

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างหน้าที่ครอบครัวกับทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการเสพยาบ้าในวัยรุ่น : กรณีศึกษาศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับครอบครัว
2. การทำหน้าที่ครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ โมเดล (McMaster Model)
3. ทักษะชีวิตของกรมสุขภาพจิต
4. ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า
5. ความรู้เกี่ยวกับวัยรุ่น
6. ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับครอบครัว

1.1 นิยามของคำว่าครอบครัว

ครอบครัวแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่เป็นสากลก็ตาม แต่เป็นการยากที่จะให้นิยามของคำว่า “ครอบครัว” ได้อย่างสมบูรณ์ เพราะครอบครัวมีความหมายแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ความหมายของครอบครัวยังเปลี่ยนไปตามกาลเวลาและสถานภาพของบุคคลอีกด้วย อย่างไรก็ตามพอที่จะสรุปนิยามของคำว่า “ครอบครัว” ดังนี้

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544 : 2-3) ได้ให้นิยามว่า ครอบครัวเป็น “กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา”

รุจา ภูไพบูลย์ (2541 : 3) ได้ให้นิยามของครอบครัวในเชิงสหสาขาวิทยาการว่า

1. ทางชีววิทยา ครอบครัวเป็นกลุ่มชนที่มีความผูกพันทางสายโลหิต
2. ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกัน

ถึงแม้จะอาศัยอยู่ต่างที่กัน

3. ทางสังคมศาสตร์ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหสถานเดียวกันมีปฏิสัมพันธ์ และสนใจต่อทุกข์ สุข ซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกัน โดยมีจำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน

4. ทางกฎหมายหรือนิติศาสตร์ ครอบครัวที่กฎหมายยอมรับ หมายถึง ครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตรที่มีต่อกัน และกำหนดสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย

ฟาริดา อิบรอฮีม (2541 : 148) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นที่รวมของบุคคลที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด การแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม ในกรณีที่มีสมาชิกไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกันหรือแยกกันอยู่ ยังยึดถือว่าตนมีบ้านที่ถือเป็นครอบครัวอยู่ร่วมกันที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทเฉพาะของตน เช่น เป็นสามี เป็นภรรยา พ่อ แม่ ลูก ฯลฯ และครอบครัวมักมีประเพณีวัฒนธรรมร่วมกันที่อาจต่างจากกลุ่มอื่น

ป. มหาจันทร์ (นามแฝง) (2544 : 29) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่มนุษย์จะต้องสังกัดอยู่ในสถาบันนี้มาตั้งแต่แรกเกิด ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของครอบครัว จึงเป็นไปอย่างใกล้ชิดสนิทสนม การเรียนรู้ของมนุษย์ก็เริ่มจากสถาบันครอบครัว จึงกล่าวได้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับชีวิตมนุษย์

พอจะสรุปได้ว่า ครอบครัว ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ คือ ต้องมีชายหญิงมาอยู่ร่วมกัน อาจมีบุตร หรือมีบุตรบุญธรรม และอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวในบ้านเดียวกัน หรือแยกกันอยู่ก็ได้ มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ การอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวมีระเบียบประเพณี มีบทบาทหน้าที่ต้องปฏิบัติตาม มีการถ่ายทอดวัฒนธรรมให้แก่สมาชิกรุ่นต่อ ๆ ไป รวมทั้งมีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

1.2 รูปแบบของครอบครัว

อุมอาพร ตรังคสมบัติ (2544 : 5) กล่าวว่า รูปแบบครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพของสังคม การเปลี่ยนแปลงตามวงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) รูปแบบครอบครัวที่พบบ่อยมีดังนี้

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) ประกอบด้วย สามี ภรรยา และลูกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน

2. คู่สมรสที่ไม่มีบุตร (Childless couples) ประกอบด้วยสามีและภรรยา

3. ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว (One-parent หรือ Single-parent family)

ประกอบด้วยลูกและพ่อหรือแม่ที่ต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูลูกตามลำพัง ทั้งนี้เนื่องจากคู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่ง

เสียชีวิต หย่าร้างหรือแยกทางไป หรือแม่ที่เลี้ยงดูลูกนั้นเป็นแม่ที่ไม่ได้แต่งงาน เป็นต้น

4. ครอบครัวบุญธรรม (Adoptive family) ประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตรบุญธรรม

5. ครอบครัวที่มีการแต่งงานใหม่ (Reconstituted family) ประกอบด้วย หญิง ชายที่มาอยู่ร่วมกัน โดยฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายเป็นหม้ายหรือมีการหย่าร้างมาก่อน

6. ครอบครัวขยาย (Extended family) ประกอบด้วยเครือญาติตั้งแต่ 3 ชั่วคนขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์กันโดยการเกิดหรือการแต่งงานมาอยู่ร่วมกัน

ป. มหาจันทร์ (นามแฝง) (2544 : 29) ครอบครัวยังแบ่งออกเป็นสองลักษณะ ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว (ครอบครัวนิวเคลียร์) กับครอบครัวขยาย ครอบครัวเดี่ยว คือ ครอบครัวที่มีสมาชิกอันประกอบไปด้วยสามี ภรรยา และบุตร ส่วนครอบครัวขยาย ได้แก่ ครอบครัวที่มีสมาชิกประกอบไปด้วยสามี ภรรยา บุตร ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติพี่น้อง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีครอบครัวที่มีสามีคนเดียวและภรรยาหลายคน

รุจา ภูโพนบูลย์ (2541 : 5) ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว ทำให้มีครอบครัวรูปแบบแปลก ๆ ใหม่ ๆ ที่แตกต่างไปจากรูปแบบเดิม (Nontraditional family forms) ซึ่งได้จากการศึกษาในซีกโลกตะวันตก ดังนี้

1. รูปแบบครอบครัวแบบเดิม

1.1 ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) เป็นครอบครัวที่คู่สามี- ภรรยา และบุตรอยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน

1.2 ครอบครัวคู่สามีภรรยา (Nuclear dyad) เป็นครอบครัวที่มีคู่สามีภรรยาอยู่รวมกันแต่ยังไม่มีบุตร

1.3 ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเดี่ยว (Single – parent family) เป็นครอบครัวที่คู่สมรสหย่า หรือเป็นหม้าย ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเลี้ยงดูบุตรคนเดียว

1.4 คนโสดอยู่คนเดียว (Single adult living alone) เป็นคนโสดที่ไม่ได้แต่งงานและแยกออกจากครอบครัวเดิม อยู่เพียงลำพังคนเดียว

1.5 ครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวที่สมาชิกจากด้านสามีหรือภรรยาอยู่รวมด้วย

1.6 ครอบครัวคู่ชรา (Elderly or middle- aged couple) ครอบครัวที่เหลือเพียงคู่สามีภรรยาเท่านั้น บุตรได้แยกออกไปจากครอบครัวหมดแล้ว ซึ่งจะต่างกับครอบครัวคู่สามีภรรยา (Nuclear dyad) ที่ยังไม่มีบุตร

1.7 ครอบครัวเครือญาติ (Kin network) เป็นครอบครัวที่สมาชิกยังไม่แต่งงานอยู่รวมกัน หรือ ในบริเวณไม่ห่างกัน มีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. รูปแบบครอบครัวที่แตกต่างจากแบบเดิม

2.1 ครอบครัวคอมมูน (Commune family) เป็นครอบครัวที่อยู่ร่วมกันหลาย ๆ ครอบครัวในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีการแบ่งปันแหล่งประโยชน์และใช้สิ่งจำเป็นต่าง ๆ ร่วมกันในกลุ่มรวมทั้งนำเด็ก ๆ ของครอบครัวที่อยู่ร่วมกันมาเลี้ยงดูร่วมกัน

2.2 ครอบครัวที่บิดา มารดาไม่ได้สมรส (Unmarried parent(s) and child family) เป็นครอบครัวที่บิดามารดาไม่ได้จดทะเบียนสมรสด้วยเหตุใดก็ตาม ซึ่งบิดามารดาอาจยังอยู่ร่วมกันหรือแยกกันอยู่ แต่ส่วนใหญ่มักพบว่าครอบครัวที่มารดาไม่ได้สมรสเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง

2.3 คู่อยู่ร่วมกัน (Cohabiting couple) เป็นการที่ชายหญิงอยู่ร่วมกัน โดยที่ยังไม่ได้ตัดสินใจว่าจะครองคู่ต่อไปในอนาคต และยังไม่ได้สมรสกัน

2.4 คู่รักร่วมเพศ (Homosexual unions) เป็นบุคคลเพศเดียวกัน อยู่ร่วมกันฉันสามีภรรยา

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544 : 6-7) ในสังคมปัจจุบันครอบครัวมีรูปแบบหลากหลายมากขึ้น การสำรวจในสหรัฐอเมริกาใน ค.ศ. 1983 พบว่า ครอบครัวเดี่ยวที่พ่อเป็นผู้หาเลี้ยงเพียงคนเดียว (Single breadwinner nuclear family) มีเพียงร้อยละ 13 ของครัวเรือนทั้งหมด รูปแบบครอบครัวที่พบบ่อยที่สุด คือ ครอบครัวที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกันในระยาะที่ยังไม่มีบุตรหรือบุตรจากบ้านไปแล้ว ซึ่งพบร้อยละ 23 รองลงมาคือครอบครัวที่มีหญิงหรือชายเพียงคนเดียวอันเนื่องจากการเป็นโสด เป็นหม้าย หย่า หรือแยกทางกัน ร้อยละ 21 ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เลี้ยงดูลูกตามลำพังร้อยละ 16 และครอบครัวเดี่ยวที่คู่สมรสทั้งคู่ต่างประกอบอาชีพ (Dual breadwinner nuclear family) ร้อยละ 16 นอกจากนี้ยังมีครอบครัวแบบอื่นอีก เช่น ครอบครัวที่เด็กอยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย ครอบครัวที่แต่งงานใหม่ ครอบครัวที่มีบุตรจากการผสมเทียม ครอบครัวที่หญิงและชายมาอยู่ร่วมกันโดยไม่ได้แต่งงาน รวมทั้งครอบครัวแบบรักร่วมเพศมีถึง ร้อยละ 6 ในประเทศไทยการสำรวจนักเรียนมัธยมทั่วประเทศ พบว่า ลักษณะครอบครัวที่พบบ่อยที่สุด คือ ครอบครัวเดี่ยวพบร้อยละ 68.9 รองลงมาคือ ครอบครัวชายร้อยละ 18.6 ครอบครัวที่มีเฉพาะแม่-ลูก ร้อยละ 7.4 เฉพาะพ่อ-ลูก ร้อยละ 2.3 และครอบครัวที่อยู่กันเฉพาะญาติพี่น้องโดยไม่มีพ่อแม่อยู่ด้วย ร้อยละ 2.8

โดยสรุปครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสถาบันที่มีลักษณะเฉพาะและแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ มีรูปแบบหลายรูปแบบ ทั้งรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัวตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม

2. การทำหน้าที่ครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ โมเดล (McMaster model)

การที่ครอบครัวจะดำรงอยู่อย่างปกติสุขหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติหน้าที่ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด การทำหน้าที่ครอบครัว (Family function) ได้เป็นอย่างดี และมีประสิทธิภาพ จะทำให้ครอบครัวนั้นเป็นครอบครัวที่มีความสุข สมาชิกในครอบครัวจะมีการแสดงออกถึงความห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน เปิดเผย เห็นอกเห็นใจ มีการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา มีอารมณ์ขัน บรรยากาศเต็มไปด้วยความอบอุ่น มีความหวัง สมาชิกแต่ละคนมีการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้เป็นอย่างดี มีความรับผิดชอบ ซึ่งเด็กที่เติบโตมาในลักษณะเช่นนี้ จะเป็นคนที่มีความสามารถ มีคุณค่าในตนเอง ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น ปรับตัวได้ดี และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับสังคมภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันจิตวิทยา (2547 : 89-90) ได้กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวว่า แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวมีอยู่หลายแบบ เช่น แมคมาสเตอร์ โมเดล (McMaster model) ของ แอพสเดน และคณะ (Epstein and others. 1982) โพรเซส โมเดล (Process model) ของ สเตนเฮียร์ (Steinheuer. 1984) เซอคัมเพลกซ์ โมเดล (Circumplex model) ของอลสัน และคณะ (Olson and others. 1989) และ เบเวอร์ ซิสเต็ม โมเดล (Beavers systems model) ของ เบเวอร์ และคณะ (Beavers and others. 1985) แต่ละแนวคิดก็อธิบายครอบครัวในแง่มุมต่างกัน แต่ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกใช้แนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ แมคมาสเตอร์ โมเดล (McMaster model) มาใช้ เพราะเป็นแนวคิดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งทางคลินิกและงานวิจัย และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ใกล้เคียงกับสังคมไทย

อุมาพร ครังคสมบัติ (2544 : 42-43) กล่าวถึง แนวคิดของแมคมาสเตอร์ (McMaster) เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัว (McMaster Model of Family Function หรือ MMFF) นั้น ครอบครัวเป็นระบบเปิด (Open system) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (Individual subsystem) คู่สมรส (Spousal subsystem) และพี่น้อง (Sibling subsystem) นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ ด้วย เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน องค์กรทางศาสนา ฯลฯ ในระบบแห่งครอบครัวนี้ถ้ามีกระบวนการ (Process) ที่ไม่เหมาะสมก็จะเกิดปัญหาขึ้นมาได้

MMFF ใช้ทฤษฎีหลายอย่างมาอธิบายการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัว เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้ และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ฯลฯ โดยทั้งหมดนี้จะอยู่ภายใต้กรอบใหญ่ของทฤษฎีระบบ อาจสรุปได้ ดังนี้

แต่ละหน่วยในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้นไม่สามารถทำได้

โดยวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงลำพัง จำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัว ทั้งระบบด้วยรูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์ประกอบในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนด พฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน

ตาม MMFF การทำหน้าที่ของครอบครัวแบ่งได้เป็นระดับ จากมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งจะผลักดันให้สมาชิกในครอบครัวพัฒนาได้เป็นอย่างดีทั้งร่างกายและจิตใจ ไปจนถึงไร้ ประสิทธิภาพซึ่งทำให้เกิดปัญหา แนวคิดนี้จะแบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นด้านต่าง ๆ อย่าง ชัดเจน เช่น ด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาท ฯลฯ แต่ในความเป็นจริง แล้วแต่ละด้านมีความคาบเกี่ยวกันอยู่เสมอและแนวคิดนี้จะกล่าวถึงหน้าที่เฉพาะด้านที่สำคัญ สำหรับสุขภาพจิตและการทำหน้าที่ในปัจจุบันเท่านั้น

สถาบันจิตวิทยา (2546 : 6-18) กล่าวว่า แมคมสเตอร์ โมเดล (McMaster model) จะ กล่าวถึง การทำหน้าที่ครอบครัวที่เน้นเฉพาะด้านที่สำคัญที่เกี่ยวข้องหรือเป็นสาเหตุของปัญหา สุขภาพจิต และการทำหน้าที่ในปัจจุบันของครอบครัวในด้านต่าง ๆ 6 ด้าน ดังนี้ คือ การแก้ไขปัญหา (Problem solving) การสื่อสาร (Communication) บทบาท (Roles) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) และการควบคุมพฤติกรรม (Behavior control)

2.1 การแก้ปัญหาในครอบครัว (Problem solving)

การแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อย่างเหมาะสมทำให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้และปฏิบัติหน้าที่ด้านต่าง ๆ ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ปัญหาในครอบครัวแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

2.1.1 ปัญหาทางด้านวัตถุ (Instrumental) ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวกับปัจจัยสี่ที่จำเป็น ต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่นปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ปัญหาการเงิน เป็นต้น

2.1.2 ปัญหาด้านอารมณ์ (Affective) ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัว เช่น ความโกรธระหว่างพี่น้องๆ ความขมขื่นหรือไม่ไว้วางใจ ระหว่างสามีภรรยา

บางครอบครัวอาจมีปัญหาทางอารมณ์โดยไม่มีปัญหาทางวัตถุเลย แต่ครอบครัวใดที่มีปัญหา ทางวัตถุมักจะมีปัญหาทางอารมณ์เกิดขึ้นด้วยเสมอ เช่น ครอบครัวที่ยากจนและขาดแคลนปัจจัยสี่ มักจะมีการทะเลาะกันระหว่างสามีภรรยา

ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะมีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่ดีมัก แก้ปัญหาอย่างไร้ประสิทธิภาพหรือไม่ได้เลยปล่อยให้ปัญหาค้างคาอยู่เป็นเวลานานจนเกิดปัญหา ตามมาเป็นลูกโซ่

ครอบครัวมีทักษะในการแก้ปัญหาแตกต่างกันครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ ปัญหาที่มีจึงมักเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ไม่ใช่ปัญหาเรื้อรังที่แก้ไม่ได้ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่เหมาะสมนั้นมักแก้ปัญหาไม่เป็นระบบ ไม่เสร็จสิ้นไปเป็นเรื่อง ๆ และกลายเป็นปัญหาเรื้อรังในที่สุด

การแก้ไขปัญหาคครอบครัวควรดำเนินเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. แยกประเด็นปัญหาให้ชัดเจน เมื่อเกิดปัญหาขึ้นสมาชิกในครอบครัวควรช่วยกันพิจารณาว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นปัญหาด้านไหน เป็นปัญหาด้านวัตถุหรือปัญหาด้านอารมณ์ ต้องระบุให้ได้ว่าปัญหาคืออะไร อะไรเป็นปัญหา และปัญหาที่แยกออกมานั้นถูกต้องหรือไม่
2. สื่อสารให้เข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีการบอกกล่าวให้คนในครอบครัวรับรู้เพื่อจะได้ช่วยกันแก้ปัญหา การบอกกล่าวนี้อาจเป็นไประหว่างสมาชิกครอบครัวด้วยกันเองหรือกับระบบภายนอก เช่น ครูญาติหรือเพื่อนฝูงตามความเหมาะสม
3. วางแผนการแก้ปัญหา มีการร่วมกันคิดหาทางแก้ปัญหาด้วยวิธีการอื่น ๆ แทนที่จะใช้วิธีที่เคยทำกันมาเป็นประจำโดยไม่คำนึงถึงวิธีอื่นที่อาจได้ผลที่ดีกว่า
4. ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม มีการตัดสินใจที่แน่ชัดว่าจะแก้ปัญหาโดยวิธีใด และถ้าวิธีแรกไม่ได้ผลแล้ว จะใช้วิธีใดต่อไป
5. ดำเนินการแก้ปัญหาตามวิธีที่เลือก ทำการแก้ปัญหาตามแผนที่ตกลงกันไว้จนครบถ้วน บางครอบครัวอาจทำตามแผนได้เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นหรือไม่ได้ทำเลย
6. ติดตามให้การแก้ปัญหานั้นเป็นไปอย่างครบถ้วน ครอบครัวมีการติดตามอย่างจริงจังว่าได้ใช้วิธีแก้ปัญหานั้นตามที่ตกลงกันไว้หรือไม่
7. ประเมินความสำเร็จ ประเมินว่าวิธีการแก้ปัญหานั้นได้ผลมากน้อยเพียงใด มีการวิเคราะห์ถึงผลดี ผลเสียที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้เรียนรู้จากปัญหาดังกล่าว

2.2 การสื่อสารในครอบครัว (Communication)

การสื่อสารในครอบครัว (Family communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสื่อสารอาจแบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal communication) และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Nonverbal communication) MMFF จะเน้นการสื่อสารแบบแรกเนื่องจากสามารถวัดได้ชัดเจนกว่า การสื่อสารในครอบครัวนั้นมีความสำคัญมาก เพราะจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงออกถึงสิ่งที่ต้องการ อยากได้และสนใจ ถ้าในครอบครัวมีการสื่อสารที่เปิดเผยและตรงตามความเป็นจริง ก็จะทำให้บรรยากาศที่ดี รวมทั้งการแสดงความรักและความชื่นชมต่อกัน การสื่อสารช่วยให้ครอบครัวสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การสื่อสารที่ดีนั้น ข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันต้องมีลักษณะชัดเจน จุดหมายปลายทางของการสื่อสารต้องชัดเจนด้วยเนื้อหา สื่อนั้นจะต้องตรงไปสู่ผู้ที่

ต้องการสื่อ ไม่อ้อมค้อมผ่านผู้อื่น (Indirect communication) ดังนั้นถ้าแบ่งการสื่อสารตามความชัดเจนและความตรงนั้น อาจแบ่งการสื่อสารในครอบครัวได้เป็น 4 แบบ

1. เนื้อหาชัดเจนและตรงกับผู้ต้องการสื่อ (Clear and direct communication) การสื่อสารแบบนี้เป็นรูปแบบของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เช่น ในกรณีที่ภรรยารู้สึกไม่พอใจสามีที่ทิ้งของเกลื่อนกลาดและทำให้เธอต้องเสียเวลาเก็บกวาดนาน จึงพูดตรง ๆ ว่า “ฉันไม่ชอบที่เธอทิ้งของไว้เกลื่อนกลาดเพราะมันทำให้ฉันเหนื่อยเพิ่มขึ้น”

2. เนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงกับผู้ต้องการสื่อ (Clear and indirect communication) การสื่อสารแบบนี้ชัดเจนแต่ไม่พูดกับผู้ที่รับสารโดยตรง เช่น ภรรยากล่าวลอย ๆ ว่า “คนที่ทิ้งของเกลื่อนกลาดนั้นสร้างความเดือดร้อนให้คนอื่น” คำพูดนี้มีเนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ได้บ่งว่าพูดกับใคร

3. เนื้อหาไม่ชัดเจนแต่ตรงกับผู้ต้องการสื่อ (Masked and direct communication) เป็นการสื่อสารที่มีเนื้อหาไม่ชัดเจนแต่พูดกับบุคคลที่รับสารโดยตรง เช่น ภรรยาพูดว่า “เธอนี้ช่างไม่คิดถึงคนอื่นเลย” เนื้อหาดังกล่าวเป็นคำรวม ๆ ในทำนองต่อว่าสามี แต่ไม่ได้บ่งบอกว่า สามีทำอะไร และเธอรู้สึกอย่างไร

4. การสื่อสารที่มีเนื้อหาไม่ชัดเจน และไม่ตรงกับผู้ต้องการสื่อ เป็นการสื่อสารที่ทั้งเนื้อหาและผู้รับสารไม่ชัดเจน เช่น ภรรยาพูดว่า “คนบ้านนี้ช่างไม่นึกถึงคนอื่นเลย” คำพูดดังกล่าวไม่มีความชัดเจนว่า ปัญหาคืออะไร และพูดกับใคร

ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีนั้น จะมีการสื่อสารที่ชัดเจนและตรงกับบุคคลที่ต้องการสื่อด้วย ถ้าการสื่อสารเป็นไปในลักษณะที่คลุมเครือและอ้อมค้อมมากเท่าไร ก็จะทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่า่นั้น ผู้ที่สื่อสารอย่างคลุมเครือและอ้อมค้อมจะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งสื่อสารกลับมาด้วยวิธีที่คลุมเครือและอ้อมค้อมเช่นเดียวกัน

2.3 บทบาทในครอบครัว (Roles)

บทบาทในครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมที่สมาชิกแต่ละคนปฏิบัติต่อกันและกันซ้ำ ๆ เป็นประจำเพื่อทำให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้สมบูรณ์ สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีบทบาทที่แน่นอน เช่น เป็นลูก เป็นพี่น้อง เป็นหลาน เป็นต้น เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีอายุมากขึ้น ก็จะมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น เช่น เป็นสามี เป็นภรรยา พ่อแม่หรือปู่ ย่า ตา ยาย บทบาททางครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. บทบาทหน้าที่ด้านวัตถุ (Instrumental) เป็นบทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วนเพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข เป็นเรื่องของการจัดหาสิ่งจำเป็นทางกายภาพ เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2. บทบาทหน้าที่ด้านอารมณ์ (Affective) เป็นบทบาทการดูแลทางความรู้สึก เพื่อให้เกิดความอบอุ่น ส่งเสริมให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัว

บทบาททั้งสองด้านนี้จำเป็นต้องมีเพื่อให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งและดำเนินต่อไปได้ ครอบครัวจะต้องจัดสรรบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนให้เหมาะสมและยุติธรรม ไม่มีใครต้องรับผิดชอบมากเกินไป

ครอบครัวมีบทบาทหน้าที่อยู่มากมายแต่นักวิจัยได้ทำการศึกษาและพบว่า บทบาทที่จำเป็นที่ช่วยให้ครอบครัวสมบูรณ์มี 5 ด้าน ดังนี้

1. การจัดเตรียมด้านทรัพยากร (Provision of resources) ได้แก่ การจัดหาปัจจัย 4 ให้แก่สมาชิก เช่น เงิน อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัย เป็นบทบาทพื้นฐานที่สำคัญที่สุด

2. การอบรมเลี้ยงดูและให้การประคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิก (Nurturance and support) คือ การเอาใจใส่ดูแลสมาชิกภายในบ้าน เป็นบทบาทหน้าที่ด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความสบายใจ ความอบอุ่น การบรรเทาความกังวลใจแก่สมาชิกในครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวพลอยโชนซึ่งกันและกัน หลังจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

3. การพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้แก่สมาชิก (Life skills development) เป็นการพัฒนาทางร่างกาย อารมณ์ สังคม การศึกษา เช่น การช่วยเหลือให้ลูกมีทักษะในการเข้ากับเพื่อนฝูง สามารถเรียนหนังสือ หรือเริ่มงานอาชีพได้เป็นปึกแผ่น

4. การบริหารจัดการภายในครอบครัว (Maintenance and management of the family system) บทบาทหน้าที่นี้เกี่ยวกับภารกิจหลายอย่าง ได้แก่ การเป็นผู้นำ การตัดสินใจในปัญหาต่างๆ การคงไว้ซึ่งมาตรฐานของครอบครัว การออกกฎระเบียบเพื่อควบคุมพฤติกรรมคนในครอบครัว ฯลฯ

5. การตอบสนองความต้องการทางเพศระหว่างคู่สมรส (Sexual gratification of marital partners) บทบาทหน้าที่นี้เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการทางกามารมณ์ในลักษณะที่ทั้งสามีภรรยาต่างได้รับความพึงพอใจ

การประเมินบทบาทในครอบครัวเป็นไปได้ดีหรือไม่นั้น ต้องพิจารณา 2 ด้าน คือ

1. การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท (Role allocation) หมายถึง การมอบหมาย ความรับผิดชอบในหน้าที่บางประการให้สมาชิก การมอบหมายนี้อาจทำโดยเปิดเผยหรือไม่ก็ได้ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีการมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจนให้กับบุคคลที่เหมาะสม ครอบครัวที่มีปัญหาจะมีการมอบหมายหน้าที่ไม่เหมาะสม สมาชิกบางคนรับหน้าที่มากเกินไป ขณะที่คนอื่นไม่ได้ทำอะไรเลย เช่น ภรรยาต้องทำงานนอกบ้านเต็มวัน และยังคงทำงานบ้าน ดูแลลูกที่ยังเล็ก ในขณะที่สามีว่างงานและชอบไปสังสรรค์กับเพื่อนนอกบ้าน เป็นต้น

2. การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท (Role accountability) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวทำให้สมาชิกแต่ละคนรับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ครอบครัวต้องมีวิธีการตรวจสอบว่าสมาชิกแต่ละคนทำหน้าที่ครบถ้วนหรือไม่

ครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีต่อเมื่อบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนมีความสอดคล้องกัน มีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม และมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างครบถ้วน

2.4 การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness)

การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองอารมณ์ต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณอารมณ์ที่เกิดขึ้น แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

2.4.1 อารมณ์ในภาวะปกติ ได้แก่ อารมณ์ที่เป็นสุขหรือเป็นไปในทางบวก เช่น อารมณ์รัก ความสุข

2.4.2 อารมณ์ในภาวะวิกฤติ ได้แก่ อารมณ์ที่เป็นไปในทางลบ เช่น ความกลัว โกรธ เศร้า เสียใจ ผิดหวัง

แต่ละช่วงชีวิตของบุคคล ความต้องการการตอบสนองทางอารมณ์จากครอบครัวจะแตกต่างกันไป เช่น ในวัยเด็กเล็กการตอบสนองทางอารมณ์จากพ่อแม่ เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับเด็ก แต่เมื่อเข้าวัยรุ่น การตอบสนองทางอารมณ์ส่วนหนึ่งจะได้มาจากบุคคลภายนอกครอบครัวเช่น กลุ่มเพื่อนฝูง ดังนั้น ครอบครัวจำเป็นต้องมีการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของสมาชิกให้เหมาะสมตามพัฒนาการ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ได้หลายแบบในปริมาณและสถานการณ์ที่เหมาะสมแต่ครอบครัวที่มีปัญหาหมักมีความจำกัดในการแสดงอารมณ์

2.5 ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement)

ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ระดับการแสดงออกซึ่งความสนใจ การเห็นคุณค่าในสิ่งต่าง ๆ ที่สมาชิกแต่ละคนทำ ความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกันที่แต่ละบุคคลมีต่อกัน ความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับ คือ

2.5.1 ปราศจากความผูกพัน (Lack of involvement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย การเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น

2.5.2 ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (Involvement devoid of feelings) สมาชิกมีความสนใจกันเพียงเล็กน้อยปราศจากความรู้สึกซึ่งกันและกันและความห่วงใยด้วยน้ำใสใจจริง ความสนใจในความเป็นอยู่ของอีกฝ่ายหนึ่งแทบไม่มีเลย หรือถ้ามีก็เป็นไปเพราะความอยากรู้อยากเห็น อยากรควบคุมอีกฝ่ายหนึ่ง หรือเป็นไปตามหน้าที่ เช่น ต้องแสดงความห่วงใยยามพี่น้องเจ็บป่วย

2.5.3 ผูกพันเพื่อตนเอง (Narcissistic involvement) ความสนใจในอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นไปเพื่อตนเอง (Egocentric) เพื่อเสริมคุณค่าให้ตนเอง ไม่ใช่ความสนใจที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างจริงจัง

2.5.4 ผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (Empatic involvement) ความสนใจผูกพันมีต่อกันอย่างแท้จริง โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง ความผูกพันแบบนี้มีความเหมาะสมที่สุด เพราะจะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของอีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสม

2.5.5 ผูกพันมากเกินไป (Overinvolvement) ความสนใจเป็นไปอย่างปกป้องหรือจู้จี้มากเกินไป จนอีกฝ่ายหนึ่งไม่มีความเป็นส่วนตัว หรือเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ

2.5.6 ผูกพันจนเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (Symbiotic involvement) เป็นความผูกพันที่แน่นแฟ้นจนเหมือนกับเป็นบุคคลเดียวกัน ขอบเขตความเป็นบุคคลของแต่ละคน (Personal boundary) นั้นไม่ชัดเจนหรือไม่มีเลย

ความผูกพันทางอารมณ์จะแตกต่างกันไปในวงจรชีวิตแต่ละระยะ เช่น ในระยะที่ลูกยังเล็ก ความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นระหว่างเด็กกับพ่อ แม่ เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับความอยู่รอดของลูก แต่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ความผูกพันกับคนภายนอกครอบครัวมากขึ้น ความผูกพันกับพ่อ แม่ ก็จะลดความเข้มข้นลง

2.6 การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control)

การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวปฏิบัติในการควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมที่ต้องมีการควบคุมแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.6.1 พฤติกรรมที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกิน การนอน ความต้องการทางเพศ และความก้าวร้าว

2.6.2 พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูง

2.6.3 พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายและทรัพย์สิน ในเด็ก เช่น การเล่นอย่างผาดโผน การเล่นไม้ขีดไฟ ฯลฯ ในผู้ใหญ่ เช่น การขับรถเร็วไม่ระมัดระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง ฯลฯ

การควบคุมพฤติกรรมในครอบครัว แบ่งเป็น 4 แบบ คือ

1. การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (Rigid behavior control) ควบคุมพฤติกรรมของคนในครอบครัวโดยกำหนดหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนเอาไว้อย่างแน่นนอน มีกฎที่เข้มงวดและ

มีบทลงโทษเมื่อฝ่าฝืนกฎ ครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ดี สมาชิกแต่ละคนรู้ว่าตนกำลังทำอะไร แต่ผลเสียคือ จะมีการปรับตัวลำบาก เนื่องจากไม่มีโอกาสต่อรองหรือเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามสถานการณ์ การควบคุมแบบนี้อาจนำไปสู่การต่อสู้ช่วงชิงอำนาจภายในครอบครัวและการต่อต้านแบบคือเงียบ

2. การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (Flexible behavior control) ครอบครัวมีกฎเกณฑ์ที่ยืดหยุ่นพอประมาณ มีการพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนกฎตามความเหมาะสม การควบคุมพฤติกรรมแบบนี้เป็นแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะเป็นไปด้วยความเข้าใจและการยอมรับในตัวบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะอบรมให้เกิดระเบียบวินัย ไม่ใช่เพื่อที่จะควบคุมไว้ได้อ่านจ ทำให้สมาชิกอยากร่วมมือและปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้

3. การควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ (Laissez-faire behavior control) ครอบครัวไม่มีทิศทางแน่นอนว่าสมาชิกควรประพฤติอย่างไร ไม่มีกฎสำหรับเรื่องใดๆเลยใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ ไม่มีการชี้แนะและการตัดสินใจหรือแทรกแซงจามสมาชิกอื่น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม การมอบหมายบทบาทที่ไม่มีชัดเจน สมาชิกมักขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ของตน การสื่อสารมักมีปัญหาเพราะไม่มีใครฟังใคร ครอบครัวแบบนี้มักปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดี เด็ก ๆ เติบโตขึ้นด้วยความรู้สึกไม่มั่นคง ควบคุมตนเองไม่ได้และอาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อเรียกร้องความสนใจ

4. การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (Chaotic behavior control) ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมแบบขึ้น ๆ ลง ๆ บางครั้งเข้มงวด บางครั้งยืดหยุ่น และบางครั้งใครทำอะไรก็ได้ตามความพอใจหรืออารมณ์ของบุคคลแทนที่จะปฏิบัติตามความเหมาะสมของสถานการณ์ ลักษณะแบบนี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวสับสนว่าควรประพฤติอย่างไรในสถานการณ์นั้น ๆ การควบคุมพฤติกรรมแบบนี้เป็นแบบที่ไม่เหมาะสมที่สุดเพราะจะทำให้ครอบครัวไม่มีเสถียรภาพและไม่มีความเสมอต้นเสมอปลายในการปฏิบัติหน้าที่

3. ทักษะชีวิตของกรมสุขภาพจิต

3.1 ความหมายของทักษะชีวิต

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994 : 1) ให้ความหมายของทักษะชีวิตว่าเป็นความสามารถในการปรับตัว ความคิดวิเคราะห์ ความพยายามเพิ่มพูนปฏิสัมพันธ์ของตนกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมให้ประสบความสำเร็จ เพื่อสามารถแก้ไขปัญหามโนทัศน์ในสถานการณ์วิกฤติที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตลอดจนเป็นความสามารถที่จะส่งเสริมสุขภาพของบุคคลและชุมชน

กรมอนามัย (2539 : 1) ให้ความหมายของทักษะชีวิตว่า เป็นความสามารถอันประกอบด้วย ความรู้ เจตคติ และทักษะ ในอันที่จะจัดการกับปัญหารอบ ๆ ตัว ในสภาพสังคมปัจจุบันและเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคต

ทวีศักดิ์ นพเกษร (2539 : 196) ได้ให้ความหมายของทักษะชีวิตว่า เป็นความสามารถที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า สิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นจากภายในและภายนอกร่างกาย ภายในเช่น ความรู้สึกทางเพศ ภายนอก เช่น ข่าวสารข้อมูลต่างๆ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ปัจจัยทางด้านสังคม และการใช้กระบวนการจัดการกับสิ่งเร้าและสิ่งกระตุ้นเหล่านั้น

จิตรา ทองเกิด (2540 : 82) ได้สรุปความหมายของทักษะชีวิตไว้ว่า เป็นความสามารถหรือสมรรถภาพที่อาจเกิดขึ้นภายในตัวบุคคล จากการฝึกฝนอบรมในเชิงความคิดและการกระทำ จนเกิดความเคยชินที่จะนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาตนเองให้สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้อย่างชาญฉลาด รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตได้อย่างฉลาด รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขทั้งในปัจจุบันและอนาคต

จรรยา ลากศิริอนันต์กุล (2543 : 38) ได้สรุปความหมายของทักษะชีวิตไว้ว่า ความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคลในการปรับตัวและเลือกทางเดินชีวิตที่เหมาะสม ในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวในสภาพสังคมปัจจุบันและเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการถ่ายทอดประสบการณ์ด้วยการฝึกฝนอบรม เพื่อป้องกันการปรับสภาพการขาดสมดุลให้กลับคืนสู่สภาพปกติ ทำให้บุคคลนั้นสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

โดยสรุปความหมายของทักษะชีวิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลในด้าน ความรู้ เจตคติ และทักษะ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบันได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีความสุข

3.2 องค์ประกอบของทักษะชีวิต

กรมสุขภาพจิต (2542 : 1-4) กล่าวว่า ทักษะชีวิต (Life skills) เป็นความสามารถอันประกอบด้วย ความรู้ เจตคติ และทักษะในอันที่จะจัดการกับปัญหารอบ ๆ ตัว ในสภาพสังคมปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเพศ สารเสพติด บทบาทของหญิง ชีวิตครอบครัว สุขภาพ อิทธิพลสื่อ สิ่งแวดล้อม จริยธรรม ปัญหาสังคม ฯลฯ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของทักษะชีวิตไว้ 10 องค์ประกอบจัดเป็น 5 กลุ่ม และสามารถจัดแบ่งตามพฤติกรรมการเรียนรู้ได้ 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านพุทธิพิสัย ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์
2. ด้านจิตพิสัย ได้แก่ ความตระหนักรู้ในตนและความเห็นใจผู้อื่น

3. ด้านทักษะพิสัยมี 3 คู่ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์และความเครียด

ในประเทศไทยได้มีการปรับเปลี่ยนโดยจัดความคิดสร้างสรรค์ ความคิดวิเคราะห์หิววิจารณ์ เป็นองค์ประกอบร่วมและเป็นพื้นฐานของทุกองค์ประกอบ จัดความตระหนักรู้ในตนและความเห็นใจผู้อื่นเป็นด้านจิตพิสัย โดยเพิ่มเจตคติอีก 1 คู่ คือ ความภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม ส่วนที่เหลืออีก 3 คู่ เป็นด้านทักษะพิสัย ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนแปลงและสับสนในด้านเจตคติและค่านิยม

องค์ประกอบของทักษะชีวิตด้านพุทธิพิสัย ที่เป็นองค์ประกอบร่วม ได้แก่

1. ความคิดวิเคราะห์หิววิจารณ์ (Critical thinking) เป็นความสามารถที่จะวิเคราะห์แยกแยะข้อมูล ข่าวสาร ปัญหา และสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัว

2. ความคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) เป็นความสามารถในการคิดออกไปอย่างกว้างขวางโดยไม่ยึดติดอยู่ในกรอบ

องค์ประกอบของทักษะชีวิตด้านจิตพิสัย หรือ เจตคติ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 คู่ คือ คู่ที่ 1 ได้แก่ ความตระหนักรู้ในตน และความเห็นใจผู้อื่น และคู่ที่ 2 ได้แก่ ความภูมิใจในตนเอง และความรับผิดชอบต่อสังคม มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความตระหนักรู้ในตน (Self awareness) เป็นความสามารถในการค้นหาและเข้าใจในจุดดีและจุดด้อยของตนเอง และความแตกต่างที่ตนเองมีกับบุคคลอื่น

2. ความเห็นใจผู้อื่น (Empathy) เป็นความสามารถในการเข้าใจความรู้สึก และเห็นอกเห็นใจบุคคลที่แตกต่างกับเรา

3. ความภูมิใจในตนเอง (Self esteem) หมายถึง ความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า เช่น น้ำใจ รู้จักให้ รู้จักรับ ค้นพบ และภูมิใจในความสามารถต่างๆ ของตนเองโดยมิได้มุ่งสนใจอยู่แต่ในเรื่องรูปร่าง หน้าตา เสน่ห์ หรือความสามารถทางเพศ การเรียนเก่ง ฯลฯ เท่านั้น

4. ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility) หมายถึง ความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีส่วนรับผิดชอบต่อความเจริญหรือเสื่อมของสังคม ความรับผิดชอบต่อสังคม มีส่วนสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความภูมิใจในตน เพราะหากคนเรามีความภูมิใจในตนคนเหล่านี้ก็มีแรงจูงใจที่จะทำดีกับผู้อื่นและสังคม

องค์ประกอบของทักษะชีวิตด้านทักษะพิสัย หรือ ทักษะ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 คู่ คือ คู่ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร คู่ที่ 2 การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา และ คู่ที่ 3 การจัดการกับอารมณ์ และความเครียด มีรายละเอียด ดังนี้

1. ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสาร (Interpersonal relationship and communication skill) เป็นความสามารถในการใช้คำพูด และภาษาท่าทางเพื่อสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดของอีกฝ่าย ไม่ว่าจะในการแสดงความต้องการความชื่นชม การปฏิเสธ การสร้างสัมพันธภาพ ฯลฯ

2. ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา (Decision making and problem solving skill) เป็นความสามารถในการรับรู้ปัญหา สาเหตุของปัญหา หาทางเลือก วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ประเมินทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม และลงมือแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. ทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด (Coping with emotion and stress skill) เป็นความสามารถในการประเมินอารมณ์ รู้เท่าทันอารมณ์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนเลือกใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม และเป็นความสามารถที่จะรู้สาเหตุของความเครียด เรียนรู้วิธีการควบคุมระดับของความเครียด รู้วิธีผ่อนคลาย และหลีกเลี่ยงสาเหตุ พร้อมทั้งเบี่ยงเบนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์

3.3 ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันสารเสพติด

3.3.1 ด้านความรู้

3.3.1.1 ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ คือ สามารถวิเคราะห์การแพร่ระบาดและวิธีป้องกันการแพร่ระบาดของสารเสพติดได้

3.3.1.2 ความคิดสร้างสรรค์ คือ การเสนอแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติด และการแพร่ระบาดของสารเสพติดในระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน สังคมได้

3.3.2 ด้านเจตคติ

3.3.2.1 ความตระหนักรู้ในตน คือ ตระหนักว่าตนเองมีข้อดีในการป้องกันการถูกชักจูงให้ไปใช้สารเสพติด และข้อด้อยที่เสี่ยงต่อการถูกชักจูงให้ไปใช้สารเสพติด ตระหนักในปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติด

3.3.2.2 ความเห็นใจผู้อื่น คือ เห็นใจและเข้าใจผู้ใช้สารเสพติด เห็นใจและเข้าใจผู้เลิกใช้สารเสพติด เห็นใจและเข้าใจผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาสารเสพติด

3.3.2.3 ความภูมิใจในตนเอง คือ ภูมิใจในตนเองที่ไม่ใช้สารเสพติด

3.3.2.4 ความรับผิดชอบต่อสังคม คือ สามารถแสดงความคิดเห็นต่อบทความ ความรับผิดชอบของตนเองในการป้องกันตนเอง ครอบครัว และชุมชนจากสารเสพติด และการแพร่ระบาดของสารเสพติด

3.3.3 ด้านทักษะ

3.3.3.1 การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร คือ สามารถใช้คำพูดและท่าทาง เพื่อบอกความรู้สึกนึกคิด ความต้องการของตนเองต่อผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สามารถปฏิเสธเพื่อน ในสถานการณ์ที่อาจถูกชักชวนไปใช้สารเสพติดได้ถูกต้องตามหลักการปฏิเสธ

3.3.3.2 การตัดสินใจและแก้ไขปัญหา คือ สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหา เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่อาจถูกชักชวนให้ไปใช้สารเสพติดได้

3.3.3.3 การจัดการกับอารมณ์และความเครียด ได้แก่ การจัดการกับอารมณ์ คือ สามารถเลือกวิธีจัดการกับอารมณ์ได้ และการจัดการกับความเครียด คือ สามารถเลือกวิธีจัดการกับความเครียดได้

4. ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า

ลำเนา มากแบน (2542 : 13) กล่าวว่า ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ยาเสพติดให้โทษ หมายความว่า สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ หรือพืช เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะ โดยรับประทาน ดม สูบ นิด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ เช่น ต้องการเพิ่มขนาดการเสพเรื่อย ๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและ จิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไป จะทรุดโทรมลง รวมถึงสารเคมีที่ใช้ ผลิต ยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศ ในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความ ถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับ ตามกฎหมายว่าด้วยยา ที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่

กระทรวงสาธารณสุข (2547ก : ออนไลน์) ให้ความหมายยาเสพติดให้โทษว่า ยาเสพติด ให้โทษ หมายถึง สารใดก็ตามไม่ว่าจะเป็นสารที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือสารสังเคราะห์ขึ้น เมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าทางใดก็ตาม ออกฤทธิ์ต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดการเสพติดได้ หากใช้ สารนั้นเป็นประจำหรือวันละหลายครั้งก่อให้เกิดลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ

1. เกิดอาการคือยาหรือต้านยา (Tolerance) ต้องใช้สารนั้นในปริมาณที่สูงขึ้นเพื่อให้ได้ ฤทธิ์เท่าเดิม
2. เกิดอาการขาดยา ถอนยา หรืออยากยา (Withdrawal) เมื่อใช้สารนั้นเท่าเดิม ลดลง หรือหยุดใช้ยา

3. ต้องพยายามทุกวิถีทางในการนำสารนั้นมาใช้ให้ได้

4. เกิดโทษต่อตนเองและผู้อื่น ครอบครัว สังคม ประเทศชาติ

การแบ่งประเภทยาเสพติดให้โทษ

การแบ่งประเภทของยาเสพติดให้โทษ ยาเสพติดให้โทษแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ. 2539) เรื่องระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ดังนี้

ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ได้แก่ เฮโรอีน แอลเอสดี แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ทั้งสิ้น 15 ชนิด เป็นต้น ตัวที่สำคัญ คือ เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) เมทิลีนไดออกซีเมทแอมเฟตามีน หรือ MDMA (ยาอี) และเมทิลีนไดออกซีแอมเฟตามีน หรือ MDA (ยาเลิฟ) เนื่องจากกำลังแพร่ระบาดอย่างรุนแรงในปัจจุบัน มีบทลงโทษสูงสุดสำหรับผู้เสพ ผู้จำหน่าย ครอบครอง นำเข้าและส่งออก ยาเสพติดให้โทษประเภทนี้ ไม่ใช่ประโยชน์ทางการแพทย์แต่อย่างใด

ยาเสพติดให้โทษประเภท 2 เช่น ผื่น มอร์ฟีน โคเคนและไบโคคา เป็นต้น ยาเสพติดให้โทษประเภทนี้ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้แต่มีโทษได้ และใช้เฉพาะกรณีที่จำเป็นเท่านั้น

ยาเสพติดให้โทษประเภท 3 เป็นยาสำเร็จรูปที่ผลิตขึ้นตามทะเบียนตำรับที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว มีจำหน่ายตามร้านขายยา ได้แก่ ยาแก้ไอที่มีตัวยาโคดีอิน หรือยาแก้ท้องเสีย ที่มีตัวยาไคเฟนอกซิน ยาฉีดระงับปวดต่างๆ เช่น มอร์ฟีน เพทิดีน ซึ่งสกัดมาจากฝิ่น ยาแก้ปวดที่มีโคเดอินผสมอยู่ เป็นต้น ยาเสพติดให้โทษประเภท 3 มีประโยชน์ทางการแพทย์ การนำไปใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น หรือเพื่อเสพติด จะมีบทลงโทษกำกับไว้

ยาเสพติดให้โทษประเภท 4 คือ สารเคมีที่นำมาใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 และ 2 เช่น น้ำยาเคมี อาเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic anhydride) อาเซทิลคลอไรด์ (Acetyl chloride) ซึ่งใช้ในการเปลี่ยนมอร์ฟีนเป็นเฮโรอีน สารเออร์โกเมทรินหรือคลอซูโดอีเฟดริน ซึ่งสามารถผลิตยาบ้าได้และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อีก 12 ชนิด ที่สามารถนำมาผลิตยาอีและยาบ้าได้ เป็นต้น ยาเสพติดให้โทษประเภทนี้ ไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาโรคแต่อย่างใด มีบทลงโทษกำกับไว้

ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ได้แก่ ทุกส่วนของพืชกัญชาซึ่งให้สาร Tetra hydro cannabinal (THC) ทุกส่วนของพืชกระท่อม ซึ่งให้สาร Alkaloid ของ Mitragynine พืชฝิ่นที่ให้สาร Alkaloid ของ Morphine และ Codeine (Papeverbracteatum หรือ Papever somniferum linn) และเห็ดจิ๋วควาย (Psilocybe cubensis) ซึ่งให้สาร Psilocin หรือ Psilocybin เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต (2548 : ออนไลน์) กล่าวว่า “ยาบ้า” หรือแอมเฟตามีนหรือที่รู้จักในชื่อเดิมว่ายาบ้า เป็นยาเสพติดประเภทที่ 1 เป็นผงผลึกสีขาวไม่มีกลิ่นมีรสขม มีทั้งชนิดแคปซูลและชนิดเป็นเม็ดรูปต่าง ๆ มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง จากฤทธิ์ของเมทแอมเฟตามีน พบในปริมาณเฉลี่ย 22.5 มิลลิกรัมต่อเม็ด บางครั้งพบสารออกฤทธิ์เป็นอีเฟดรินผสมกับเคเฟอิน นอกจากนี้ยังพบสารปลอมปนอื่น ได้แก่ คลอร์เฟนิรา เฟนิลโพรปาโนลามีน พาราเซตามอล แอสไพริน และสารหนู เป็นต้น

ลักษณะยาบ้าที่พบในปัจจุบันนับตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เป็นยาเม็ดกลมแบน ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 6 มิลลิเมตร หนาประมาณ 2.5 มิลลิเมตร น้ำหนักเม็ดยาโดยเฉลี่ย 90 มิลลิกรัม เม็ดยาส่วนใหญ่เป็นสีส้มบางครั้งพบเป็นสีเขียวหรือสีอื่น ๆ เช่น สีน้ำตาล สีม่วง สัญลักษณ์ที่พบบนเม็ดยาที่พบมากที่สุดคือ “WY” บนด้านหนึ่งนอกจากนี้ยังอาจพบสัญลักษณ์อื่น ๆ เช่น “MW” “99” หรือเป็นเม็ดยาเรียบไม่มีสัญลักษณ์ใด ๆ

Amphetamine ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ฤทธิ์ของยากลุ่มนี้คล้ายคลึงกับฤทธิ์ของ Adrenaline หรือ Epinephrine ซึ่งเป็นสารที่อยู่ในร่างกาย การออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้รู้สึกตื่นตัวกระฉับกระเฉง ลดอาการง่วงซึม ลดความอยากอาหาร เนื่องจาก Amphetamine มีฤทธิ์กระตุ้นและทำให้เป็นสุข (Euphoria)

สันชัย วสุนธรา (2544 : 85) กล่าวถึง การดูดซึม การกระจาย การเปลี่ยนแปลง และการขับถ่าย ดังนี้

แอมเฟตามีนถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร การใช้แอมเฟตามีนจึงใช้ได้ทั้งวิธีกิน และฉีดแอมเฟตามีนจะออกฤทธิ์ภายใน 1 ชั่วโมงหลังรับประทานเข้าไป กลุ่ม แอมเฟตามีนที่พบแพร่ระบาดในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นเมทแอมเฟตามีนซึ่งดูดซึมได้ดีทั้งวิธีสูบและวิธีกินหลังจากถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตจะไปออกฤทธิ์ที่สมอง บางส่วนจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ แต่ส่วนใหญ่จะถูกออกจากร่างกายในรูปเดิม ความเป็นกรด-ด่างของปัสสาวะมีผลต่อการขับถ่ายแอมเฟตามีนออกจากร่างกายมาก ถ้าปัสสาวะเป็นด่าง แอมเฟตามีนจะอยู่ในสภาพไม่แตกตัวและถูกดูดซึมกลับได้มาก การขับถ่ายจึงเป็นอย่างช้า ๆ การออกฤทธิ์จึงนานขึ้น ในขณะที่ปัสสาวะเป็นกรดแอมเฟตามีนจะอยู่ในสภาพแตกตัวได้มากถูกดูดซึมกลับน้อย การขับถ่ายออกจากร่างกายจึงเร็วขึ้น

กลไกการออกฤทธิ์

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา จะเกี่ยวข้องกับการสื่อประสาทในสมอง ประเภทแคทีโคลามีน (Catecholamines) ซึ่งประกอบไปด้วยระบบนอร์อิพิเนฟริน และระบบโดปามีน (Norepinephrine and dopamine system) แอมเฟตามีนจะเพิ่มปริมาณของนอร์อิพิเนฟรินและ โดปามีนโดยยับยั้งการเก็บกลับและเพิ่มการหลั่งโดยตรงที่ปลายประสาท

ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

1. ต่อระบบประสาทส่วนกลาง แอมเฟตามีน ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ลดความง่วงซึม ทำให้อ่อนไม่หลับ มีการเปลี่ยนแปลงทำให้อารมณ์ครึกครื้น รื่นเริง เป็นสุข ไม่เหน็ดเหนื่อย ขนาดสูงเกิดอาการมึนงง และอาจเกิดสภาวะตื่นตัว (Panic) และสภาวะโรคจิตได้

2. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เร่งอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้เกิดอาการใจเต้นและจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ปวดศีรษะ

3. ผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจเร็วขึ้นและจังหวะการหายใจไม่ปกติ
4. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่รู้รสชาติ
5. อื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ อาจไร้สมรรถภาพทางเพศชั่วคราวเพิ่ม

การหลังของปีศาจ

การใช้ยาแอมเฟตามีนเป็นประจำติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้มาก แอมเฟตามีน ทำให้ไม่รู้รสชาติ ทำให้ผู้ใช้ขาดอาหาร ขาดวิตามิน การกระตุ้นประสาท ทำให้นอนไม่หลับ ร่างกายไม่ได้พักผ่อนสุขภาพจึงทรุดโทรมลง

กรมสุขภาพจิต (2548 : ออนไลน์) กล่าวถึง กลไกการติดยาเสพติด ดังนี้

การติดยาเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเริ่มจากการใช้ยาเป็นครั้งคราว จนสู่การใช้ยาดังขึ้นจนต้องใช้ยาทุกวันวันละหลายครั้ง การใช้ยาเสพติดจะมีผลต่อสมอง 2 ส่วน คือ สมองส่วนนอกที่เป็นส่วนคิด (Cerebral cortex) และสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน (Limbic system) ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และความอยาก สมองส่วนคิดทำหน้าที่ควบคุมสติปัญญา ใช้ความคิดแบบมีเหตุผล ขณะที่สมองส่วนอยากเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ยาบ้าจะกระตุ้นปลายประสาทในสมองให้ส่งโดปามีน ซึ่งเป็นสารเคมีชนิดหนึ่งออกมาในปริมาณมาก สารนี้ทำให้รู้สึกสบาย สมองจึงมีการปรับตัวด้วยการลดการหลั่งสารเคมีนั้นลง เมื่อหมดฤทธิ์ยาบ้า จึงเสมือนว่าร่างกายขาดสารโดปามีน ทำให้มีอาการหงุดหงิดหรือซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้เสพติดพยายามแสวงหายามาใช้ซ้ำ ในขณะที่เดียวกันเมื่อใช้ยาบ้าย่อย ๆ จะทำให้สมองส่วนคิดถูกทำลาย การใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลเสียไป ผู้ที่ใช้ยาบ้าจึงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีอารมณ์ก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ จึงทำให้มีการใช้ยาบ่อยขึ้น ผลสุดท้ายจะเกิดความสูญเสียอย่างรุนแรงในด้านต่าง ๆ ของชีวิต ผู้เสพติดไม่สามารถควบคุมตนเองได้ด้วยสติปัญญาหรือความคิด และทำให้มีอาการทางจิต และสามารถทำให้เป็นโรคจิตเต็มขั้นได้ในที่สุด

ขั้นตอนการติดยาในสมอง แบ่งออกเป็น 4 ระยะด้วยกัน คือ

1. ระยะเริ่มใช้ยา
2. ระยะคงการใช้ยา
3. ระยะหมกมุ่นกับยา
4. ระยะวิกฤติ

ระยะเริ่มต้นการใช้ยา

เริ่มใช้ยาเป็นครั้งคราวในโอกาสพิเศษเช่น มีกิจกรรมสังสรรค์กับเพื่อนฝูงที่ใช้ยาหรือใช้เพื่อเหตุผลบางประการ เช่น เพื่อลดน้ำหนัก ลดอาการซึมเศร้า เพิ่มกำลังทำงานได้มากขึ้นหรือไม่ให้

ง่วงนอน ในระยะนี้สมองที่ใช้เหตุผลยังคงตัดสินใจให้ใช้ยา เพื่อตอบสนองเหตุผลบางประการที่ตนคิด

ระยะคงการใช้ยา

ผู้เสพยาจะมีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น และเริ่มใช้เป็นประจำ ในระยะนี้สมองส่วนนอกยังคงควบคุมความคิดได้ พฤติกรรมยังถูกควบคุมโดยเหตุผล แต่สมองส่วนคิดเริ่มบังคับตนเองได้น้อยลง ในขณะที่สมองส่วนควบคุมความอยากมีพลังมากขึ้นทำให้การตัดสินใจเริ่มโอนเอียงไปในทางใช้ยาต่อไปแม้มีผลเสียจากการใช้ยาเริ่มมีมากขึ้น

ระยะหมกมุ่นการใช้ยา

ระยะนี้จะมีผลทางลบกระทบต่อชีวิตการใช้ยามากขึ้น เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาสัมพันธภาพ หรือกฎหมาย จะมีผลต่อผู้เสพยาอย่างชัดเจนถึงจุดนี้ผู้เสพบางคนสามารถหยุดยาได้โดยใช้เหตุผล แต่บางคนจะทำได้ เพราะสมองส่วนอยากมีอำนาจเหนือสมองส่วนคิดแล้ว จึงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และก้าวเข้าสู่สภาพของการเสพติด ทั้งที่ผู้ติดยายังมีความคิดถึงผลเสียที่เกิดขึ้นและตระหนักว่าตนควรเลิกเสพยา

ระยะวิกฤติ

แม้ในระยะนี้ผลเสียจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้เสพจะรุนแรงชัดเจน แต่ผู้เสพก็ยังคงการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพราะการตัดสินใจที่ใช้เหตุผลและสติจากสมองส่วนควบคุมความคิดอ่านไม่เพียงพอที่จะขัดขวางความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสมองส่วนควบคุมการตอบสนองความอยาก (Limbic system) จึงทำให้หมกมุ่นกับการเสพติดอย่างรุนแรง

5. ความรู้เกี่ยวกับวัยรุ่น

คำว่า “วัยรุ่น” มาจากคำว่าAdolescere ในภาษาละติน แปลว่า เจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ (สุชา จันทน์เอม. 2542 : 136)

คูเซค (Dusek) (พรพิมล เจียมนาครินทร์. 2539 : 11) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า วัยที่เชื่อมระหว่างการเป็นเด็กกับการเป็นผู้ใหญ่ อันเป็นระยะที่ต้องปรับพฤติกรรมวัยเด็กไปสู่พฤติกรรมแบบผู้ใหญ่ที่สังคมยอมรับ เด็กวัยรุ่นจึงไม่ใช่เพียงการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย แต่หมายถึงการเจริญเติบโตทางสังคมซึ่งอยู่ในกรอบของวัฒนธรรมในแต่ละที่ วัยรุ่นถือว่าเป็นระยะของช่วงชีวิตที่คั่นกลางระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ซึ่งไม่สามารถขีดคั่นได้อย่างแน่นอนว่าควรกำหนดเมื่ออายุเท่าใด ตามปกติเรามักถือว่า วัยรุ่นคือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 13-20 ปี

ลูลล่า โคลี (Luella Cole) (สุชา จันทน์เอม. 2542 : 136) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันได้แบ่งวัยรุ่นเป็น 3 ระยะ คือ

1. วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence)
 - 1.1 เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 13-15 ปี
 - 1.2 เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 15-17 ปี
2. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence)
 - 2.1 เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 15-18 ปี
 - 2.2 เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 17-19 ปี
3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence)
 - 3.1 เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 18-21 ปี
 - 3.2 เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 19-21 ปี

วันเพ็ญ บุญประกอบ (พัฒน์ มหาโชค และคณะ. 2547 : 25-30 ; อ้างอิงจาก วันเพ็ญ บุญประกอบ. 2545. **พัฒนาบุคลิกภาพและวัยรุ่น**. หน้า 21-30) กล่าวไว้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่ผู้ใหญ่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ เพราะวัยรุ่นไม่ใช่เด็กและวัยรุ่นไม่ใช่ผู้ใหญ่ แต่เป็นเด็กที่กำลังเติบโตเข้าสู่ผู้ใหญ่ ฉะนั้นพ่อแม่ ผู้ปกครองต้องคำนึงถึงความเป็นจริงพื้นฐานในการดูแลและอยู่กับลูกวัยรุ่น วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงความคิด อารมณ์ การปรับตัว ความสัมพันธ์กับบุคคล ความมีคุณธรรม และการเข้าสังคม การเปลี่ยนแปลงแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ วัยรุ่นตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย แต่ละระยะจะมีลักษณะเฉพาะ ดังนี้

1. วัยรุ่นระยะต้น

วัยรุ่นตอนต้นร่างกายเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนเด็กจะโตขึ้นอย่างรวดเร็ว แขนขายาวเสียงเปลี่ยนรูปร่างหน้าตาเปลี่ยนไป โดยเฉพาะอวัยวะที่แสดงความเป็นเพศหญิงและเพศชายหน้าที่ต่าง ๆ ได้เจริญขึ้นโดยเฉพาะฮอร์โมน เด็กหญิงจะเริ่มมีประจำเดือน เด็กชายจะเริ่มมีฝันเปียก (Nocturnal emission) เด็กหญิงจะโตเป็นสาวเร็วกว่าเด็กชาย ประมาณ 1-2 ปี การเข้าสู่วัยรุ่นเร็วหรือช้ามีผลต่อสภาพจิตใจได้ เด็กจะรู้สึกว่าคุณแตกต่างจากเพื่อน มีผลกระทบต่อภาพพจน์ของตนเอง เด็กที่เติบโตช้าอาจรู้สึกว่าเป็นปมด้อย ขาดความมั่นใจ อาจถูกเพื่อน ๆ ล้อ มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ในทางกลับกันถ้าเด็กเข้าสู่วัยสาวเร็ว อาจจะรู้สึกอาย ไม่กล้าเข้าสังคมจิตใจยังไม่พร้อมกับการเข้าสู่วัยรุ่น วางท่าทางไม่ถูก เอะเขิน การเข้าสู่วัยรุ่นเร็วในเด็กชายจะมีภาคภูมิใจที่ได้รับ การยอมรับ การเป็นผู้นำ การพึ่งพาตนเองได้

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ วัยนี้จะสนใจและรู้สึกเกี่ยวกับตนเองมากขึ้น (Self consciousness) เด็กจะรู้สึกไวต่อสายตาที่คนอื่นมอง ต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ ทำที่ การทักถึงรูปร่างหน้าตาจากผู้อื่น เด็กจะมีความหวงกังวลต่อลักษณะของตนแม้แต่เรื่องเล็กน้อย เช่น ลีวนบนใบหน้าตนเองสูงไม่เท่าเพื่อน เด็กจะใช้เวลาสำรวจตนเอง หรือใช้ช่วงเวลาแต่งตัวนานกว่าปกติ เด็กที่อยู่

ในวัยนี้จะมีอารมณ์ผันแปรได้ง่ายมากจนผู้ใหญ่ไม่เข้าใจ มีอารมณ์ตอบโต้บ่อย ๆ เด็กเองก็ไม่รู้ถึงสภาพตนเอง บางขณะจะมีอารมณ์ดี สนุกสนาน โดยเฉพาะกับเพื่อน แต่บางครั้งก็มีอารมณ์หงุดหงิดไม่พอใจ โกรธง่ายบางคนก้าวร้าว แยกตนเองอยู่ในห้อง เปิดเพลงฟัง มีเรื่องทะเลาะกับน้อง มีเรื่องไม่พอใจพ่อแม่ พ่อแม่เองก็รู้สึกว่าคุณมีอารมณ์กับลูกวัยรุ่นช่วงนี้ได้บ่อยทำอะไรให้ก็ไม่ถูกใจ พอไม่ทำให้ก็ถูกต่อว่า การวิตกกังวลของวัยรุ่นช่วงนี้มาจากหลายสาเหตุ เช่น วิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย วิตกกังวลกับอารมณ์ทางเพศที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและเด็กไม่เข้าใจ บางคนสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง อาจเป็นสาเหตุให้เด็กรู้สึกผิดหรือวิตกกังวลมากขึ้น เด็กกำลังอยู่ในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของการเปลี่ยนแปลง จากเด็กเล็กมาเป็นเด็กโตเต็มที่ ความกลัว ความกังวลจะถูกละทิ้งจากผู้ใหญ่ ความกลัวเป็นผู้ใหญ่ กลัวความรับผิดชอบ ขณะเดียวกันก็กลัวความเป็นเด็กและไม่ชอบถ้าใครมาทำกับเขาแบบเด็ก ๆ วัยรุ่นระยะนี้จะมีอารมณ์และแสดงพฤติกรรมเป็นครั้งคราวคล้ายเด็ก จึงพบบ่อย ๆ ว่าเด็กวัยนี้จะถือดี ไม่เชื่อฟัง มีอารมณ์ต่อต้าน อารมณ์ในวัยนี้ค่อนข้างรุนแรง รักใคร่ที่ทุ่มเท ไม่ชอบใครก็แสดงเปิดเผย บางครั้งถึงก้าวร้าว

1.2 ความต้องการเป็นอิสระ (Independence) เริ่มไม่ออกไปไหนกับพ่อ แม่ ไม่อยากให้พ่อแม่เดินใกล้ ๆ ชอบไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ชอบแยกตัวเองและพูดโทรศัพท์กับเพื่อน ฟังเพลง ทำอะไรตามลำพัง พ่อแม่บางคนไม่เข้าใจและวิตกกังวลการเปลี่ยนแปลงของคุณ รู้สึกสูญเสียที่เด็กไม่มาปรึกษาหรือต้องการตนเองอย่างเคย เด็กระยะนี้ยังมีความรู้สึกสับสนกลับไปกลับมา บางครั้งก็เหมือนเด็กที่ยังต้องการพ่อแม่ บางครั้งเขาก็ไม่ต้องการให้ใครมายุ่ง ทำให้ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ มีปัญหาเกิดการขัดแย้งนำไปสู่การทะเลาะกัน เด็กไม่ชอบทำตามคำบอกของแม่ แต่จะฟังและเข้าหาพ่อมากขึ้น เพราะพ่อเป็นแบบฉบับของความเข้มแข็ง และการเจริญเติบโต

1.3 การพัฒนาด้านความคิด เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นความคิดพัฒนาเปลี่ยนไปจากรูปธรรมเป็นนามธรรม เด็กมีการพัฒนาทางสมองและมีความคิดเจริญขึ้นเป็นอย่างมาก แต่ความคิดก็ยังเป็นไปตามขั้นตอนกว่าจะถึงความเป็นผู้ใหญ่ มีตนเองเป็นศูนย์กลาง คิดเข้าข้างตนเองในการอ้างเหตุผล เด็กจะคิดเชิงเหตุผลแต่ตามที่ตนเห็นชอบหรือตามอย่างเพื่อนมากกว่าความจริงที่ควรจะเป็น เด็กมีจินตนาการได้ลึกซึ้งขึ้น เริ่มเข้าใจถึงทฤษฎี มีมโนทัศน์ที่กว้างและลึกซึ้งขึ้น ในเด็กที่ฉลาดอาจมีความคิดที่ฉลาดล้ำหน้าเพื่อนวัยเดียวกัน ถ้าวัยรุ่นมีปัญหาแล้วในวัยต้น หรือเริ่มมีปัญหาขณะเข้าวัยรุ่น อาจทำให้กลายเป็นคิดทางลบ คิดเล็กคิดน้อย ครุ่นคิดวิตกกังวล คิดในทางเป็นปมด้อย จนทำให้เกิดปัญหาอารมณ์วิตกกังวล

1.4 การคบเพื่อน เพื่อนเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งและมีอิทธิพลต่อชีวิตของเด็กและวัยรุ่น เพื่อนจะมาเป็นผู้ช่วยไม่ให้คิดหมกมุ่นกับตนเองมากเกินไป รู้จักคิดถึงผู้อื่นเอาผู้อื่นเป็นศูนย์กลาง การมีเพื่อนทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองมีพรรคพวก มีที่อยู่ร่วมกันให้เกิดความรู้สึกว่าเขามี

ความสำคัญในกลุ่มนั้น สร้างความเข้มแข็ง ความมั่นใจและอำนาจได้ วัยรุ่นจึงถือการยอมรับของเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญ จะทำตามเพื่อน และปฏิบัติตนคล้ายหมู่เพื่อน เช่น การแต่งตัว คำพูด ภาษา ตลอดจน การรับคำนิยม และทัศนคติซึ่งอาจแตกต่างไปจากที่ได้รับจากพ่อแม่ ทำให้เกิดปัญหาขัดแย้งกับพ่อแม่หรือผู้ปกครองได้บ่อย ๆ วัยรุ่นจะสะท้อนให้เห็นถึงสภาพสังคมนั้น ๆ ได้เป็นอย่างดีจากพฤติกรรมที่เขาแสดงออก โดยเฉพาะในปัจจุบัน การแสดงออกทางเพศอย่างเปิดเผย และมีคำนิยมผิด ๆ นำไปสู่การประพฤติที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาสังคม ปัญหาสุขภาพ การเข้าไปเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ที่ก้าวร้าวรุนแรง และปัญหาสุขภาพจิต

วัยรุ่นจำเป็นต้องมีเพื่อนสนิทและมีเพื่อนคู่หูวัยรุ่นตอนต้นยังคงคบเพื่อนเพศเดียวกัน ต่อมาเด็กจะคบและมีเพื่อนต่างเพศจะนั่นจึงเป็นหน้าที่ของพ่อแม่ ที่สอนอบรมการคบเพื่อนให้เด็กได้รับรู้ไว้เพื่อการประพฤติปฏิบัติที่ถูกต้อง การคบเพื่อนต่างเพศจะต้องอยู่ในขอบเขตไม่ให้โอกาสอยู่ตามลำพัง ทุกสมัยเด็กจะมีเพื่อนรักเป็นเพศเดียวกัน ไว้วางใจกินนอนด้วยกัน บนพื้นฐานมิตรภาพไม่มีเรื่องเพศเข้ามาเกี่ยวข้อง การที่เด็กถูกมองผิด ๆ ทำให้เด็กไม่กล้ามีเพื่อนสนิท อาจหันไปมีเพื่อนสนิทเป็นเพศตรงข้าม หรือกลายเป็นปมด้อยของเด็ก การล้อเลียนผิด ๆ ควรห้ามปรามผู้ใหญ่ควรให้ทัศนคติและสนับสนุนในสิ่งที่ถูกต้องมากกว่าไปคิดวิตกกังวล หรือกล่าวหาเด็กในทางลบ การมีเพื่อนสนิทในวัยแรกเริ่มนี้มีความสำคัญ เพราะเป็นข้อบ่งชี้ถึงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ทำให้เด็กเรียนรู้การสร้างมิตรภาพ การรู้จักความรู้สึกของผู้อื่น รู้จักการอดทน การประนีประนอม การให้ การเสียสละ แทนที่จะนึกถึงความพึงพอใจของตนเอง เป็นการเข้าสู่การพัฒนาวุฒิภาวะทางอารมณ์ การคบเพื่อนของวัยรุ่นจะบอกลักษณะของวัยรุ่นเอง เพราะจะเลือกคบคนที่มีนิสัยคล้าย ๆ คน

การมีเพื่อนทำให้วัยรุ่นมีความอิสระจากพ่อแม่ถือเป็นการพัฒนาอย่างหนึ่งในวัยนี้ เด็กจะเรียนรู้ฐานะ (Status) ของตนในกลุ่ม เช่น การเป็นผู้นำ การเป็นผู้ตาม การมีพรรคพวกเสริมความรู้สึกภาคภูมิใจแก่ตน วัยรุ่นที่ไม่มีเพื่อนหรือมีปัญหาในการคบเพื่อนจะขาดทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ มองภาพตนเองในแง่ลบ มักมีปมด้อย บางคนมีอารมณ์เศร้า และเกิดโรคทางจิตประสาทได้ง่าย

1.5 การพัฒนาทางเพศ วัยรุ่นมีการเจริญพัฒนาทางเพศอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความคิด มีความอยากรู้อยากเห็นในเรื่องทางเพศมากขึ้น โดยเฉพาะสภาพความเป็นหญิงและชาย และการปฏิบัติต่อกันจนทำให้บางครั้งต้องแอบดูแอบแตะต้อง และสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้วัยรุ่นวิตกกังวลและอาจหมกมุ่นในเรื่องนี้ ปัจจุบันสื่อวิทยุทางเพศมีมากและเข้าถึงวัยรุ่นได้ง่ายทำให้วัยรุ่นเกิดอารมณ์อยากทดลอง อยากกระทำ จนบางครั้ง

นำไปสู่ความไม่เหมาะสมและเป็นปัญหาเกิดขึ้น เช่น ก่อคิดข่มขืน มีความสัมพันธ์ทางเพศตั้งแต่ แรกเริ่ม มีปัญหาตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ เกิดการมีวามสุขและนำไปสู่การเสพยาเสพติดได้

1.6 ความสัมพันธ์กับบิดามารดา วัยรุ่นจะพัฒนาเป็นตัวของตัวเองมากขึ้นเรื่อย ๆ พร้อมกับความต้องการความเป็นอิสระ แต่ก็ยังมีความขัดแย้งสับสนในจิตใจที่ส่วนหนึ่งต้องการ ความเป็นอิสระแต่อีกส่วนหนึ่งก็ยังไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบทั้งหมด ใจหนึ่งไม่ต้องการให้พ่อแม่ สอดส่องดูแลแต่อีกใจหนึ่งจะหงุดหงิด น้อยใจถ้าไม่ได้รับการเอาใจใส่ ข้อขัดแย้งในความคิด ทศนคติ การปฏิบัติตน การคบเพื่อนเป็นเรื่องที่ทำให้เป็นปัญหาระหว่างผู้ใหญ่และวัยรุ่นถึงขั้นทะเลาะกันได้ วัยรุ่นที่มีพื้นฐานความสัมพันธ์อันดีกับพ่อ แม่มีความรักเคารพในพ่อ แม่ตั้งแต่วัยเด็ก ความขัดแย้ง ต่าง ๆ จะน้อย ไม่รุนแรง แต่วัยรุ่นจะมีพฤติกรรมชอบต่อรองหรือทดลองดูว่า พ่อแม่จะว่าอย่างไร ขอมแค่ไหน มีท่าทีอย่างไรต่อการเรียกร้อง การดูแลวัยรุ่นระยะนี้พ่อ แม่ควรเปลี่ยนท่าทีจากการ ควบคุม มาเป็นการให้คำปรึกษา ให้ลูกรับผิดชอบตนเอง มีส่วนร่วมรับผิดชอบในบ้าน พ่อแม่รู้ ความเป็นไปของเขา แต่ไม่สอดส่องรายละเอียด ให้ความสำคัญส่วนตัว รับฟังความคิดเห็นและปรึกษา หรือแสดงความคิดเห็นด้วยการพูดคุย ทำให้วัยรุ่นรู้ว่าเขาจะต้องรับผิดชอบตัวเองมากขึ้น และถ้ามี อะไรอยากได้คำแนะนำก็ปรึกษาพ่อ แม่ได้ทุกเมื่อ

2. วัยรุ่นตอนกลาง

อายุประมาณ 15-18 ปี อารมณ์ของวัยรุ่นตอนนี้เริ่มสงบลงกว่าระยะตอนต้น เด็กยอมรับ ความเป็นหญิงเป็นชายและบุคลิกของตนเองอย่างเต็มที่ พ่อ แม่จะรู้สึกว่าคุณเติบโตมีความคิด ความอ่านและมีความรับผิดชอบตนเอง เด็กหลายคนเริ่มช่วยงานบ้านพ่อ แม่ ขณะเดียวกัน ความสัมพันธ์กับเพื่อนจะมีขึ้นอย่างเด่นชัด เด็กจะสร้างมิตรภาพใหม่ ๆ คบเพื่อนในวงกว้าง สนใจ สังคมทั่วไป เข้าร่วมในชมรมหรือจัดตั้งชมรมที่ตนสนใจหรือถนัด และเลือกกลุ่มเพื่อนที่มีนิสัยและ ความชอบคล้าย ๆ กัน

การพัฒนาด้านสติปัญญาและด้านมโนทัศน์จะมีมากขึ้น เด็กสามารถแสดงความคิดเห็น วิพากษ์วิจารณ์เปรียบเทียบได้มากขึ้น บรรยายเรื่องราวที่ละเอียดลึกซึ้งขึ้น ดึงข้อมูลมาสรุปเป็นเหตุผล สนใจเกี่ยวกับปรัชญา วิทยาศาสตร์ ศาสนามากขึ้น เด็กรู้จักแก้ปัญหาและคิดได้กว้างไกล ความคิดของเด็กวัยรุ่นจะเป็นจริงเป็นจัง ยึดเอาความถูกต้องและการเป็นเลิศ (Idealism) ฉะนั้นถ้า เด็ก ยึดมั่นอะไรจะยึดถืออย่างรุนแรงและลุ่มหลง จนบางครั้งเปลี่ยนความคิดดั้งเดิมหันมารับความ เชื่อและความนิยมใหม่ๆซึ่งอาจคิดไปจนโต ความคิดในเรื่องที่ดี ที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้เด็กมี ความก้าวหน้าในการเรียนและการดำเนินชีวิต การที่เด็กในวัยนี้จะทุ่มเทในสิ่งที่ตนสนใจได้อย่าง มาก จนบางครั้งอาจเป็นผลเสียทำให้ล้มการพัฒนาในด้านอื่น ๆ ในส่วนรวม หรือไปหมกมุ่นกับลัทธิ

การเมือง หรือการสร้างภาพพจน์ในกลุ่มพวก ความคิดเกี่ยวกับสังคมในวัยรุ่นมักจะออกในทางลบ และรุนแรง ทำให้วัยรุ่นอาจตกเป็นเหยื่อในการทดลองสิ่งต่างๆ และถูกชักชวนเข้ากลุ่มต่อต้านสังคม

วัยนี้ความคิดเกี่ยวกับตนเองจะลดลงแต่วัยรุ่นก็ยังคิดว่าความคิดของตนเองนั้นถูกต้อง ตามความรู้สึกตนเรื่องธรรมดาจะเป็นเรื่องพิเศษจริงจังและหาเหตุผลมาประกอบความคิดของเด็ก จึงอยู่ในระยะที่มีการรักหลงตนเองอยู่สูง (Narcissism) ฉะนั้นวัยรุ่นจะพัฒนาขึ้นไปเมื่อเขา สามารถแยกแยะความหมกมุ่นครุ่นคิดในเรื่องของตนเอง และความคิดของผู้อื่น รู้จักรับฟังและ พัฒนาไต่ตรองในหลายแง่มุมมากขึ้นในเรื่องต่าง ๆ

3. วัยรุ่นระยะปลาย

อายุ 18-20 ปี มีความรับผิดชอบและพัฒนาตนเองเป็นผู้ใหญ่ขึ้น ช่วงต่อของวัยรุ่น ตอนกลางและตอนปลายเป็นระยะของการพัฒนาเอกลักษณ์แห่งตน Erikson เชื่อว่าเอกลักษณ์แห่งตน (Identity) เป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่เด็กจำเป็นต้องสร้างให้เกิดขึ้นก่อนที่จะมีความรักสนิทสนม ใกล้ชิดกับผู้อื่น โดยเฉพาะเพื่อนต่างเพศ การมีเอกลักษณ์แห่งตนที่มั่นคงสำเร็จได้นั้นต้องการ ส่วนประกอบหลายอย่าง เช่น การมีประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาอย่างราบรื่น อบอุ่นและมั่นคง การมีแบบอย่างให้เห็นอย่างสร้างสรรค์และประสบความสำเร็จ มีโอกาสได้พบเห็นบุคคลที่มีภาพ เอกลักษณ์หลาย ๆ แบบ พ่อแม่มีทัศนคติและเล็งดูแบบประชาธิปไตยให้วัยรุ่นมีประสบการณ์ใหม่ ๆ และมีความ รับผิดชอบ รู้จักทำประโยชน์เพื่อบุคคลอื่น เด็กได้มีโอกาสสัมผัส ศึกษาศึกษาและฝึก ปฏิบัติในสิ่งที่ตนชอบหรือเลือก โดยมีพ่อแม่หรือบุคคลในครอบครัวที่มีความหมายต่อตัวเด็ก เกื้อหนุนและช่วยเหลือ

การพัฒนาที่สำคัญ คือ การตัดสินใจเลือกวิชาชีพ ที่คาดหวังและเหมาะสมกับความสามารถ ความถนัดของตน วัยรุ่นบางคนยังไม่นึกถึงอนาคต บางคนเรียนไปตามกระแสสังคมหรือตามเพื่อน ทำให้ไม่สามารถใช้ศักยภาพของตนและความพยายามให้เต็มที่ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่จะนำไปสู่ ความสำเร็จในชีวิต วัยรุ่นเหล่านี้จะเคืองแค้นหาจุดยืนได้ยาก และไม่พอใจกับชีวิตที่ดำเนินอยู่

วัยรุ่นที่มีปัญหาในเอกลักษณ์ คือวัยรุ่นที่ขาดความนับถือตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ มี ปมด้อย ชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เห็นแต่ข้อเด่นของผู้อื่น และมีความไม่มั่นใจในตนเอง ทำ ให้มีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ไม่มีสมาธิ มีผลกระทบต่ออารมณ์และการเข้าสังคม บางคน แยกตัวห่างเหินจากเพื่อน บางคนเข้าหาสิ่งปลอบใจผิด ๆ เช่น สุรา หรือสารเสพติด หันไปสู่ลัทธิ ที่ชักจูงไปได้ หรือบางคนหนีปัญหาชีวิต บางครั้งถึงคิดพยายามฆ่าตัวตาย Identity crisis จะ เกิดขึ้นชั่วคราวชั่วคราว เมื่อวัยรุ่นหมกมุ่นกับตนเอง และรู้สึกนึกถึงตนเองมากเกินไป (Self conciousness) Erikson เชื่อว่าวัยรุ่นจะต้องมีประสบการณ์กระทำหลาย ๆ อย่างและต้องมีทางเลือก

ให้หลายทางพร้อมทั้งประเมินตนเองเป็นว่า มีจุดอ่อนจุดแข็งส่วนไหนบ้าง เพื่อตกลงใจเลือกทางเดินชีวิตให้แน่นอน

6. ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม

6.1 ข้อมูลทั่วไป

ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม ตั้งอยู่เลขที่ 36 หมู่ 6 ตำบลหัวรอ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัด พระนครศรีอยุธยา กำเนิดจากโครงการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เปิดให้บริการเมื่อ เดือนมกราคม พ.ศ. 2535 จากสภาพความเป็นจริงรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ มีลักษณะศูนย์รวมอยู่เฉพาะในเมือง โดยใช้โรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางในการให้บริการสาธารณสุขทุกระดับ (ทั้ง Primary care และ Secondary care) ลักษณะเช่นนี้ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ได้ เช่น การขาดความสัมพันธ์ที่กระหว่างสถานบริการกับชุมชน ซึ่งเป็นผลทำให้ คุณภาพในการให้บริการสาธารณสุขไม่ดีไปด้วย ประกอบกับมีการเจริญเติบโตในภาคเอกชนค่อนข้างมาก ทำให้มีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการที่ไม่เสมอภาค โครงการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุข จึงทำเป็นโครงการนำร่องในการที่จะพัฒนารูปแบบการให้บริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ และ ประสิทธิภาพขึ้น (รวินันท์ ศิริกนกวิไล และคณะโครงการอยุธยา. 2537 : 1, 6)

วัตถุประสงค์ของศูนย์แพทย์ คือ

1. การให้บริการที่มีคุณภาพ (Good care) รวมถึง การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลแบบองค์รวม คือ ดูแลทั้งด้านโรค จิตใจ และสภาพสังคมของผู้ป่วย การดูแลแบบผสมผสาน คือ ดูแลทั้งการรักษา ส่งเสริม และป้องกันโรค

2. เป็นรูปแบบบริการที่เข้าถึงง่าย (Accessible)

3. มีความเสมอภาคในการให้บริการและการสร้างระบบพึ่งพา-ช่วยเหลือกันของคนในเขตรับผิดชอบ

4. เป็นรูปแบบที่ประหยัดทั้งต่อผู้รับบริการและรัฐบาล

ในปัจจุบันศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทารามเป็นส่วนหนึ่งของ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ฝ่ายเวชกรรมสังคม

มีวิสัยทัศน์และพันธกิจ ดังนี้

วิสัยทัศน์ของศูนย์แพทย์ เป็นหน่วยบริการในพื้นที่ที่จัดบริการเพื่อตอบสนองนโยบายด้านสาธารณสุข และความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนที่รับผิดชอบ โดยการดูแลทั้งด้านสร้างเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาลเบื้องต้นฟื้นฟูสภาพ และติดตามเพื่อให้เกิดบริการที่ต่อเนื่อง รวมทั้งการ

สร้างเสริมความรู้ และความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง สำหรับผู้ปฏิบัติงาน มีการพัฒนาทักษะ ความรู้อย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจ และ มีความสุขในการทำงาน

พันธกิจของศูนย์แพทย์ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดบริการตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ในลักษณะผสมผสานเน้นองค์รวมและต่อเนื่อง รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน จะเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถเป็นสื่อถ่ายทอดความรู้ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนในการสร้างเสริมและดูแลตนเองเป็นเบื้องต้น

ข้อมูลบุคลากรศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม

พยาบาลเวชปฏิบัติ	1 คน
พยาบาลวิชาชีพ	2 คน
นักวิชาการสาธารณสุข	1 คน
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	1 คน
ลูกจ้างชั่วคราว	1 คน

ลักษณะการจัดการให้บริการ

หลักในการจัดบริการ คงไว้ซึ่งการให้บริการที่มีคุณภาพ (Continuity, integrated, holistic) เกิดความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันบนพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดีให้บริการในช่วงเวลาที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยลักษณะบริการมีมากเท่าที่จะจัดบริการได้ เช่น งานรักษา งานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งานดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

กิจกรรมภายในศูนย์แพทย์ (รวินันท์ ศิริกนกวิไล และคณะโครงการอุษยา. 2537 : 23-28)

จันทร์ - ศุกร์ 7.30 น. - 12.00 น. บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ และ 16.30- 20.30 น. บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยในวันจันทร์และวันพุธจะมีแพทย์จากโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาตรวจรักษาผู้ป่วย

เสาร์ - อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ 7.30 น. - 12.30 น. บริการตรวจรักษาพยาบาลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ

กิจกรรมที่ให้บริการในสำนักงาน

1. งานรักษาพยาบาล
2. งานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ฯลฯ
3. งานดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง : ดูแลสุขภาพเด็กดี ดูแลหญิงฝากครรภ์ หญิงหลังคลอด

เป็นต้น

กิจกรรมที่ให้บริการนอกสำนักงาน

จัดบริการวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 13.00-16.00 น. โดยทำการเยี่ยมบ้าน จัดประชุมชุมชน จัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคให้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบ

การเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาล เพื่อวัตถุประสงค์ ต่อไปนี้

1. ดูแลผู้ป่วยโรคฉับพลันที่จำเป็นต้องติดตามดูอาการหรือให้การพยาบาลที่บ้าน
2. ติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงที่ขาดนัด เพื่อทราบเหตุผลและให้คำแนะนำ

ในการมารักษาต่อเนื่อง

3. ดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุ
4. ผู้ป่วยที่กลับจากโรงพยาบาล
5. ประชาชนทั่วไป

การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

พยาบาลจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในกรณีที่ได้เขียนใบส่งตัวจากศูนย์แพทย์ไปยังโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และผู้ป่วยได้นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เพื่อติดตามผลการรักษา และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเองเมื่อกลับบ้านและมาติดตามรักษาต่อที่ศูนย์แพทย์

ขีดความสามารถในด้านการรักษาพยาบาล

จะเทียบเท่าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป คือ Investigation ได้โดยส่ง Specimen ตรวจที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล ได้รับผลการตรวจในตอนบ่ายวันเดียวกัน ผู้ป่วยสามารถฟังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ในช่วงเวลานอกราชการ (16.30 น. - 20.30 น.)

ระบบยาใช้ยาชนิดเดียวกันกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

กรณีต้อง Observe ดูอาการระยะสั้นสามารถทำได้ที่ศูนย์แพทย์ หรือพิจารณาให้นอนพักที่บ้านแล้วเจ้าหน้าที่ไปติดตามดูอาการ (เยี่ยมบ้านในช่วงเวลา 13.00 - 16.00 น.)

กรณีเป็นปัญหาเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องปรึกษากับแพทย์ สามารถนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์ในช่วงนอกเวลาราชการหรือสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับการปรึกษาที่โรงพยาบาลได้ โดยเขียนใบส่งตัวตามระบบการส่งตัวผู้ป่วย

ระบบข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการ

ระบบข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการ ที่เป็นส่วนบุคคล และครอบครัว ทางศูนย์แพทย์จัดทำระบบการเก็บข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการต่างจากระบบของโรงพยาบาลเพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. เก็บข้อมูลเจ็บป่วยเฉพาะที่จำเป็นและสำคัญ
2. ข้อมูลที่เก็บนั้นสามารถนำไปจัดทำรายงานได้ในคราวเดียวกัน
3. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลเจ็บป่วยของตัวเอง และเป็นการช่วยให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูลข่าวสาร

ความต่อเนื่องของข้อมูลข่าวสาร

ระบบข้อมูลข่าวสารประกอบไปด้วย

1. Individual and family continuous record โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เก็บข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบุคลากร ใช้สำหรับประเมินผลการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1.1 Intra – episode records เพื่อความต่อเนื่องของข้อมูล และการดูแลรักษาระหว่างการเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ ซึ่งมีบัตรต่าง ๆ คือ

บัตรประจำตัวผู้ป่วย (Personal ticket) มีข้อมูลที่คล้ายใบสั่งยา (แพทย์เขียนครั้งเดียว โดยใช้กระดาษอัดสำเนา) อาการและสิ่งตรวจพบที่สำคัญเพื่อใช้ในการติดตาม (Monitor) อย่างต่อเนื่องจนปัญหานั้นหายไป ใช้สำหรับโรคเจ็บป่วยอย่างฉับพลัน (Acute disease) และเก็บไว้กับผู้ป่วยเอง โดยนำมาทุกครั้งจนกว่าโรคในครั้งนั้นจะหาย

สมุดประจำตัวผู้ป่วย (Personal book) ใช้สำหรับโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง งานส่งเสริมสุขภาพ เช่น ANC , WBC และเก็บไว้กับผู้ป่วยจนกว่าจะสิ้นสุดการเจ็บป่วยนั้น

ใบสั่งยา (Prescription form) รูปแบบจะคล้าย Personal ticket แต่จะใช้ทั้งเพื่อใบสั่งยา และเป็นใบบันทึกข้อมูลการเงิน สิทธิผู้ป่วย

บัตรปฏิบัติการเฉพาะโรค (Operational card) สำหรับเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องในกรณีจำเป็นต้องมี Active follow up โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง (หัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (การฝากครรภ์และการให้วัคซีนเด็ก) เนื้อหาใน Card จะเกี่ยวกับการนัด การดูแลสุขภาพ และเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงการดูแลด้านสุขภาพ โดยบัตรนี้จะเก็บไว้ในกล่องปฏิบัติการนัด (Daily box) เมื่อผู้ป่วยไม่มาตามนัดจะทราบทันทีว่าผู้ป่วยผิดนัด

1.2 Inter - episode records เป็นข้อมูลของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเก็บไว้ระยะยาว เช่น ประวัติสำคัญต่าง ๆ การแพ้ยา ประวัติโรคเรื้อรัง ประวัติของกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งมีบัตรต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

แฟ้มอนามัยครอบครัว (Family file) เก็บข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ เช่น รายชื่อสมาชิกในครอบครัว วัน เดือน ปี เกิด สิทธิในการรักษาพยาบาล เป็นแฟ้มสำหรับเก็บแบบสรุปลักษณะสุขภาพของแต่ละคนในครอบครัว

แบบสรุปลักษณะสุขภาพ (Synthesis card) เก็บข้อมูลที่สำคัญของสมาชิกแต่ละคน เช่น วันที่ค้นพบและวันที่สิ้นสุดของปัญหาโรคเรื้อรัง ประวัติการแพ้ยา ประวัติอดีตที่สำคัญ Card นี้เก็บไว้ในแฟ้มอนามัยครอบครัว

ระบบการเงิน เงินที่เก็บได้จากผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล จะนำไปส่งให้กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงินของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาในช่วงบ่ายของทุกวัน

ปัจจุบันศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทารามดำเนินการ ให้บริการขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทั้งในเขตรับผิดชอบและนอกเขตรับผิดชอบ เป็นระยะเวลา 14 ปี จำนวนผู้รับบริการในปัจจุบันโดยเฉลี่ยประมาณ 100 คน/วัน มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 11,087 กว่าคน รับผิดชอบพื้นที่ในเขตเทศบาลเมืองนครนครศรีอยุธยา ได้แก่ หมู่ 1 ตำบล คลองสระบัว หมู่ 3 และหมู่ 5 ตำบลท่าवासுகี หมู่ 3, 4, 5, และหมู่ 6 ตำบลหัวรอ โรงเรียนที่อยู่ในความรับผิดชอบ 2 โรงเรียน คือ โรงเรียนอนุบาลพระนครศรีอยุธยา และโรงเรียนวัดธรรมิกราช ซึ่งการดูแลผู้ป่วยยึดหลักการดูแลที่ดี (Good care) เป็นสำคัญ คือ มีการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity) การดูแลแบบองค์รวม (Holistic) การดูแลแบบผสมผสาน (Integrated)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยในประเทศ

วาสนา ทับแก้ว (2539 : 2) ได้ศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานป้องกันยาเสพติดในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า สาเหตุการใช้ยาเสพติดในสถานศึกษาเป็นปัจจัยส่งเสริมและเกื้อหนุนการใช้ยู่หลายประการนับตั้งแต่ตัวนักเรียนเอง ได้แก่ ความอยากรู้อยากลอง เพื่อนชวน ต้องการเลียนแบบ มีเวลาว่างมีวามสุขกันมาก ตลอดจนขาดการเหลียวแลเอาใจใส่ ขาดความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว สาเหตุอาจมาจาก บิดา มารดา ผู้ปกครอง เช่น ครอบครัแตกแยก ความบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ทำให้ไม่มีเวลาเอาใจใส่

ภาวิณี อยู่ประเสริฐ (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของนักเรียนวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 1,050 คน เป็นเพศชาย 601 คน (ร้อยละ 57) และเป็นเพศหญิง 449 คน (ร้อยละ 43) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 14-17 ปี มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับต่ำ จากการศึกษาได้ผลสรุปว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการใช้สารเสพติดของนักเรียน พบว่า เพศ อายุ การพักอาศัย และสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด กล่าวคือ นักเรียนที่ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุระหว่าง 18-19 ปี พักอาศัยอยู่กับมารดา สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ และมีการทะเลาะวิวาทกันบ่อย ๆ ส่วนสถานภาพสมรสของบิดามารดาและสัมพันธ์ภาพของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของนักเรียน

อารีรัตน์ ภู่อิ่ม (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาและความเป็นไปได้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเสพติดในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 5 ผลการวิจัยพบว่า วิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเสพติดของนักเรียนด้วยวิธีธรรมชาติ โดยการให้ความเอาใจใส่ดูแลใกล้ชิด ไม่ใช่สารเคมีหรือยา และการฝึกปฏิบัติสมาธิเป็นวิธีที่มีความเป็นไปได้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเสพติดของนักเรียน

ศุภานัฐ เผือกคง (2541 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษารายกรณีนักเรียนติดยาเสพติดในสถานบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ผลการวิจัย พบว่า สาเหตุของการติดยาเสพติดของนักเรียนมาจากการเลี้ยงดูของครอบครัว ผู้ปกครองหรือ บิดามารดาของนักเรียนต้องทำมาหาเลี้ยงชีพสร้างฐานะ ไม่มีเวลาควขันเอาใจใส่ ความประพฤติกว้างไกล่ฉิด รวมทั้งลักษณะส่วนตัวและบุคลิกภาพของนักเรียนเองที่ขาดความมั่นใจในตัวเอง จิตใจอ่อนไหว การคิดและการตัดสินใจยังขาดเหตุผลและวุฒิภาวะทางอารมณ์ คล้อยตามเพื่อนและสิ่งแวดล้อม

กาญจนา ชินาธิวร (2541 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาโครงสร้างและหน้าที่ครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างและหน้าที่ครอบครัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันทุกด้าน

อมรลักษณ์ อากาศวิภาต (2542 : 11) ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับครอบครัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์และการสื่อสารโดยเน้นให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วม มีสิทธิที่จะแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัว มีการตัดสินใจร่วมกัน ยอมรับฟังและสื่อสารเจรจาประนีประนอมกันด้วยความรักความเข้าใจและเหตุผล

พิมพ์ใจ บุญยัง (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพติดสารระเหยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดนราธิวาส พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพติดสารระเหย มีผลทำให้นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงของทักษะการตัดสินใจ ทักษะแก้ไขปัญหา ทักษะการปฏิเสธ และมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมป้องกันการเสพติดสารระเหยที่ดีขึ้น

มาริสา หะสามะ (2540 : 118) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการจัดโครงการป้องกันการใช้ยาและสารเสพติดสำหรับนักเรียนกลุ่มวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า จากการประยุกต์แนวคิดทักษะชีวิตและกระบวนการกลุ่ม เรื่อง “รู้เขารู้เราเข้าใจกัน” ทำให้นักเรียนสามารถวิเคราะห์

ตนเองในเรื่องความรู้สึกต่อตนเอง สิ่งที่น่าหวังในอนาคต ความภูมิใจในตนเอง การรับฟังความคิดเห็นของเพื่อน การฝึกฝนการเรียนรู้ด้วยตนเอง การทำงานเป็นกลุ่ม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างกลุ่มและร่วมกันวิเคราะห์แสดงความคิดเห็นอันก่อให้เกิดการพัฒนาในด้านต่าง ๆ เช่น การปรับตัวทางสังคม การปรับตัวเข้ากับเพื่อน และเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองได้

พิสมัย สุขอมรรัตน์ (2540 : 109-110) ได้ทำการศึกษาการประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สังกัดกรมสามัญศึกษากรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลอง 46 คน กลุ่มควบคุม 40 คน ประกอบไปด้วยการเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพ ทักษะการจัดการกับความเครียดและพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ หลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีทักษะ การปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพและมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการจัดการกับความเครียดดีขึ้นก่อนทดลองไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นวนันท์ กิจทวี (2541 : 99) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาบ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดนนทบุรี พบว่า แผนการจัดกิจกรรม “การเห็นคุณค่าของตนเอง” เป็นการชี้แนะแนวทางการมองข้อดีของคน การเห็นคุณค่าของตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อครอบครัว เพื่อน โรงเรียน และสังคมที่นักเรียนเกี่ยวข้อง

พรพรรณ บุญนุกูล (2545 : 42) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์และการเสริมสร้างทักษะชีวิตในค่ายทักษะเยาวชนแก้ไขปัญหายาเสพติด โรงเรียนบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ. 2545 พบว่าหลังจากเข้าค่ายเสริมทักษะเยาวชนแก้ไขปัญหายาเสพติดโรงเรียนบางปะหัน ค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการเสพยาเสพติด ด้านเจตคติ เรื่องรู้ค่าในตนพินัยห่างไกลยาเสพติด อยู่ในระดับดี นักเรียนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100.00

บุษบา ญาณสมเด็จ (2545 : 69) ได้ทำการศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาบ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนห่อพระ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การจัดกระบวนการเสริมสร้างทักษะชีวิต ทำให้นักเรียนเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว และเกิดการเรียนรู้ถึงโทษพิษภัยของยาและสารเสพติด และสามารถนำเอาความรู้จากกระบวนการทักษะชีวิตไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

7.2 งานวิจัยต่างประเทศ

สเปฟเวค (Spevack. 1974 : 6748-A) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง บุคลิกภาพ ทักษะคิด และพฤติกรรมของนักเรียนมัธยมศึกษาที่คิดและไม่ติดยาเสพติด (Drugs and the Adolescent High

School Students : A Three Years Survey Study) ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่ติดและไม่ติดยาเสพติดนั้น มีบุคลิกภาพ ทักษะและพฤติกรรมแตกต่างกัน นักเรียนที่ติดยาเสพติดจะมีลักษณะของความเป็นผู้ใหญ่น้อยกว่า และจะมีแนวโน้มของการใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า นักเรียนที่ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มีบิดา มารดาสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ไพนัสไคน์ (Feinstein. 1978 : 5935-A) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การใช้ยาเสพติดของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอิลลินอยส์ (An Investigation of Illinois Prescription and over the Counter Drug Use in and Undergraduate Student Population) ผลการวิจัยพบว่า การใช้ยาเสพติดของนักศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใช้ยาเสพติดของผู้ปกครองกล่าวคือ ถ้าผู้ปกครองของนักศึกษา คนใดใช้ยาเสพติดชนิดใดแล้ว นักศึกษาคณะนั้นก็จะมีแนวโน้มจะใช้ยาเสพติดชนิดนั้นตามไปด้วย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ครอบครัว พบว่า สาเหตุที่มีความสัมพันธ์กันที่ทำให้เยาวชนมีการใช้สารเสพติด มีสาเหตุมาจากตัวเองด้วยส่วนหนึ่ง ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะส่วนตัวและบุคลิกภาพของตัวเองที่ขาดความมั่นใจในตนเองซึ่งครอบครัวมีส่วนที่จะทำให้อุบัติการณ์ ความมั่นใจในตนเอง กล้าคิด กล้าแสดงออก กล้าตัดสินใจ การที่ครอบครัวมีการทำหน้าที่ครอบครัว ได้ดีจะทำให้เด็กมีความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี แต่ถ้าครอบครัวไม่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบต่างคนต่างอยู่ มีการทะเลาะวิวาทกันบ่อยๆ ครอบครัวแตกแยกไม่มีเวลาเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของเยาวชน

หลักการของทักษะชีวิต มีองค์ประกอบทางด้าน พุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย เพื่อให้เกิดความรู้ เจตคติ และทักษะ ในการที่จะจัดการกับปัญหารอบๆตัว สำหรับการปรับตัวในชีวิตประจำวันและในอนาคต จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะพบว่าเยาวชนที่เข้าค่ายฝึกทักษะชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น