนเอง หลายๆครั้งที่พยาบาลจิตเวชจะดูมองว่าไม่ได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรมมากนัก ส่วนใหญ่จะนั่งพูดคุยกับผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งเป็นการมองจากผู้ร่วมงานภายนอกที่สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เข้าใจ ในการบำบัดครั้งนี้ และการที่ไม่เห็นความสำคัญของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการบำบัดนั่นเอง นอกจากนี้ทักษะการตรวจร่างกาย และการตรวจสภาพจิตเป็นอีกทักษะหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชขั้นสูงควรมี เพื่อประโยชน์ในการให้การบำบัดรักษเบื้องต้น ตลอดจนทักษะในการทำการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการบำบัด รายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัด นอกจากนี้ผู้ศึกษาควรพัฒนาตนเองในสมรรถนะหลัก (core competency) ที่ทางสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2551) ได้กำหนดไว้ ประกอบด้วย 9 สมรรถนะด้วยกัน ได้แก่

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะโรคในการให้การพยาบาลอย่างเชี่ยวชาญทางคลินิก (care management)

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct Care)

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring)

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษา ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation)

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผล (outcome management and evaluation)

จากสมรรถนะหลัก (core competency) ที่ทางสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (สภาการพยาบาล, 2551) ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้เสพยาบ้า ซึ่งผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้นำการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้ศาสตร์ ผลการวิจัย และข้อมูลหลักฐานในการปฏิบัติ และเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้เสพยาบ้าอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ เรียนรู้และฝึกการใช้เทคนิคการพยาบาล การให้ความรู้ การให้การปรึกษารายบุคคล และรายกลุ่ม จริยธรรม การสร้าง/ใช้องค์ความรู้ในกลุ่มผู้เสพยาบ้า เพื่อพัฒนาสมรรถนะของการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2551) ของผู้ศึกษาในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) พัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดระบบบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เสพยาบ้า ประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองผู้เสพยาบ้าทั้งในสถานพยาบาล และชุมชนเพื่อการวางแผน และการจัดการทางการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพทั้งในระยะเริ่มต้น ระยะยาวรวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการบริการ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการบำบัดทางจิตในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้เสพยาบ้า และครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตประจำวัน สามารถบริหารจัดการ ให้ผู้ป่วยเสพยาบ้าได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้การบำบัดทางจิตด้วยเทคนิคการให้คำปรึกษา และเทคนิคจิตบำบัดเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัด และเตรียมความพร้อมของผู้เสพยาบ้า และครอบครัวเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชนอย่างมีความสุข

2) พัฒนาทักษะในการสอน กำกับ และชี้แนะ ที่สามารถปรับให้เหมาะกับบุคคล ครอบครัว ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้เสพยาบ้า

3) พัฒนาความสามารถในการใช้ผลการวิจัยและการทำวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวช และจัดทำกรปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) สำหรับกลุ่มผู้เสพยาบ้า บริหารจัดการให้ผู้เสพยาบ้าได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง พร้อมทั้งดำเนินการและประเมินผลโดยบูรณาการ การบำบัดทางการพยาบาล และการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่าใช้จ่าย

4) พัฒนาภาวะผู้นำ เป็นที่ปรึกษา เป็นที่เลี้ยง และผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้เสพยาบ้าให้ได้คุณภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย ตลอดจนการลดและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะกลับไปเสพยาบ้า

5) พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลเพื่อให้ผู้เสพยาบ้าได้รับการดูแล

6) พัฒนาทักษะในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้เสพยาบ้า ทั้งในและนอกวิชาชีพ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปาริชาติ กิจธรรมคุณ (2547) ได้ศึกษาการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของเยาวชนที่เสพยาบ้า ในระยะติดตามการรักษาโรงพยาบาลทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม มีผลทำให้คะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา ของเยาวชนที่เสพยาบ้าในระยะติดตามการรักษาก่อนได้รับโปรแกรมการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อังคณา จิโรจน์ (2547) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความเครียด และความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีปัญหาพฤติกรรม ในโรงเรียนบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่านักเรียนในโรงเรียนบางปะหันที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ก่อนทดลองนักเรียนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับพอใช้ทั้ง 6 ด้านค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.0-1.99 และหลังทดลองมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดี ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.0-3.0 ทั้ง 6 ด้าน

ฉวีวรรณ กาพย์เกิด (2536) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเบญจมราชูทิศ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีการศึกษา 2535 ที่มีความเครียดสูงจำนวน 20 คน พบว่า นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีความเครียด แตกต่างจากนักเรียนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีคะแนนความเครียดลดลงกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

วัลภา บุรณกลัศ (2538) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลและวิธีการเผชิญปัญหาในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจิตเวช ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2535 โดยเป็นนักศึกษาที่มีคะแนนความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจิตเวช สูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 และมีคะแนนวิธีการเผชิญปัญหา ในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจิตเวช ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 จำนวน 10 คนพบว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจิตเวชลดลง และมีวิธีการเผชิญปัญหาในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยดีขึ้น

ทิพรรัตน์ เสงตระภูต (2540) ได้ศึกษาผลการเปรียบเทียบแบบกลุ่มตามทฤษฎีการใช้เหตุผลและอารมณ์ เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ปีการศึกษา 2539 จำนวน 16 คน พบว่านักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดต่ำกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม พฤติกรรมก้าวร้าวในระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง

ราตรี พันธุมจินดา (2542) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นในเขตชายแดนไทย – กัมพูชา ปีการศึกษา 2542 โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 12 คน พบว่านักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับสุขภาพจิตสูงกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ระดับของสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง และสุขภาพจิตในระยะติดตามสูงกว่าระยะก่อนทดลอง

นิภาพร ละครวงส์ (2542) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การฝึกสมาธิ และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับการฝึกสมาธิต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่า หลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม นักศึกษาที่ได้รับวิธีส่งเสริมสุขภาพจิตทั้ง 3 วิธี มีสุขภาพจิตดีขึ้น การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับการฝึกสมาธิทำให้สามารถจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล การปรับตัวและการแก้ปัญหาดีกว่าการฝึกสมาธิเพียงอย่างเดียว

ดวงพร ดันดิธรรมานนท์ (2542) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมตามแนวคิดของเคลลี่ เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ จังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ. 2542 ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่เป็นบุคคลปัญญาอ่อนหรือมีอาการทางจิต จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมตามแนวคิดของเคลลี่ มีระดับพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมตามแนวคิดของเคลลี่มีระดับพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เนาวรัตน์ บุ๋ทอง (2544) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 โรงเรียนหนองพระพิทยา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ปีการศึกษา 2543 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 12 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน กลุ่มควบคุม 6 คน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่านักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนการได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

อุบลวรรณ เรือนทองดี (2544) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5, และ 6 โรงเรียนสองพี่น้องวิทยา ที่มีคะแนน CES-D มากกว่าหรือเท่ากับ 16 จำนวนทั้งสิ้น 78 คน กลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มทดลอง 38 คน พบว่าภายหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

เพยาวี พงษ์ศักดิ์ชาติ และนุรา นามเดช (2545) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อทักษะชีวิตในการป้องกันสารเสพติดของผู้เสพยาบ้า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาเทคนิคแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี รวมทั้งสิ้น 84 โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 - 7 คนเพื่อเข้าร่วมกลุ่มให้คำปรึกษา พบว่าหลังการเข้ากลุ่มคะแนนปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการใช้สารเสพติดและเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุม

สุภาภรณ์ วงศ์ใหญ่ (2545) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกตามแนวคิดพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อความเข้มแข็งในการมองโลก และความวิตกกังวลทางสังคมของเยาวชนในสถานสงเคราะห์ เด็กชายบ้านเชียงใหม่ ที่มีอายุ 13 - 18 ปี จำนวน 16 คน กลุ่มละ 8 คน พบว่าเยาวชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล และอารมณ์มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น มีความวิตกกังวลทางสังคมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัชรินทร์ อรุณเรือง (2545) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการฟื้นฟูพลังและกลวิธีในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูพลังและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลอง

พิมพ์สิริ มาลารัตน์ (2546) ศึกษาผลการปรึกษาแบบกลุ่มต่อทัศนคติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศ และอำนาจภายในตน ในการควบคุมพฤติกรรมทางเพศของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์พบว่าหลังการทดลองนิสิตที่เข้าร่วมกลุ่มมีทัศนคติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศและการมีอำนาจภายในตน ในการควบคุมพฤติกรรมทางเพศสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สุวรรณ มาณรงค์ชัย (2546) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรมและการปฏิบัติธรรมที่มีต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่มีแนวโน้มสุขภาพจิตไม่ดี กลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 8 คน พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนสุขภาพจิตดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมและดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง

กิตติยา สุขพินิจ (2547) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของโรเจอร์ เพื่อพัฒนาอัตมโนทัศน์ และการปรับตัวทางสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่มี

ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมต่ำ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 10 คน ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองเชิงปฏิบัติการ นักเรียนที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีอัตมโนทัศน์ และการปรับตัวทางสังคมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

วิชิตาวลัย โอรัตนสถาพร (2546) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีต่อความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นชั้นปีที่ 3 โรงเรียนเวียงป่าเป้าวิทยาคม จังหวัดเชียงราย ที่มีคะแนนความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมต่ำกลุ่มละ 16 คน พบว่า หลังการทดลองนักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มให้คำปรึกษา มีคะแนนความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษา

Caplan(1975)ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีพฤติกรรมเกเร โดยการทดลองในการให้คำปรึกษาสัปดาห์ละครั้งๆละ 50 นาทีเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์พบว่านักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมที่สังคมยอมรับ สามารถรับรู้ถึงตัวตนและอัตมโนทัศน์ที่มีความสมดุลกันได้

Samulewicz(1975)ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับความสามารถในวิเคราะห์วิจารณ์ มโนภาพแห่งตน และการปรับพฤติกรรมของนักเรียนที่มีปัญหาในการปรับตัว โดยแบ่งนักเรียนชาย-หญิงที่มีระดับสติปัญญา 85 – 115 เป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มและเป็นกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม สมาชิกพบกัน 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ เน้นความคิดส่วนกลุ่มควบคุม จะไม่มีการให้บริการใดๆ ผลการทดลองพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และ 1 กลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการวิเคราะห์วิจารณ์ มโนภาพแห่งตน และคะแนนปรับพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Desrats (1975) ได้ศึกษาผลการใช้ตัวแบบในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีผลต่อการพัฒนา การทางการเรียน การปรับตัว มโนภาพของเด็กวัยรุ่นในสถาบันรับเลี้ยงเด็ก อายุ 11 – 14 ปี จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม ให้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มพัฒนาการ และการให้คำปรึกษาแบบตัวแบบ (Modeling group counseling) คือมุ่งสนใจที่การศึกษาเฉพาะรายและทักษะสัมพันธภาพที่สมาชิกเสนอขึ้นมา สมาชิกพบกัน 2 ครั้งครั้งละ 50 นาที ติดต่อกัน 5 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Lang (1976, อ้างใน วิภาวี เกียรติอักษมาสัย, 2542) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาความเข้าใจตนเองตามสภาพที่เป็นจริงในเด็กนักเรียนที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในห้องเรียน พบว่าการให้คำปรึกษาโดยการเข้ากลุ่มแบบพัฒนาศักยภาพทำให้นักเรียนพัฒนาความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

Martinez (1981) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการฝึกความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมแบบกลุ่มกับการบำบัด เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเป็นคุณค่าของตนเองแบบกลุ่ม ที่มีต่อการลดลงของคะแนนความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความก้าวร้าวและการเพิ่มขึ้นของความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมกับความรู้สึก เห็นคุณค่าของตนเอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 ส่วน คือ บุคคลที่กำลังอยู่ในช่วงการบำบัด หรือที่มีประวัติ มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความรู้สึกไม่เป็นที่มิตรกับบุคคลอื่น ความไม่กล้าแสดงออกหรือความเห็นคุณค่าของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง โดยกลุ่มที่ได้รับการฝึกความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด เพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าของตนเอง มีความวิตกกังวลความซึมเศร้าและเศร้าก้าวร้าวลดลงภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม มีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองและอึดทนโน้ทนทนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัด เพื่อส่งเสริมมีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง

Watson and Dodd (1984) ได้เปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ใช้การสร้างทักษะการติดต่อสัมพันธ์ โดยการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ กลุ่มที่ 2 ใช้การฝึกทักษะ โดยเฉพาะควบคุมไปกับการกำจัดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดและกลุ่มที่ 3 ทำการฝึกทักษะเพียงอย่างเดียว ผลการวิจัยพบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม สามารถลดความวิตกกังวลในการติดต่อสัมพันธ์และการพูดในที่สาธารณะได้ และพบว่ากลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มนั้น สามารถลดความวิตกกังวลได้ไม่แตกต่างกัน

Burton (1987) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มในการฝึกความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมให้กับเด็กวัยรุ่นลูกครึ่งเกาหลีสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นลูกครึ่งเกาหลีสหรัฐอเมริกา จำนวน 85 คน ที่มีอายุระหว่าง 14-18 ปี จากการศึกษาพบว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มใช้วิธีการฝึกความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ไม่แตกต่างกันกับฝึกในรูปแบบอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กวัยรุ่นหญิงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม และสถานะของความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นมากกว่าเด็กวัยรุ่นชาย

Plancherel and Bolognini (1995) ได้ศึกษาการเผชิญปัญหาและสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น โดยทำการศึกษาระยะยาว (ปี ค.ศ.1989-1991) ในเรื่องสุขภาพจิต ปัจจัยที่ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในเด็กวัยรุ่นตอนต้นชาวสวิสเซอร์แลนด์จำนวน 276 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 13 ปี 8เดือนผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบใช้สัมพันธ์ภาพทางสังคมเข้ามาช่วยมีการแสดงออกทางลบ มีพฤติกรรมการกิน การเดินดูและซื้อของตามห้างสรรพสินค้ามากกว่าเด็กชาย ขณะที่เด็กชายมักใช้อารมณ์ขันการทำงานอดิเรกหรือเล่นกีฬามากกว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาเหล่านี้เป็นปัจจัยป้องกัน

กันเด็กวัยรุ่นตอนต้นเพศชายและเพศหญิงจากความทุกข์ใจและปัญหาอื่นๆ เช่นปัญหาการนอน อารมณ์ซึมเศร้า หรือวิตกกังวล

Bolognini and other (1997) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลวิธีการเผชิญปัญหาและ สุขภาพจิตของวัยรุ่นตอนต้น เพื่อระบุความเหมือนและความแตกต่างของรูปแบบการเผชิญปัญหา ของวัยรุ่นตอนต้นโดยทำการศึกษาวัยรุ่นตอนต้นที่อยู่ในชุมชนจำนวน 223 คน และวัยรุ่นตอนต้น ที่มีปัญหาการเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นตอนต้นเพศหญิงในชุมชน มีแนวโน้มการเผชิญ ปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาด้วยตัวเอง และใช้สัมพันธ์ทางสังคมเข้าร่วมด้วย

Seiffe-Krenke (2000) ได้ทำการศึกษาระยะยาวเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความแตกต่าง ของประเภทความเครียดรูปแบบการเผชิญปัญหาและอาการทางร่างกายในหมู่วัยรุ่นและแม่ของพวกเขาจำนวน 94 คน ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต กับความเครียดใน การดำเนินชีวิตในแต่ละวัน ขณะที่ประเภทความเครียดไม่มีสัมพันธ์กับอาการทางร่างกายของวัยรุ่น นอกจากนี้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนีปัญหา และหลีกเลี่ยงปัญหา สามารถเป็นตัวทำนายอาการ ทางร่างกายวัยรุ่นได้ ยิ่งไปกว่านั้น การมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมนำไปสู่การถอยหนีปัญหา

Hayes B Grant (2001) ได้ศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนักเรียนในโรงเรียน มีประสิทธิภาพจริงหรือไม่ ซึ่ง Hayes ได้ทำการศึกษาทั้งในโรงเรียนระดับอนุบาล ประถม และ มัธยมศึกษา พบว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแก่เด็กนักเรียนในทุกวัยนั้นมีประสิทธิภาพจริง เพราะ กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้เด็กเรียนนั้นพัฒนาทักษะทางสังคมมีทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นดีขึ้น เพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง และเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม(Group Counseling)

โดยการพบสมาชิกกลุ่มๆ ละ 10 คนจำนวน 2 กลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1½ - 2 ชั่วโมง จำนวน 2 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรม 4 กิจกรรม ดังนี้คือ

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจ

- การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ เน้นสาระของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา ทำให้เกิดความคุ้นเคย และไว้วางใจสร้างจุดมุ่งหมายของกลุ่มร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิดในการเผชิญปัญหา

- อภิปรายถึงผลการนำความคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับผลของการเสพยาบ้า เรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เป็นวิธีการที่เหมาะสม ฝึกปฏิบัติเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดในการเผชิญปัญหา

กิจกรรมที่ 3 การแก้ไข้ปัญหา

- เรียนรู้หลักการแก้ไข้ปัญหาเน้นการแก้ไข้ปัญหาที่ต้นเหตุของปัญหา ฝึกการแก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วนำไปใช้ในการเผชิญสถานการณ์จริง

กิจกรรมที่ 4 การเผชิญปัญหา และ ยุติกลุ่ม

- อภิปรายถึงผลการแก้ไข้ปัญหาว่าได้ผลหรือไม่ ได้ผลอย่างไร ตนเอง กล้าเปิดเผยปัญหา อารมณ์และความรู้สึกของตนเอง การเรียนรู้การเผชิญปัญหา

ความสามารถในการเผชิญปัญหา

เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์,(2548)

Jalowice and other,(1981)

- 1.การเผชิญหน้ากับปัญหา
- 2.การมองเหตุการณ์ในแง่ดี
- 3.การแก้ไข้อารมณ์ดิ่งเครียด
- 4.การบรรเทาอารมณ์ดิ่งเครียด
- 5.การใช้การประคับประคอง
- 6.การพึ่งพาตนเอง