

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยระดับเขาวงกตปัญญาและบุคลิกภาพของเยาวชนในค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติดของวิทยาลัยอาชีวศึกษาสงขลาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด
 - 1.1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด
 - 1.2. แนวทางป้องกันและบำบัดรักษานักเรียนที่ติดยาบ้า (AMPHETAMINE)
 - 1.3. หลักสูตรเยาวชนต้นกล้าในโครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติด
2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเขาวงกตปัญญาและบุคลิกภาพ
 - 2.1. เขาวงกตปัญญา และการวัดเขาวงกตปัญญา
 - 2.2. บุคลิกภาพ
 - 2.3. ความสัมพันธ์ระหว่างเขาวงกตปัญญาและบุคลิกภาพ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด

1.1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด

ความหมายของการติดยาและสารเสพติด

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้ให้ความหมายและเกณฑ์การวินิจฉัยสภาวะการติดยาและสารเสพติด Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edⁿ (DSM-IV) ในปี พ.ศ. 1994 ดังนี้

1. การเสพผิด (Substance Abuse)

ลักษณะสำคัญของการเสพผิด คือ แบบแผนของพฤติกรรมที่ผิดในการใช้ยาและสารแสดงออกโดยเสพสารซ้ำๆ โดยก่อให้เกิดความเสียหายชัดเจน โดยมี

เกณฑ์วินิจฉัยการเสพผิดของ DSM IV

พบข้อใดข้อหนึ่งขึ้นไปในช่วง 12 เดือน ดังนี้

1. เสพสารซ้ำๆ เป็นผลให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน การเรียน และครอบครัว
2. เสพสารซ้ำๆ เพื่อให้ทำงานได้มากขึ้นแบบเสี่ยง เช่น เสพเพื่อให้ขับรถได้นาน
3. เสพสารที่ผิดกฎหมายซ้ำๆ

4. เสพสารต่อ ทั้งๆที่เมื่อเสพแล้วเกิดปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2. การเสพติด (Substance Dependence)

ลักษณะสำคัญของการเสพติด คือ การใช้ยาและสารติดต่อกัน ไม่สามารถหยุดได้เอง แม้มี
ปัญหาจากการเสพยาอีก ทั้งร่างกาย ความรู้สำนึก พฤติกรรม ก็ยังเสพต่ออีก และเมื่อเสพติดแล้วจะต้อ
พยายามหาสารมาเสพอีก (Compulsive) เสพไปนานๆจะเกิดอาการดื้อยา (Tolerance) และเมื่อหยุด
ยาจะเกิดอาการถอนยา (Withdrawal)

เกณฑ์วินิจฉัยการเสพผิดของ DSM IV

เป็นการใช้สารเสพติดอย่างผิดๆจนทำให้เกิดอาการความบกพร่องอย่างน้อย 3 ข้อ ใน 7 ข้อ
ในระยะเวลาใดก็ได้ภายใน 12 เดือน

1. การดื้อยา โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

- ต้องใช้ยาจำนวนมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลจากสารเสพติดมากเท่าเดิม
- ถ้าใช้ยาจำนวนเท่าเดิม จะได้ผลน้อยกว่าแต่ก่อน

2. เกิดอาการถอนพิษยา โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

- มีลักษณะของอาการถอนพิษยาเกิดขึ้นเมื่อไม่ได้ใช้สารเสพติด โดยมีอาการ
ตามแต่ชนิดของสารเสพติดนั้นๆ
- ต้องใช้สารเสพติดเพื่อระงับหรือหลีกเลี่ยงอาการถอนพิษยา

3. ผู้เสพมักจะใช้สารเสพติดในจำนวนและระยะเวลามากกว่าที่ตั้งใจไว้เดิม

4. มีความต้องการใช้สารเสพติดโดยไม่สามารถลดหรือควบคุมการใช้สารเสพติดได้ด้วย

ตนเอง

5. ใช้เวลาส่วนมากไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ได้แก่ การหาสารเสพติดมาเสพ
(เช่น เดินทางไปตามที่ต่างๆเพื่อหาแหล่งขายยา) ใช้เวลาไปกับการเสพยา หรืออยู่ระหว่างการเมินเมา
สารเสพติด

6. การงาน การเรียน สังคม หรือกิจกรรมที่สร้างสรรค์ต่างเสื่อมถอยหรือสูญเสียไป

7. ยังใช้สารเสพติดนั้นต่อไป แม้จะทราบว่าจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจ เช่น
ยังเสพยาบ้าแม้จะทราบว่าทำให้เกิดอาการซีมเศร้าถึงขนาดคิดฆ่าตัวตายได้ และอาจทำให้เกิดอาการ
ทางจิตได้ หรือในผู้สูบบุหรี่ที่ไม่ยอมเลิกบุหรี่ แม้จะทราบว่าบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งได้

ประเภทของยาและสารเสพติด

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งประเภทของยาและสารเสพติด International Classification of
Disease and Related Health Problem (ICD -10) ในปี 1992 เป็น 10 กลุ่ม คือ กลุ่ม F10-F19 โดยมี
รายละเอียด คือ

1. สุรา (Alcohol)
2. กลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (Opioids)
3. กลุ่มกัญชา (Cannabinoids)
4. ยาระงับประสาทและยานอนหลับ (Sedatives or hypnotics)
5. โคเคน (Cocaine)
6. กลุ่มกระตุ้นประสาท (Stimulants)
7. กลุ่มหลอนประสาท (Hallucinogens)
8. ยาสูบ (Tabaco)
9. สารระเหย (Volatile solvents)
10. ใช้ยาหลายตัวและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นๆ (Multiple drug use and use of other psychoactive substances)

1. สุรา (Alcohol)

สุรามีผลต่อร่างกายเกือบทุกระบบ เมื่อดื่มสุรา อาการที่พบจะเปลี่ยนแปลงตามปริมาณที่ดื่ม พบว่ามีอารมณ์แปรปรวน ควบคุมตนเองไม่ได้ อาจระเบิดความรู้สึกออกมา มีความรู้สึกไวกับความเจ็บปวด และอยู่ไม่สุข (Restlessness and Hyperactivity) รายที่ดื่มมากพบอาการรุนแรง ตัวเย็น หายใจช้าลงและมีเสียงดัง หัวใจเต้นเร็ว ซึมถึงหมดสติ

ยังมีความเห็นไม่ตรงกันในการจำแนกการดื่มสุราอย่างปลอดภัยกับการดื่มอย่างอันตราย (Hazardous) ปัจจุบันมีแนวโน้มจะใช้คำว่า Alcohol Dependence แทน Alcoholism หรือใช้คำที่มีความหมายเบาลง เช่น ดื่มอย่างอันตราย หรือดื่มอย่างเป็นปัญหา

2. กลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (Opioids)

ยาและสารกลุ่มนี้ได้จากทั้งโดยธรรมชาติ ต้นฝิ่น (Papaver Somniferum) และการสังเคราะห์ให้มีผลทางเภสัชวิทยาเช่นเดียวกัน ออกฤทธิ์โดยจับกับ Endogenous opioid receptors ของสมอง ขอบ่งใช้ในการรักษา คือ ใช้ระงับปวดจากอาการปวดที่รุนแรง อาการไอ อาการเหนื่อย ฤทธิ์ที่ทำให้มี Euphoria เป็นฤทธิ์ที่ทำให้มีการติดยา

อันตรายสำคัญของยากกลุ่มนี้คือการกดการหายใจ ซึ่งหากช่วยเหลือไม่ทันการณอาจเสียชีวิตได้ ฤทธิ์ของยาหรือสารต่อประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดม่านตาเล็ก ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ทำให้ท้องผูก

การติดยาเกิดได้เร็ว และการติดยาทำให้เกิด Euphoria แต่ยังสามารถลดความเจ็บปวด ดังนั้น ถ้าใช้นานเพื่อผลในการลดความเจ็บปวด สามารถใช้ยาในขนาดเดิมได้นานกว่าโดยยังไม่ติดยา แต่เสพให้เกิด Euphoria ติดยาเร็วกว่า

ผู้ติดยาต้องการให้เกิด Euphoria จึงพยายามใช้ยาเพิ่มขึ้น บางครั้งจึงเกิดอาการได้รับยาเกินขนาด ผู้ติดยาอาจเกิดภาวะหัวใจและการหายใจหยุดทำงานกะทันหัน จากผลของยาที่กดก้านสมอง อาการแสดงทางคลินิกของการได้รับยาเกินขนาด ได้แก่

- ม่านตาหดเล็ก (Meiosis)
- หายใจช้าลง 2-7 ครั้งต่อนาที
- เชีเยว ซีพจรเบา และหัวใจเต้นช้าลง
- อาจเกิดน้ำคั่งในปอด (Pulmonary edema)
- กล้ามเนื้อกระตุกหรืออ่อนแรง
- บางครั้งอุณหภูมิต่ำกว่าปกติ

3. กลุ่มกัญชา (Cannabinoids)

จากต้นกัญชา Cannabis Sativa สารสกัดจากกัญชาที่เป็นตัวออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ THC (d-9 tetrahydrocannabinol) ซึ่งละลายได้ดีในไขมัน ร่างกายจึงเก็บไว้ได้นาน จะขจัดออกหมดจากร่างกายใช้เวลาถึง 30 วัน

เมื่อเสพแล้วมีอาการ Euphoria เสียความรู้สึกเรื่องเวลาและสถานที่ หากเสพเพิ่มขึ้นความรู้สึกการเห็น การได้ยิน เปลี่ยนเป็นลักษณะหลอนประสาท ต่อมาสับสน และอาจมีอาการหวาดระแวง ในบางรายที่เสพขนาดสูงมีอาการโรคจิตได้ (Cannabis psychosis)

ตรวจพบว่ามีตาแดง แต่ม่านตาปกติ การเสพส่วนใหญ่เสพโดยการสูบ บางทีไปผสมอาหาร กัญชามีฤทธิ์เสพติดต่ำ เเสพแล้วจะเกียจคร้าน มีการติดยาได้ ทำให้สูบบ่อยขึ้น

4. ยาระงับประสาทและยานอนหลับ (Sedatives or hypnotics)

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มบาร์บิทูเรต และไมโซบาร์บิทูเรตในขนาดต่ำๆ ใช้เพื่อให้สงบ ให้นอนหลับ บางรายมีฤทธิ์ระงับการชัก การติดยา (Tolerance) เกิดได้เร็ว จึงต้องเพิ่มขนาดยา จึงอาจเกิดการติดยาได้ การหยุดยาทันทีในกลุ่มที่ใช้ยามานานจะเกิดอาการถอนยาอย่างรุนแรง ทั้งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

5. เบนโซไดเซพีนส์ (Benzodiazepines)

เป็นยากลุ่มที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ทั้งระงับอาการชัก คลายกล้ามเนื้อ ยานอนหลับ และเป็นยาหลักที่ใช้ (Drug of choice) ในการรักษาอาการถอนยาจากแอลกอฮอล์

ออกฤทธิ์โดยไปจับกับ Receptors ที่สมองส่วนกลาง ซึ่งสัมพันธ์กับ GABA-receptor ความแตกต่างของยาแต่ละตัวอยู่ที่ระยะเวลาที่ออกฤทธิ์ ตั้งแต่ออกฤทธิ์สั้น เช่น Triazolam ปานกลาง เช่น Lorazepam และออกฤทธิ์ยาว เช่น Diazepam โดยทั่วไปยาที่ออกฤทธิ์สั้นจะเกิดอาการถอนยามากกว่ายาที่ออกฤทธิ์นาน

ปัจจุบันพบมีการติดยาในกลุ่ม Hypnotics (Sleeping pills) ในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Dormicum (Midazolam), Rohypnol (Flunitrazepam) เพิ่มมากขึ้น

ในรายที่ใช้ยาเกินขนาด Severe intoxication จะมีอาการง่วงซึมโดยไม่รู้สึกรู้สีกตัว Reflex ลดลง หายใจช้าลง หัวใจทำงานลดลง ความดันโลหิตลดลง และ Hypoxemia ปัจจุบันมียาต้านฤทธิ์โดยตรง (Antidote) คือ Antitine จึงเป็นยาตัวแรกที่เลือกใช้รักษาในกรณีที่มีการใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เกินขนาด

5. โคเคน (Cocaine)

เป็นสารจากต้นโคคา (Coca, Erythroxylum coca) ที่พบในอเมริกาใต้ การเสพอาจโดยเคี้ยวใบโคคา ส่วน Cocaine HCl ซึ่งเป็นสารสกัด มักเสพโดยสูดหรือฉีดเข้าเส้น ใช้เป็นยาชาเฉพาะที่กระตุ้นสมองส่วนกลาง ประสาทอัตโนมัติ นอกจากนี้มีฤทธิ์ทำให้เส้นโลหิตส่วนปลายหดเกร็งตัว ซึ่งฤทธิ์ต่อเส้นโลหิตนี้ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนจากการเสพผิดโคเคน เช่น อาการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ เส้นเลือดสมอง เส้นเลือดตาอุดตัน เส้นเลือดลำไส้ รวมทั้งภาวะรกแยกตัว

อาการถอนยาของโคเคน นอกจากอาการซึมเศร้า อาการอยากยาอย่างรุนแรง (Craving) เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้การเลิกเสพยากมาก

การเสพยาโดยการสูด ฉีดเข้าเส้น หรือสูบ จะมีฤทธิ์ค่อนข้างสั้น (20-90 นาที) การเกิดพิษจากการใช้ขนาดสูง จะมีอาการกระสับกระส่าย สิ้น ประสาทหลอน หอบ หัวใจเต้นเร็ว หรืออาจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง จนถึงกับชักได้ ในขนาดสูงมากๆ จะออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง กดการหายใจ โคม่าและเสียชีวิตได้

ถ้าผสมกับเฮโรอีน เรียกว่า Speedball

การรักษาการที่ใช้ยาเกินขนาด เป็นการรักษาตามอาการ ถ้ามีอาการชักให้ Diazepam ถ้ากระสับกระส่ายมากให้ Haloperidol

การรักษาอาการถอนยาของยากระตุ้น การติดยาครั้งนี้เป็นการติดทางจิตใจมากกว่า ดังนั้นจึงไม่มีอาการถอนยาทางกายที่แน่นอน ดังนั้น จึงสามารถให้หยุดการเสพได้ทันที

อาการสำคัญที่พบ คือ อาการซึมเศร้า ส่วนอาการอยากยาโดยเฉพาะ Cocaine นั้นยังไม่พบที่มีประสิทธิภาพในการรักษา

6. กลุ่มกระตุ้นประสาท (Stimulants)

ยากลุ่ม Amphetamine

เป็นยากระตุ้นประสาทส่วนกลางและประสาทอัตโนมัติ (sympathomimetic) เดิมยากลุ่มนี้เคยใช้เป็นยารักษาโรค Narcolepsy และเด็กที่ไม่มีสมาธิ มีฤทธิ์ทำให้เบื่ออาหาร ประสาทหลอน ทั้งหลอนเห็นภาพ ได้ยินเสียง หรือสัมผัส หลงผิด อาการที่ตรวจพบมีม่านตาขยาย ปากแห้ง เหงื่อออก ความดันโลหิตเพิ่ม ชีพจรเพิ่ม ใช้ขนาดสูงอาจพบหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชัก หมดสติ

การเสพคล้ายโคเคน อาจเสพโดยการกิน ในรายที่เสพผิดหรือเสพติดจะใช้สูด สูบ หรือฉีดเข้าเส้น เพราะออกฤทธิ์เร็วกว่าการกิน จะเกิดอาการดี้อายาค่อนข้างเร็ว อาการถอนยา ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีอาการทางกาย แต่มีอาการอยากยามากกว่า พิษที่ได้รับขนาดสูง มีอาการแทรกซ้อนทางระบบหัวใจ และหลอดเลือด และที่สำคัญเกิดภาวะทางจิตเฉียบพลัน เช่น จิตเภท หวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) ที่พบบ่อย คือ อาการซึมเศร้า (Depression)

ปัจจุบันยากลุ่มนี้มีการแพร่ระบาดเป็นอย่างมากในประชากรหลายกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน ส่วนในกลุ่มผู้มีฐานะได้นำ Ecstasy หรือ MDMA (3, 4, methylene-dioxymethamphetamine) ซึ่งสังเคราะห์จาก Amphetamines มาเสพในกลุ่มของตน

7. กลุ่มหลอนประสาท (Hallucinogens)

อาการที่พบคล้ายกลุ่ม Stimulants โดยมีอาการเด่นของประสาทหลอนและประสาทสัมผัสผิดเพี้ยนไป แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

- กลุ่มที่มีโครงสร้างสัมพันธ์กับสาร 5-hydroxytryptamine เช่น LSD (lysergic acid diethylamine) และ D.M.T. (Dimethyltryptamine)

- กลุ่มที่มีโครงสร้างสัมพันธ์กับสาร Catecholamine เช่น Mescaline จาก Peyote cactus

สารกลุ่มนี้เสพโดยการรับประทาน

การเสพ ผู้เสพมักเสพเป็นครั้งคราว เพราะเมื่อเสพจะทำให้การรับรู้ ประสาทสัมผัส เสียไปอย่างมาก ผู้เสพจะรู้สึกเหมือนหลุดจากชีวิตปกติ และถ้าใช้บ่อยจะเกิดอาการดี้อายาโดยเร็ว การเสพจึงมักเสพกันเป็นครั้งคราวในลักษณะเสพผิดมากกว่าเสพติด

Phencyclidine (PCP)

สารกลุ่มนี้นอกจาก PCP (Phencyclidine) และก็ยังมีส่วนกลุ่ม Arylcyclohexylamine เช่น ยาเค Katamine (Ketalar) ทางกรมแพทย์ใช้เป็นยาสลบในการผ่าตัด

การเสพจะเสพได้ทั้งการรับประทาน ฉีดเข้าเส้นโลหิต สูบ และสูดดม

8. ยาสูบ (Tabacco)

จากต้นยาสูบ (Nacotiana Tabacum) พบว่าอินเดียแดงในอเมริการู้จักและสูบมาก่อน ภายหลังจึงแพร่ระบาดไปยุโรปและทั่วโลก เมื่อเผายาสูบจะเกิดสารประกอบมากกว่า 4,000 ชนิด โดยเฉพาะนิโคติน (Nicotine) ทำให้เกิดการเสพติด และส่วนประกอบที่เรียกว่า Tar เป็นสารก่อมะเร็ง เมื่อสูบยาสูบ นิโคตินจะถูกดูดซึมทางปอดอย่างรวดเร็ว ถึงสมองภายใน 8 วินาที บุหรี่ 1 มวน จะมีนิโคตินประมาณ 9 มิลลิกรัม และมี Haft life ประมาณ 2 ชั่วโมง

นิโคตินออกฤทธิ์โดยในขนาดต่ำจะกระตุ้น Nicotinic receptor แต่ขนาดสูงจะปิดกั้น อากาที่พบจะซับซ้อน เพราะมีฤทธิ์ทั้ง Sympathetic และ Parasympathetic อาจจะทำให้หัวใจเต้นเร็วหรือช้า กระตุ้นประสาทสมองส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการสั่น (Tremor) หรือชักได้ (Seizures) โดยปกติจะมีฤทธิ์ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล และเพิ่มระดับความรู้สึกเจ็บปวด

แม้ว่ายาสูบจะมีอันตรายเป็นโทษต่อร่างกาย ทั้งมะเร็งปอด ถุงลมโป่งพองเรื้อรัง หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงจากเส้นเลือด หัวใจตีบ และอัมพาตจากเส้นเลือดสมอง แต่ผลเหล่านี้จะเกิดช้า อาจเป็นสิบๆปี เราจึงไม่รู้สึกหรือสำนึกถึงอันตรายของยาสูบ อย่างไรก็ตาม สังคมเริ่มเข้าใจโทษและพิษภัยของบุหรี่ ปัจจุบันบุหรี่ ยาสูบ จึงถูกห้ามสูบบนเครื่องบิน ที่สาธารณะ ที่ทำงาน และห้ามเยาวชนสูบ รวมทั้งถูกจำกัดการโฆษณา และให้พิมพ์คำเตือนถึงอันตรายบนซองบุหรี่

9. สารระเหย (Volatile solvents)

มักเป็นผลิตภัณฑ์ในอุตสาหกรรม เช่น กาว (มีสาร Toluene) ยาทาเล็บ (มีสาร Amylacetate and acetone) น้ำมันไฟแช็ก (มีสาร Butane) น้ำยาลบหมึก (มีสาร Triahloro-ethylene) ทินเนอร์ แล็กเกอร์ เบนซิน น้ำมันขัดเงา รวมจัดเป็น Volatile Hydrocarbons

ออกฤทธิ์เร็ว กดประสาท ในรายที่เสพนานจะเกิด Cerebellar degeneration มีอาการมือสั่น (Intention Tremor), Giddiness มีอาการเดินเซ (Ataxia) พูดไม่ชัด (Slurred speech) และการตัดสินใจเสียไป บางรายมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ และเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะถ้าเสพโดยการพ่น aerosol propellant gases เข้าไปในปากโดยตรง (ธงชัย อุ่นเอกลาภ, 2541)

1.2. แนวทางป้องกันและบำบัดรักษานักเรียนที่ติดยาบ้า (AMPHETAMINE)

นายแพทย์สุชาติ เลขาบริพัตร (2541) ได้กล่าวถึงแนวทางป้องกันและบำบัดรักษานักเรียนที่ติดยาบ้า ไว้ดังนี้

การระบาดของยาบ้า (Amphetamine) มักเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา เพื่อมุ่งเพิ่มผลผลิตทางด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผู้ใช้แรงงานในส่วนต่างๆของระบบเศรษฐกิจ ในช่วงหลายสิบปีที่

ผ่านมา ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่มีการระบาดของยาบ้าในหมู่ผู้ใช้แรงงานและผู้ขับขีรถบรรทุก การเสพยาส่วนใหญ่ของคนกลุ่มนี้เป็นการเสพยาในรูปแบบประทาน และพฤติกรรมการเสพยาจะมีช่วงหยุด สลับกับการเสพยาเป็นระยะๆ อันตรายและผลเสียต่อร่างกายและระบบประสาทจึงไม่รุนแรงนัก

สำหรับการระบาดของยาบ้าของกลุ่มวัยรุ่นในสถานศึกษาในปัจจุบันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมและค่านิยมตามกระแสเศรษฐกิจทุนนิยม สภาพบีบรัดทางเศรษฐกิจ และการ ดันรนเอาตัวรอดแบบตัวใครตัวมัน ทำให้เกิดความเครียดทั้งในสังคมและครอบครัว นำมาสู่ปัญหา ต่างๆของสังคม การระบาดของยาบ้าของกลุ่มวัยรุ่นก็เป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งที่ปรากฏ

ความรุนแรงของการระบาดของยาบ้าในปัจจุบันมีมากกว่าในอดีต เพราะพฤติกรรมการใช้ ยาบ้าในกลุ่มวัยรุ่นเพื่อกระตุ้นร่างกายให้สามารถร่วมกิจกรรมบันเทิง ดังนั้น การเสพยาบ้าจึงเปลี่ยนมา เป็นการสูบควันที่เกิดจากการเผาไหม้ของตัวยาบ้า ฤทธิ์ของตัวยาจะดูดซึมผ่านเส้นเลือดที่ปอด และ ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางอย่างรวดเร็ว การเสพยาลักษณะดังกล่าวจะมีผลให้ผู้เสพยาบ้าติดยา ทางจิตใจ (Psychological Dependence) ได้โดยง่าย และผู้เสพยาบ้ามักจะเพิ่มขนาด (Dose) และความถี่ ของการเสพยาอย่างรวดเร็ว

การแก้ไขปัญหาการระบาดของยาบ้าในสถานศึกษาจำเป็นต้องดำเนินการทั้ง ด้มาตรการลดอุปทานของผู้ผลิตและผู้ค้ายาบ้า (Supply Reduction) และการลดอุปสงค์ของผู้เสพยาบ้า (Demand Reduction) ควบคู่กันไป การลดอุปทานของผู้ผลิตและผู้ค้าส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการ ปรามปรามและจับกุมผู้ผลิตและผู้ค้า

การลดอุปสงค์ของผู้เสพยาบ้า (Demand Reduction) ในสถานศึกษา เป็นมาตรการที่ บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องร่วมมือกับครู-อาจารย์ และพ่อแม่-ผู้ปกครองของนักเรียน เพื่อที่จะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมมือร่วมใจกันหาวิธีที่เหมาะสมสำหรับการแก้ไขปัญหานี้

การดำเนินงานแก้ไขการระบาดของยาบ้าของนักเรียนในสถานศึกษาไม่สามารถจะใช้ มาตรการหนึ่งมาตรการใดเพื่อแก้ไขปัญหานี้ให้กับเด็กทุกคนในทุกสถานศึกษา จำเป็นต้องมีการศึกษา และสำรวจข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเฉพาะเพื่อแบ่งกลุ่มของนักเรียนในสถานศึกษาออกเป็น 4 กลุ่ม สำหรับวางกลวิธีการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 นักเรียนทั่วไปที่ไม่เคยใช้ยาเสพติด และเป็นเด็กนักเรียนที่ไม่มีพฤติกรรม เสี่ยงต่อการติดยา

ส่วนใหญ่ของนักเรียนกลุ่มนี้จะมาจากสภาพของครอบครัวและชุมชนที่มีความอบอุ่น มีการ ช่วยเหลือและการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี ดังนั้นนักเรียนในกลุ่มนี้มักจะมีสุขภาพกาย และจิตที่ดี มาตรการที่จำเป็นสำหรับนักเรียนในกลุ่มนี้เป็นการส่งเสริมสุขภาพให้แต่ละคนและกลุ่ม นักเรียนมีภูมิคุ้มกันต้านทานต่อการติดยาเสพติดและปัญหาอื่นๆ

การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีสำหรับการต่อต้านยาเสพติด และชี้ให้เห็นพิษภัยของการติดยา การให้สุขศึกษาแก่นักเรียนในกลุ่มนี้เพื่อเพิ่มความรู้และความเข้าใจต่อปัญหาเสพติดและรู้วิธีการป้องกันและการบำบัดรักษาที่จำเป็น อีกทั้งยังจัดให้มีการสอนและกิจกรรม“ทักษะชีวิต” เพื่อให้นักเรียนสามารถที่จะคิดและการแก้ไขปัญหา ฝึกสอนการตัดสินใจ การสื่อสาร การควบคุมตนเอง และการสร้างค่านิยมที่ดี เพื่อป้องกันภัยจากยาเสพติด โรคเอดส์ การพนัน และอื่นๆ เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 นักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด

นักเรียนในกลุ่มนี้มักจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกี่ยวพันกัน ไม่ว่าจะเป็นการเที่ยวเตร่กลางคืน การเล่นเกมพนัน การสูบบุหรี่และการดื่มเหล้า การมีเพศสัมพันธ์สำส่อน พฤติกรรมดังกล่าวมักสืบเนื่องมาจากการขาดความอบอุ่นในครอบครัว บางครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรืออาจเป็นการเลี้ยงดูลูกที่ไม่ถูกต้อง ทั้งการละเลย (under protection) หรือการเอาใจลูกจนเกินไป (over protection)

นักเรียนกลุ่มนี้มักจะเป็นกลุ่มที่มีวิถีชีวิต (Norm) ของตนเอง มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อที่จะดำรงสภาพของกลุ่มให้อยู่ได้ การเสพยาเสพติดก็เป็นวิธีการหนึ่งที่จะสร้างการยอมรับและสร้างความผูกพันในกลุ่ม อีกทั้งยังทำให้ผู้เสพแต่ละคนคลายความเครียดและมีความสุขชั่วขณะ

การค้นหานักเรียนในกลุ่มนี้ ครูหรือผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องสังเกตพฤติกรรมและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีพอที่เด็กจะไว้วางใจและเข้ามาปรึกษาหารือปัญหาต่างๆ สำหรับการแก้ไขปัญหของเด็กในกลุ่มนี้ นอกเหนือจากการให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ และการฝึกทักษะชีวิตแล้ว จำเป็นที่ครูและผู้ปกครองจะต้องหาเวลาปรึกษาหารือกันเพื่อแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงหรือปัญหาที่นักเรียนประสบอยู่ หรืออาจจะจัดให้มีการให้คำปรึกษา (Counseling) ทั้งตัวนักเรียนและพ่อแม่ ผู้ปกครอง เพื่อชี้ให้เห็นถึงจุดบกพร่องหรือช่องว่างของความสัมพันธ์ในครอบครัว แล้วหาทางแก้ไขปัญหา

กลุ่มที่ 3 นักเรียนที่เสพยาเสพติดเป็นครั้งคราว

นักเรียนกลุ่มนี้มักจะมีพฤติกรรมเสี่ยง และมีปัญหาครอบครัว จึงหาทางออกโดยใช้ยาเสพติด การเสพยาจะทำให้นักเรียนผู้นั้นมีความสุขและลืมความทุกข์ทรมานลงชั่วขณะ เป็นวิธีการที่เด็กสามารถถ่วงกลุ่มกับเพื่อนที่มีพฤติกรรมเช่นเดียวกันได้

การเสพยาบ้าของเด็กนักเรียนในปัจจุบันมักนิยมสูบควันของยาบ้าที่ถูกเผาไหม้ ตัวยาบ้าที่ถูกเผาไหม้จะถูกดูดซึมเข้าทางเส้นเลือดฝอยภายในปอด และออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองในเวลาทีรวดเร็ว (Rapid route of administration) วิธีการนี้จะทำให้ผู้เสพเกิดความสุข (Euphoria) และรู้สึกกระฉับ

กระแงที่ทันใด ก่อให้เกิดอาการติดยาทางจิตใจ (Psychological Dependence) ขึ้นได้อย่างรวดเร็ว แม้ว่าผู้เสพเองจะยังไม่มีอาการถอนยาทางร่างกาย (Withdrawal Symptoms) ก็ตาม

การคั่นหานักเรียนในกลุ่มนี้ วิธีที่ดีที่สุดก็คือการที่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และครู ให้ความใกล้ชิดและคอยเอาใจใส่ สังเกตพฤติกรรมและอาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นในตัวนักเรียน และสร้างสัมพันธภาพที่ดีจนเด็กเกิดความไว้วางใจเพียงพอที่จะบอกเล่าถึงปัญหาการเสพยาของตนเอง หากไม่สามารถทำได้ อาจจำเป็นต้องตรวจหาสาร (Amphetamine) ในปัสสาวะ ครูหรือคณะผู้ตรวจจะต้องทำความเข้าใจแก่นักเรียนให้ทราบถึงเจตนาที่ดี เพื่อจะช่วยแก้ไขปัญหาให้แก่เขาเหล่านั้น และไม่ควรใช้ผลการตรวจปัสสาวะเพื่อที่จะลงโทษนักเรียนหรือไล่ออกจากโรงเรียน การกระทำเช่นนั้นเป็นการแก้ไขปัญหของโรงเรียนชั่วคราว แต่ไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหให้กับเด็กหรือครอบครัว และเป็นภาระผลกระทบให้สังคม

การแก้ไขเด็กนักเรียนในกลุ่มนี้ นอกเหนือจากการให้คำปรึกษาและความร่วมมือระหว่างครู พ่อแม่ และผู้ปกครองในการแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และครู จะต้องใกล้ชิดเอาใจใส่เด็กนักเรียนกลุ่มนี้เป็นพิเศษ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เขาไม่ต้องพึ่งพิงยาเสพติดเป็นทางออกของชีวิต

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กนักเรียนจำเป็นอย่างยิ่งที่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และตัวนักเรียน ต้องวิเคราะห์และมองเห็นสภาพปัญหาที่แท้จริงว่ามันเกิดจากอะไร ต้องยอมรับปัญหาและตั้งใจแน่วแน่ที่จะร่วมมือแก้ไข สำหรับวิธีการบำบัดอาจทำได้หลายวิธี แต่มีหลักการที่คล้ายคลึงกัน เมื่อเด็กนักเรียนและพ่อแม่ ผู้ปกครอง ยอมรับปัญหา และตั้งใจที่จะร่วมมือกัน โรงเรียนและหน่วยงานสาธารณสุขอาจร่วมมือกันจัดกิจกรรมที่เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยา เช่น การทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง กลุ่มระบายความรู้สึก หรือกลุ่มอาชีพบำบัด เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้รับคำแนะนำ ได้ข้อคิด และความเห็นใจกันในกลุ่มเพื่อนสมาชิก ทำให้เกิดความมั่นใจในพฤติกรรมใหม่อีกทั้งเป็นการผ่อนคลายความเครียดได้ร่วมทำกิจกรรมต่างๆ

กลุ่มที่4 นักเรียนที่มีอาการและอาการแสดงของการติดยาอย่างชัดเจน

ต้องใช้อย่างเป็นประจำ มีอาการถอนยา (Withdrawal Symptoms) ให้เห็น บางรายมีอาการทางจิต ได้แก่ การซึมเศร้า การวิตกกังวล หรืออาการนอนไม่หลับ เป็นต้น ในรายที่ติดยาในปริมาณที่สูงและเป็นระยะเวลานาน อาจเป็นอาการของโรคจิตจากยาบ้า (Amphetamine Psychosis) ร่วมด้วย

เด็กนักเรียนในกลุ่มนี้ ครู พ่อแม่ และผู้ปกครอง อาจพบความผิดปกติของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของนักเรียน จำเป็นที่ต้องปรึกษาแพทย์เป็นการเร่งด่วน เพื่อช่วยเหลือให้การบำบัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ การบำบัดทางยาไปด้วยกันหลายวิธี ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วย

แต่ละราย ภายหลังจากการบำบัดทางยาแล้ว จำเป็นต้องให้การบำบัดทางจิตใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่นเดียวกับนักเรียนในกลุ่มที่ 3 ที่กล่าวมาแล้ว

กล่าวโดยสรุป การป้องกันและบำบัดรักษานักเรียนที่ติดยาบ้าจำเป็นต้องทำอย่างจริงจังที่ต้องให้นักเรียน พ่อแม่ และผู้ปกครอง ยอมรับว่าเกิดปัญหาขึ้นแล้วจำเป็นต้องรีบแก้ไข โดยการแก้ไขปัญหาจะต้องมีข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาให้ดีกว่านักเรียนอยู่ในกลุ่มเป้าหมายใด เพื่อผู้ที่เกี่ยวข้องจะได้วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง และต้องคำนึงอยู่เสมอว่าการแก้ไขปัญหายาเสพติดต้องดำเนินมาตรการหลายอย่างพร้อมเพรียงกัน ทั้งด้านการปราบปราม การป้องกัน และการบำบัดรักษา ดังนั้นการร่วมมือกันของทุกหน่วยงานในแต่ละหน่วยมีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด

1.3. หลักสูตรเยาวชนต้นกล้าในโครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติด

รายละเอียดโครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติด

โครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติดในครั้งนี้เป็นโครงการที่กรมอาชีวศึกษาและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ร่วมกันรับผิดชอบดำเนินการ โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

หลักการและเหตุผล

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่เรื้อรังมานาน นับวันยิ่งน่าวิตก ทั้งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการขยายตัวอย่างไร้ขอบเขต การเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการกระทำของคน ก่อให้เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบน หันไปเป็นคนก้าวร้าว เล่นการพนัน ดื่มสุรา และยาเสพติด จำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลของจำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2542 มีจำนวน 6,307, 7,633 และ 7,075 เรียงตามลำดับ จำนวนผู้เข้ารับการรักษาใหม่ ปี 25440-2542 มีจำนวน 3,687, 4,844 และ 3,766 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกพบในช่วงอายุ 15-19 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.62, 28.90 และ 33.95 ของจำนวนผู้ติดยาเสพติดทั้งหมด จากสถิติการสมัครใจเข้ารับการรักษาการติดยาของนักเรียนนักศึกษาในช่วงปี พ.ศ. 2540-2542 ตามลำดับ ดังนี้ คือ 8.04, 17.14 และ 18.05 อีกทั้งยังพบเยาวชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาอีกจำนวนมาก

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเยาวชนวัยรุ่น โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียน เป็นกลุ่มที่น่าเป็นห่วง และเป็นข้อสังเกตที่ควรให้ความสนใจอย่างมาก เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญและเป็นทรัพยากรสำคัญที่มีค่าของประเทศ

สารเสพติดในปัจจุบันมีหลายรูปแบบ เช่น กัญชา สารระเหย เหล้าแข็ง (เฮโรอีน) ยาบ้า ยาอี ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นโทษต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยผลต่อตนเอง คือ สุขภาพทรุดโทรม อ่อนแอ เสียบุคลิกภาพ ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง สำหรับนักเรียนก็มีผลกระทบต่อการศึกษา มักพบว่าผลการเรียนต่ำลง เนื่องจากมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น หลบหนีการเรียน แต่งกายผิดระเบียบ พกพาอาวุธ เข้าสถานที่ที่ไม่เหมาะสม จับกลุ่มมั่วสุม ประพฤติตนทำนองซู้สาวนอกจากนี้ยังพบว่าผลกระทบต่อเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนในการใช้สารเสพติดในสถานศึกษา คือ ถูกชักจูงให้ใช้สารเสพติด ทำให้เรียนไม่รู้เรื่อง เนื่องจากถูกกลุ่มเด็กที่ใช้สารเสพติดรบกวน ก่อความรำคาญ ถูกรีดไถ ชูเชิญ และเป็นแบบอย่างที่ไม่ดีต่อเด็กอื่นๆ

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินการแก้ไขปัญหานี้ ซึ่งควรที่จะดำเนินการในการวิเคราะห์ที่จะต้องไม่ละเลยปัจจัย 3 ด้าน คือ ชีวภาพ จิตใจ และสังคมร่วมกัน หรือเรียกว่า Bio-psycho social approach นั้น เป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วย และทฤษฎีระบบสามารถนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ได้อย่างดีที่สุด โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยไม่ใช่ลักษณะของระบบเดี่ยว (unitary system) แท้จริงแล้ว ผู้ป่วยประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบ อีกทั้งยังมีปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่นอีกมากมาย ซึ่งสภาวะสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากความเกี่ยวข้องของสัมพันธ์อย่างสลับซับซ้อนของระบบต่างๆที่เกี่ยวข้อง

การติดสารเสพติดเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อนและมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง การทำความเข้าใจ เพราะเหตุใดบุคคลจึงติดสารเสพติด จึงต้องพิจารณาบริบททุกระดับที่แวดล้อมบุคคล การวิเคราะห์ผู้ป่วยโดยใช้ Bio-psycho social approach ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเบ็ดเสร็จ และมีการบูรณาการอาการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือจิตใจ เป็นสิ่งที่มีความหมาย การทำความเข้าใจกับความเหมาะสมที่ซ่อนเร้นอยู่นั้นเป็นสิ่งสำคัญ การให้ใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบแห่งการวิเคราะห์จะทำให้ความเข้าใจความหมายของในสิ่งต่างๆได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ดังนั้นในการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด จึงควรนำเยาวชนและครอบครัวมาร่วมเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือ ป้องกัน และแก้ไข ตลอดจนส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ปัญหายาเสพติด ซึ่งกำลังเป็นปัญหาร้ายแรงและต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วนโดยการดำเนินการค่ายเยาวชนต้านภัยยาเสพติด

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อให้เยาวชนกลุ่มเสพยาเสพติดและกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้ ความเข้าใจ ในการพัฒนาตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่ถูกต้องขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือเยาวชนที่มีปัญหายาเสพติดในครอบครัวและชุมชนได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ

3. เพื่อศึกษารูปแบบในการแก้ไขปัญหาเสพติดทั้งกลุ่มเยาวชนที่ติดยาเสพติดและกลุ่ม
เสี่ยง

เป้าหมาย

1. เยาวชน นักเรียนที่เสพยาเสพติดและกลุ่มเสี่ยงในแต่ละจังหวัดที่เปิดค่าย ค่ายละ 40 คน
2. ผู้ปกครอง บิดา มารดา ของเยาวชนที่เข้าค่าย ค่ายละ 40 คน (เข้าร่วมอบรมตามตารางที่กำหนด)

วิธีดำเนินการ

ดำเนินการเปิดค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติดใน 8 จังหวัดนำร่อง ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีทีม
ประสานการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดและวิทยากรค่ายฯที่ผ่านการอบรมจากโรงพยาบาล
ธัญญารักษ์ แล้ว ดังนี้ คือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดขอนแก่น จังหวัดปทุมธานี
กรุงเทพมหานคร จังหวัดสงขลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดเชียงใหม่

ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาในการบำบัดฟื้นฟูแต่ละครั้งจำนวน 9 วัน

สถานที่เปิดค่าย

แต่ละจังหวัดจะกำหนดเลือกตามความเหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นค่ายทหาร มัสยิด หรือ
หอประชุมอื่นๆ

งบประมาณ

รวมทั้งสิ้น 9,240,000 บาท โดยจำแนกเป็น

1. กรุงเทพมหานคร	จำนวน (6 ครั้ง X 220,000 บาท)	= 1,320,000 บาท
2. จังหวัดปทุมธานี	จำนวน (6 ครั้ง X 220,000 บาท)	= 1,320,000 บาท
3. จังหวัดขอนแก่น	จำนวน (6 ครั้ง X 220,000 บาท)	= 1,320,000 บาท
4. จังหวัดสงขลา	จำนวน (6 ครั้ง X 220,000 บาท)	= 1,320,000 บาท
5. จังหวัดปัตตานี	จำนวน (6 ครั้ง X 220,000 บาท)	= 1,320,000 บาท
6. จังหวัดแม่ฮ่องสอน	จำนวน (4 ครั้ง X 220,000 บาท)	= 880,000 บาท
7. จังหวัดเชียงใหม่	จำนวน (4 ครั้ง X 220,000 บาท)	= 880,000 บาท
8. จังหวัดนครราชสีมา	จำนวน (4 ครั้ง X 220,000 บาท)	= 880,000 บาท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1 . เยาวชนและครอบครัวได้รับความรู้ ความเข้าใจ และได้ทักษะการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง ไม่เป็นปัญหาต่อสังคม และสามารถแก้ไขปัญหายาเสพติดได้
- 2 . นำรูปแบบและแนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชนมาปรับปรุงพัฒนาต่อไปให้มีคุณภาพและได้ประโยชน์สูงสุด

2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเชาวน์ปัญญาและบุคลิกภาพ

2.1. เชาวน์ปัญญา (Intelligence) และการวัดเชาวน์ปัญญา

การให้คำจำกัดความเชาวน์ปัญญาเป็นเรื่องค่อนข้างยากมาก เพราะเชาวน์ปัญญาเป็นผลรวมของพฤติกรรมหลายๆอย่าง ได้มีนักคิด นักวิจัย นักจิตวิทยามากมายให้ความหมายแตกต่างกันออกไปตามความเห็นหรือความสนใจของแต่ละคน เช่น

นักจิตวิทยาฝรั่งเศส Alfred Binet เน้นว่าเชาวน์ปัญญาเป็นเรื่องของความสามารถในการตัดสินใจ การมีสามัญสำนึก ความคิดริเริ่ม และความสามารถในการปรับตัว

Piaget เน้นเรื่องกระบวนการทางชีวะในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม หรือความสามารถในการปรับสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับตนเอง

นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน David Wechsler เน้นเรื่องของความสามารถในการบรรลุเป้าประสงค์ การมีเหตุผลและการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปแล้วพอจะเห็นได้ว่าเชาวน์ปัญญาเป็นพัฒนาการของกระบวนการอันซับซ้อนของปฏิสัมพันธ์ระหว่างกรรมพันธุ์กับสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ กรรมพันธุ์เป็นตัวบอกขีดขั้นความสามารถของเชาวน์ปัญญาที่พึงมี แต่สิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดว่าคนๆนั้นจะสามารถมีพัฒนาการไปจนถึงขีดขั้นนั้นได้หรือไม่ หรืออาจจะเป็นตัวเสริมให้สามารถพัฒนาไปได้สูงกว่าพันธุกรรมเดิมก็ได้

แนวคิดเรื่องเชาวน์ปัญญา

แนวคิดนี้แบ่งกว้างๆได้เป็น 3 แบบ คือ Psychometric Approach, Neuropsychological Approach และ Learning Approach

Psychometric Approach ใช้สถิติเป็นเครื่องกำหนด เช่น

Spearman นักจิตวิทยาชาวอังกฤษ กล่าวว่าไว้ว่าเชาวน์ปัญญาประกอบด้วย 2 องค์ประกอบด้วยกัน คือ General factor (g) และ Specific factor (s) เรียกว่า A Two factor theory โดยอธิบายดังนี้

g – มีตัวประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเชาวน์ปัญญาทุกอย่าง เช่น การคิดหาเหตุผล การแก้ปัญหา และการรับรู้ประสบการณ์ต่างๆ เป็นต้น

s - ความสามารถเฉพาะอย่าง เช่น ความสามารถทางคณิตศาสตร์ เครื่องกล ดนตรี การใช้ภาษา

Thurstone ตั้งทฤษฎี Thurstone's Group factor theory เชื่อว่าเชาวน์ปัญญาประกอบด้วยกลุ่มตัวประกอบที่เรียกว่าความสามารถปฐมภูมิ (Primary Mental Abilities) 7 ด้าน ได้แก่ ความสามารถทางภาษา ความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่เชิงเรขาคณิต การเลือกใช้คำ รู้จักอุปมาหรือคำสัมผัส การใช้เหตุผลกฎเกณฑ์ทางคณิตศาสตร์ ความจำและการรับรู้

Neurological Approach โดย Hebb แบ่งเชาวน์ปัญญาออกเป็น 2 แบบ คือ

- Intelligence A เป็น Innate potential คือความสามารถในการควบคุมระบบประสาทที่จัดการกับเรื่องที่เข้ามา นั่นก็คือ การทำงานของระบบประสาทนั่นเอง ซึ่งเป็นเรื่องของ Genotype ดังนั้น Intelligence A จึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเห็นได้ และวัดที่ตัวมันเองไม่ได้

- Intelligence B เป็นการทำงานของสมอง และ CNS ที่สังเกตได้โดยทางอ้อม โดยดูจากพฤติกรรมและความคิดของบุคคลนั้น หรือจากผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่าง Intelligence A กับสิ่งแวดล้อม Intelligence B จึงเป็น Phenotype และวัดได้ว่ามีมากน้อยเท่าใด

Hebb กล่าวว่า Intelligence A และ B แยกจากกันเด็ดขาดไม่ได้ กล่าวคือ Intelligence A เป็นองค์ประกอบสำคัญของ Intelligence B เพราะถ้าปราศจากสมองและระบบประสาทก็จะมีกิจกรรมต่างๆตามมา และเน้นต่อไปว่า Intelligence B จะลดลงได้ถ้ามีองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งทางโครงสร้างผิดปกติ เช่น การมี brain damaged ตั้งแต่คลอด หรือมีองค์ประกอบทางสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทฤษฎีทางเชาวน์ปัญญามักจะเน้นถึงความสำคัญของอิทธิพลทั้งจากกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม

Leraning Approach โดย Hayes คิดทฤษฎี Drives and Intellect ว่าเชาวน์ปัญญาที่แสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมไม่ได้เป็นผลมาจากพันธุกรรม แต่เกิดจากการเรียนรู้และสิ่งที่พบจากประสบการณ์ ทฤษฎีนี้กล่าวว่า เชาวน์ปัญญาเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้โดยมีแรงจูงใจภายในเป็นตัวการให้เกิดการเลือกสิ่งที่จะรับรู้และปริมาณของการรับรู้ เช่นเดียวกับ Tolman ที่เน้นว่าความรู้หรือความคิดมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรม การเรียนรู้ไม่ใช่เป็นเพียงกระบวนการตอบสนองเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการในการทำให้เกิดโครงสร้างทางปัญญาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท ดังที่ Sage กล่าวว่า การเรียนรู้สิ่งใหม่แต่ครั้งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ Neurons ในสมอง เป็นลิบๆล้านตัว หรือพูดง่าย ๆ ว่าการเรียนรู้นั้นเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทนั่นเอง

เชาวน์ปัญญากับความคิดสร้างสรรค์

ปกติการทดสอบเชาวน์ปัญญาทั่วไปมักจะสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเรียนในโรงเรียน แต่หลังจากจบมาแล้วจะประสบความสำเร็จในการทำงานหรือไม่ เรื่องของเชาวน์ปัญญาบอกไม่ได้ ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญต่างๆจึงวิจารณ์ไว้ว่า แบบทดสอบเชาวน์ปัญญาแบบต่างๆไปไม่ได้วัดความสามารถในแง่ของความคิดสร้างสรรค์หรือความคิดริเริ่มของบุคคล

อิทธิพลของกรรมพันธุ์กับสิ่งแวดล้อมต่อความสามารถของบุคคล

คนเรามีความแตกต่างทางสติปัญญาไปตาม Gene และวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่เป็นสิ่งแวดล้อมของคนๆนั้น ทั้งกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อมจึงมีส่วนสำคัญให้คนมีพฤติกรรมต่างๆตามเชาวน์ปัญญาที่เขามีอยู่

ความสัมพันธ์ระหว่างกรรมพันธุ์กับเชาวน์ปัญญา

การศึกษาด้วยการวัด IQ คนที่มีกรรมพันธุ์ร่วมกัน เพื่อพิสูจน์ว่าพันธุกรรมส่งผลต่อระดับ IQ ของบุคคลอย่างไร พบว่า คนที่มีพันธุกรรมคล้ายกันเท่าใด ก็จะมี IQ ใกล้เคียงกันเท่านั้น โดยเฉพาะค่า IQ ของพ่อแม่กับลูกแต่ละคนจะมีความสัมพันธ์กันประมาณ .50 พ่อแม่กับลูกเลี้ยงจะมีความสัมพันธ์กันประมาณ .25 ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมีค่าความสัมพันธ์สูงมาก คือ .80 ส่วนฝาแฝดไข่คนละใบมีค่าความสัมพันธ์ประมาณ .55

แม้ว่าตัวกำหนดด้านพันธุกรรมจะมีอิทธิพลสูงมากก็ตาม แต่สิ่งแวดล้อมก็มีความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ จากการศึกษาของ Bouchard and McGue (1981) รวมทั้งสิ้น 111 เรื่อง พบว่าสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความแตกต่างด้านเชาวน์ปัญญาเช่นกัน กล่าวคือ

Monozygotic twins	ค่าสหสัมพันธ์
เลี้ยงด้วยกัน	.86
เลี้ยงแยกกัน	.72
Dizygotic twins	
เลี้ยงด้วยกัน	.60
Siblings	
เลี้ยงด้วยกัน	.47
เลี้ยงแยกกัน	.24
Parent/Child	
พ่อแม่บุญธรรม/เด็ก	.31

ข้อสังเกตจากผลการวิจัยครั้งนี้ ก็คือ พันธุกรรมของบุคคลจะบอกได้ว่าคนๆ นั้นจะมีช่วงของความสามารถทางเชาวน์ปัญญาได้เท่าใด แต่สิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นได้รับหรือเป็นอยู่ทั้งในเรื่องของโภชนาการ การดูแลสุขภาพ คุณภาพของสิ่งเร้าที่ได้รับ สภาพบรรยากาศของครอบครัวจะเป็นตัวส่งผลให้คุณภาพของพันธุกรรมลดลงหรือสูงขึ้นได้ทั้งสิ้น

การเสื่อมของเชาวน์ปัญญา

จากการศึกษาพัฒนาการของเชาวน์ปัญญา พบว่า เชาวน์ปัญญาของคนเราจะพัฒนาถึงขั้นสูงสุดระหว่างอายุ 16-25 ปี หรืออย่างสูงไม่เกินภายในอายุ 30 ปี และพัฒนาการของความสามารถแต่ละอย่างอาจเร็ว-ช้าไม่เท่ากัน และแตกต่างกันไปในแต่ละคน ซึ่งตามปกติพัฒนาการของเชาวน์ปัญญาในระยะ 5 ขวบแรกของชีวิตจะเป็นไปอย่างรวดเร็วกว่าระดับอายุหลังจากนั้น

การเสื่อมของเชาวน์ปัญญา ถ้าไม่มีพยาธิสภาพทางสมองอื่นใดเป็นพิเศษก็จะมีรูปแบบค่อยเป็นค่อยไปจนเกือบไม่รู้สึกรู้สีก ได้มีผู้ศึกษาไว้ว่า การเสื่อมของเชาวน์ปัญญานี้มีส่วนสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสมองที่เปลี่ยนสภาพไปตามวัย ในบุคคลที่มีพยาธิสภาพหรือโรคทางสมองบางอย่าง เช่น เนื้องอกในสมอง ลมชักเรื้อรัง สมองได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุ หรือสมองเสื่อมก่อนวัย โรคเหล่านี้จะทำให้การเสื่อมของเชาวน์ปัญญาเป็นไปอย่างรวดเร็วก่อนวัยอันสมควร

การแบ่งระดับเชาวน์ปัญญา

ค่าของการทดสอบเชาวน์ปัญญาที่ได้มาจะบอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีความสามารถทางสมองสูงหรือต่ำกว่าคนอื่นในระดับอายุเดียวกัน แต่ตัวเลขที่บ่งบอกระดับ IQ ไม่ใช่สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงมากนัก สิ่งที่มีความสำคัญคือควรให้ความสนใจว่าเขามีความสามารถด้านต่างๆ มากน้อยเพียงใด เขาสามารถแสดงออกมาได้เต็มความสามารถที่มีอยู่หรือไม่ อะไรเป็นเหตุให้เขาไม่สามารถใช้ความสามารถที่เขาที่มีอยู่ได้เต็มที่ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ทราบถึงความเด่น-ด้อยของความสามารถด้านต่างๆ และนำไปสู่การปรับตัวและแก้ปัญหาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ต่อไปนี้จะเป็นการเสนอการแบ่งระดับเชาวน์ปัญญาตามที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน

ระดับเชาวน์ปัญญา	IQ
Very Superior	130 ขึ้นไป
Superior	120-129
High average	110-119
Average	90-109
Low average	80--89
Borderline	70-79
Mental Defective	69 ลงมา

การวัดเชาวน์ปัญญา

การวัดเชาวน์ปัญญามีมานานตั้งแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 1 และก็มีการพัฒนาการเรื่อยมาจนปัจจุบัน เครื่องมือที่ใช้วัดก็มีชนิดทำเป็นรายบุคคลและทำเป็นกลุ่ม ใช้วัดตั้งแต่เด็กแรกเกิดจนถึงผู้ใหญ่วัยชรา โดยแบ่งแยกชนิดและการทดสอบตามระดับอายุของผู้รับการทดสอบ เครื่องมือที่นิยมใช้กันในปัจจุบัน ได้แก่

1. *Gesell Developmental Schedules* ใช้ทดสอบเด็กก่อนและเด็กก่อนเข้าเรียน เพื่อดูพัฒนาการของพฤติกรรม 4 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการปรับตัว ด้านการใช้ภาษาและการแสดงออก และพฤติกรรมส่วนตัวและสังคม

2. *Progressive Matrices* ใช้ดูความสามารถในการแยกแยะสิ่งที่ยอมรับรู้และความสามารถในการคิดตามหลักเหตุ-ผล แบบทดสอบนี้แบ่งเป็นชุดๆตามระดับอายุของผู้รับการทดสอบ

3. *Stanford Binet Form L-M* ใช้ในเด็กตั้งแต่ 2 ปี ถึงผู้ใหญ่ ความยากง่ายเป็นไปตามระดับอายุ วิธีการมีทั้งให้ตอบคำถาม แสดงความคิดเห็นและลงมือทำงานจริงๆในการแก้ปัญหา

4. *Wechsler Scales* ประกอบด้วย 2 ส่วน คือด้านการพูดตอบคำถามและด้านการทำงานที่กำหนดให้ โดยแบ่งการทดสอบออกเป็น 11 หัวข้อย่อย ได้แก่ ความรู้ทั่วไป ความเข้าใจ การคำนวณ ความจำ การบอกถึงความคล้ายกัน คำศัพท์ การเรียงภาพตามลำดับเหตุการณ์ การเติมภาพให้สมบูรณ์ การต่อลูกบาศก์ตามภาพที่กำหนด การต่อภาพและการให้สัญลักษณ์แทนตัวเลข คะแนนที่ได้คิดตามความเร็วที่ทำและความถูกต้องด้วย คะแนนดิบที่ได้จะถูกเปลี่ยนเป็นคะแนนมาตรฐาน เพื่อคิดออกมาเป็นค่า IQ โดยจำแนกเป็นความสามารถด้านการพูด-ตอบคำถาม (Verbal IQ) ความสามารถในการทำงาน (Performance IQ) และความสามารถรวม (Full IQ)

การทดสอบเชาวน์ปัญญาเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนและต้องทำอย่างเป็นมาตรฐานเพื่อให้เชื่อถือได้ ดังนั้นผู้ใช้เครื่องมือเหล่านี้ต้องได้รับการฝึกอบรมและมีประสบการณ์โดยเฉพาะ

2.2. บุคลิกภาพ (Personality)

บุคลิกภาพ คือ คุณสมบัติส่วนรวมทั้งหมดของบุคคลที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ต่างๆ ที่พบมา แสดงออกมาในรูปของความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมต่างๆ ทั้งที่มองเห็นได้โดยตรงและจากการสังเกต เช่น รูปร่างหน้าตา กิริยาท่าทางต่างๆ ความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติ และการปรับตัว

สิ่งที่มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ

1. **พันธุกรรม** ลักษณะของผิวพรรณ รูปร่างหน้าตา ชนิดของโลหิต และโรคบางชนิด ซึ่งเป็นเรื่องทางกาย จะส่งผลต่อจิตใจของคนๆ นั้น และจะทำให้เจ้าของลักษณะมีบุคลิกภาพไปตามลักษณะ ชักนำแต่ละชนิด ดังเช่น การศึกษาของนักมนุษยวิทยาและสังคมวิทยา คือ Kretschmer ได้แบ่งลักษณะของคนไว้กว้างๆ

4

ชนิด

คือ

1.1. Asthenic Type ผอมสูง ตัวยาว ขายาว พวกนี้มักไม่ค่อยทุกขหรือชอบคิด เฝ้ายๆตามลำพัง อาจะกลายเป็นนักประพันธ์ กวี แต่ถ้า breakdown มักจะเป็นจิตเภท (Schizophrenia)

1.2. Pyknic Type เตี้ย แคระแกรน อ้วน คอใหญ่ มักจะเจ้าอารมณ์ ทำอะไรจริงจัง โกรธง่ายหายเร็ว ชอบสนุกสนาน แต่ถ้า breakdown มักจะเป็นโรคจิตทางอารมณ์ (Manic-Depressive)

1.3. Athletic Type ลำสัน แข็งแรง มีกล้ามเนื้อ ร่างกายมีเสน่ห์ ชอบผจญภัย ต่อสู้ กล้าได้กล้าเสีย

1.4. Dysplastic Type ร่างกายผิดปกติ เช่น สูงใหญ่กว่าปกติหรือไม่สมประกอบ มีปมด้อย และมักจะมีเขาวนปัญญาต่ำ

นอกจากนั้นความรู้ทางสรีระวิทยาช่วยให้ทราบระดับฮอร์โมนในร่างกายที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เป็นบุคลิกภาพของคนเช่นกัน เช่น ฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ ถ้ามีมากไปก็ทำให้คนนั้นตกใจง่าย อารมณ์แปรปรวนง่าย เป็นต้น

2. **สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม** สังคมจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของคนที่เป็นสมาชิก เช่น สังคมตะวันตกมักจะให้อิสระแก่เด็กมากกว่าสังคมตะวันออก ฉะนั้นเด็กฝรั่งมักจะกล้าแสดงออกและรับผิดชอบ เป็นตัวของตัวเองได้เร็วกว่า เป็นต้น

3. **เอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล** ดังที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าคนเราแต่ละคนนั้นจะมีประสบการณ์ส่วนตัวต่างกันไป ดังนั้น พฤติกรรมที่เป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาจึงพัฒนาเป็นแบบฉบับเฉพาะตัวของตน เช่น เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบประคบประหงมเป็นพิเศษ โตขึ้นมักจะไม่ค่อยเป็นตัวของตัวเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ ขาดความมั่นใจในตัวเอง เป็นต้น

ทฤษฎีบุคลิกภาพ

ได้มีทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพตั้งไว้มากมาย แล้วแต่ความสนใจของแต่ละกลุ่มที่ศึกษา เช่น เน้นในแง่โครงสร้างพัฒนาการ การเรียนรู้ การจูงใจ ความขัดแย้ง และการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ดังจะกล่าวต่อไป

1. **ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)** โดย Sigmund Freud กล่าวว่าโครงสร้างบุคลิกภาพของแต่ละคนประกอบด้วย 3 ส่วน คือ Id, Ego และ Super Ego

Id คือ ส่วนที่แสวงหาความสุขสบาย ความพอใจในตนเองโดยไม่คำนึงถึงคุณธรรม ความเป็นจริงใดๆทั้งสิ้น

Ego เป็นส่วนที่อยู่ในโลกของความเป็นจริง เป็นตัวที่อยู่ในกฎเกณฑ์ของสังคม

Super Ego เป็นส่วนของจริยธรรม คุณธรรม ความดี การมีอุดมคติสูงส่งต่างๆ

โครงสร้างสามส่วนนี้จะมีปฏิสัมพันธ์กัน ถ้าส่วนใดมีอำนาจเหนือกว่า บุคคลนั้นก็จะมีบุคลิกภาพไปตามโครงสร้างนั้น เช่น ผู้ที่มี *Id* สูง ก็จะมีบุคลิกภาพแบบเอาแต่ใจตัวเอง ไม่คำนึงถึงคนอื่นหรือกฎเกณฑ์ทางสังคม มักพบในพวกอาชญากรต่างๆ หรือผู้ที่มี *Super Ego* สูงมาก ก็จะเป็นคนเคร่งครัดเข้มงวด ทำตามกฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัด ในคนปกติ *Id* กับ *Super Ego* จะถูกส่วนของ *Ego* ทำให้มีความสมดุลกัน ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม

2. **ทฤษฎีชนิดของบุคลิกภาพ (Type Theory)** Carl Jung แบ่งประเภทของบุคลิกภาพออกเป็น 2 ชนิด คือ

Introvert เป็นพวกที่ชอบใช้ mental mechanism ควบคุมตนเอง ชอบเก็บตัวอยู่ตามลำพัง ไม่ค่อยไว้วางใจใคร ไม่ยุ่งกับใคร

Extrovert ชอบสังคม เปิดเผย ว่างใจ มีความยืดหยุ่นไปตามสภาพแวดล้อม

แต่อย่างไรก็ตาม ในคนปกติมักจะมีทั้ง 2 ส่วนนี้ผสมกันอยู่ ซึ่งเรียกว่า *Ambivert* ช่วยให้ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี เช่น บางครั้งก็ต้องการอยู่เงียบๆ แต่บางครั้งก็สามารถมาร่วมกิจกรรมทางสังคมกับคนอื่นก็ได้

3. **ทฤษฎีพัฒนาการ (Developmental Theory)** Erik Erikson แบ่งพัฒนาการของคนออกเป็น 8 ขั้น โดยกล่าวว่าคนเราจะค่อยๆพัฒนาไปที่ละขั้น ถ้าก้าวพัฒนาขั้นต้นๆได้ดี ก็จะช่วยทำให้การปรับตัวในลำดับขั้นต่อไปได้ไปด้วย แต่ถ้ามีปัญหาในขั้นแรกๆ ก็จะทำให้คนมีปัญหาเรื่องการปรับตัวต่อไป ลำดับขั้นดัง 8 มีดังนี้

Level	Successful	Failure
Infancy birth-1 yr.	Trust	Mistrust
Toddler 2-3	Autonomy	Shame
Preschool 3-5	Initiative	Guilt
School 6-11	Industry	Inferiority
Adolescence 12-20	Identity	Role Confusion
Early adult 21-45	Intimacy	Isolation
Adult 46-65	Generativity	Stagnation
Elderly 65+	Integrity	Despair

การทดสอบบุคลิกภาพ

การทดสอบบุคลิกภาพเป็นการทดสอบเพื่อให้เข้าใจในเรื่องของลักษณะต่างๆของพฤติกรรมที่แสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นด้านความคิด อารมณ์ ทัศนคติ ความสนใจ อุดมคติ และความสามารถ เป็นต้น ผลรวมของพฤติกรรมจะชี้ให้เห็นว่าบุคคลนั้นจะมีแนวโน้มไปในทิศทางใด เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบเพื่อทราบลักษณะบุคลิกภาพของคน ได้แก่ เครื่องมือที่เรียกว่า Projective Test ซึ่งให้ผู้ได้รับการทดสอบได้แสดงความรู้สึกต่างๆส่วนตัวของเขาต่อสิ่งเร้าที่คลุมเครือได้อย่างอิสระ ต้นกำเนิด Projective Techniques มาจากทฤษฎี Psychoanalytic ของ Sigmund Freud ที่พูดถึงกระบวนการทางจิตของคนเมื่อถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าว่ามักจะมีการปรับตัวเพื่อให้ตัวเองปลอดภัย วิธีการปรับตัวก็จะมีกลไกหลายๆอย่าง เรียกว่า Defense Mechanism เช่น Projection เป็นกลไกที่คนลดความกดดันของตัวเองไปสู่อื่นๆ เช่น มาทำงานสายเกรงว่าจะถูกตำหนิ ก็โทษว่ารถติด ทำให้เสียเวลา เป็นต้น ลักษณะของ Projective Technique ก็เช่นเดียวกัน เมื่อผู้รับการทดสอบได้รับการกระตุ้นด้วยแบบทดสอบนี้ เขาจะสะดวใจที่จะตอบมากกว่า เพราะคิดว่าสิ่งที่เขาจะพูดต่อไปจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับสิ่งเร้าอื่นๆ ไม่ใช่เรื่องของตัวเอง ทำให้รู้สึกลดความอึดอัดใจที่จะต้องพูดเปิดเผยตัวเองออกไปตรงๆได้

Projective Technique แบ่งเป็น 3 ประเภทใหญ่ คือ

- ใช้รูปภาพ
- ใช้ภาษา
- ใช้การแสดงออก

1. ประเภทใช้รูปภาพ เป็นการให้อธิบายสิ่งที่เห็นตามความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อภาพนั้นๆอย่างอิสระโดยที่ผู้รับการทดสอบไม่รู้ว่าคำตอบนั้นจะถูกแปลความหมายเป็นอย่างไร ดังนั้นการอธิบายภาพจึงเป็นการนำตัวเองเข้าไปร่วมในเหตุการณ์ต่างๆ พฤติกรรมที่ซ่อนอยู่จะถูกดึงออกมา

โดยไม่รู้รู้สึกตัว สะท้อนให้เห็นการทำงานของจิตใจในด้านกระบวนการความคิด ความต้องการ ความกังวลใจ ความขัดแย้ง แรงจูงใจ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับด้านเชาวน์ปัญญา เช่น ความคิดริเริ่ม และวิธีการแก้ปัญหาด้วย ตัวอย่างของการทดสอบโดยใช้รูปภาพ ได้แก่

Rorschach Ink-blot Test ผู้สร้างคือ Hermann Rorschach แบบทดสอบประกอบด้วยภาพจากหยดหมึก 10 ภาพ รวมกันเป็นชุด มีทั้งภาพขาว-ดำ และภาพสี เริ่มใช้ครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1921

Thematic Apperception Test (TAT) ผู้สร้างคือ Henry A. Murray ประกอบด้วยชุดของภาพวาด 19 ภาพ และการ์ดเปล่าๆ 1 การ์ด เมื่อผู้รับการทดสอบมองภาพที่ให้นั้นแล้วก็จะบรรยาย โดยเผยให้เห็นถึงสิ่งต่างๆในชีวิต อันประกอบด้วย ความปรารถนาและประสบการณ์หลังของเขา รวมทั้งความมุ่งหมายของเขาทั้งในปัจจุบันและอนาคต

Children Apperception Test

2. ประเภทใช้ภาษา เป็นการทดสอบที่ต้องใช้ภาษาพูดหรือเขียนตอบสนองโดยตรง และสามารถจะทดสอบเป็นกลุ่มได้ด้วย ผู้รับการทดสอบจึงควรอ่านออกเขียนได้ ตัวอย่างของการทดสอบนี้ได้แก่

- Word association
- Sentence Completion Test

3. ประเภทการแสดงออก ใช้วิธีต่างๆ หลายวิธี ให้ผู้รับการทดสอบได้แสดงออกอย่างอิสระโดยใช้เชาวน์ปัญญากับการแสดงออกทางร่างกายของเขา เพื่อดูลักษณะจิตใจ อารมณ์ เจตคติ ความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม หรือการรับรู้เกี่ยวกับตัวเอง ตัวอย่างของแบบทดสอบพวกนี้ได้แก่

- Draw – A- Person Test
- House-Tree-Person Test
- Play Technique

การทดสอบบุคลิกภาพนอกจากจะใช้ Projective Technique แล้ว ยังอาจจะใช้แบบสำรวจหรือแบบให้รายงานตัวเองได้อีกด้วย (Objective Test) การทดสอบแบบนี้ จะมีข้อความให้ผู้รับการทดสอบเลือกตอบว่าในแต่ละข้อความนั้นตรงกับตัวเขาหรือไม่ โดยการตอบอาจจะตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ หรือตอบว่าเห็นด้วยมากที่สุด ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ฯลฯ แล้วแต่จะเลือกตอบ เครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่

1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory หรือ MMPI ใช้ดูถึงลักษณะทางบุคลิกภาพ 10 ด้าน คือ Hypochondriasis, Depression, Hysteria, Psychopathic deviate,

Masculinity-Femininity, Paranoia, Psychasthenia, Schizophrenia, Hypomania และ Social introversion

2. Mooney Problem Checklist
3. Edward Personal Preference Schedule หรือ EEPS
4. 16 PF
5. MPI

2.3. ความสัมพันธ์ระหว่างเขาวนัปัญหา กับบุคลิกภาพ

Herlock กล่าวว่า เขาวนัปัญหามีอิทธิพลโดยตรงต่อบุคลิกภาพในแง่ของความสามารถในการปรับตัวและการแสดงออกในชีวิตของแต่ละคน

Dreger สรุปว่า เขาวนัปัญหาของคนไม่ได้เป็นอิสระแต่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ ซึ่งคล้ายกับคำกล่าวของ Anatasi ที่ว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพและเขาวนัปัญหานั้นเป็นปฏิภาคกัน ไม่ใช่เพียงแต่บุคลิกภาพมีผลต่อเขาวนัปัญหาเท่านั้น แต่เขาวนัปัญหาก็มีผลต่อพัฒนาการของบุคลิกภาพเช่นกัน

Wechsler เน้นว่า พฤติกรรมเป็นผลของพัฒนาทางชีวะและประสบการณ์ที่ได้รับ เขามองคนว่าเป็นผลรวมของลักษณะทุกด้าน ไม่เชื่อว่าเขาวนัปัญหาจะแยกจากอารมณ์ได้เด็ดขาด เพราะเชื่อว่าแรงกดดันทางอารมณ์ ทำให้เรามีความตั้งใจทำงาน และมีการปรับตัวหรือแสวงหาแหล่งความรู้ใหม่ๆ เพื่อที่จะดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จรรยาพร ปัญจะวัฒน์ (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่อง“ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาครบขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบชุมชนบำบัด โรงพยาบาลรัฐราษฎร์รักษ์” พบว่ากลุ่มติดยาเสพติดซ้ำมีลักษณะบุคลิกภาพ MPI แตกต่างจากกลุ่มไม่ติดยาเสพติดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในมาตร E ซึ่งพบว่าลักษณะบุคลิกภาพของกลุ่มไม่ติดยาเสพติดซ้ำเป็นแบบ Extraversion และกลุ่มติดยาเสพติดซ้ำมีลักษณะบุคลิกภาพแบบ Neurotic -Introversion และพบว่าระยะเวลาที่จบจากศูนย์ชุมชนบำบัดของกลุ่มติดยาเสพติดซ้ำแตกต่างจากกลุ่มไม่ติดยาเสพติดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มไม่ติดยาเสพติดซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยของระยะเวลาที่จบจากศูนย์ชุมชนบำบัดมากกว่ากลุ่มติดยาเสพติดซ้ำ

มงคล มณฑา (อ้างในจรรยาพร ปัญจะวัฒน์, 2540 : 23) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องบุคลิกภาพของผู้ป่วยติดเฮโรอีนที่พบใน PICS (Psychometric Index of Character Structure) โดยศึกษากับกลุ่ม

ตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยชายในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 1,518 คน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยเก่า จำนวน 209 ราย พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในมาตร IM, HP, ID, IN คือ กลุ่มผู้ป่วยเก่ามีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ติดเฮโรอีนทั่วไปในมาตรที่เกี่ยวกับอารมณ์อ่อนไหวอย่างมาก มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพ อย่างใกล้ชิดกับคนอื่น ชอบทำตัวเลียนแบบอย่างพวกติดยาเสพติด และเป็นปฏิบัติต่อสังคมอย่างรุนแรง ประเมินค่าตัวเองต่ำ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในมาตร PD คือ มีลักษณะชัดเจน ต่อต้าน มีทัศนคติที่ไม่ดี พอสรุปได้ว่าบุคลิกลักษณะผู้ติดยาเสพติดชายที่เป็นผู้ป่วยเก่ามีลักษณะเอาแต่ใจตนเอง ขาดความยับยั้งชั่งใจ

วชิรา บุตรวิฑูฒิ (อ้างในจรูญพร ปัญจะวัฒน์, 2540 : 23) ได้ทำการศึกษาบุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาของสถานบำบัดรักษากรุงเทพมหานคร จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสำรวจบุคลิกภาพ MPI ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ พบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีลักษณะอ่อนไหวและเก็บตัวมากกว่าคนปกติ (Neurotic – Introversion)

ลักขณา ตันติลีปกร และนัยพินิจ ศษภักดี (2541) ได้ทำการศึกษาเรื่อง“การศึกษาระดับเชาวน์ปัญญาและบุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดชนิดเฮโรอีนในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด” เพื่อศึกษาเชาวน์ปัญญาและบุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดชนิดเฮโรอีนในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเปรียบเทียบกับนักเรียน นักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น วิทยาลัยเซนต์จอห์น ซึ่งเป็นกลุ่มไม่ติดยา ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มในเรื่องระดับอายุ แสดงว่าผู้ติดยาเสพติดชนิดเฮโรอีนส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี และรองลงมาคืออายุระหว่าง 26-40 ปี ส่วนในเรื่องอาชีพของกลุ่มผู้ติดยาเสพติด มีบิดา มารดา ที่ส่วนใหญ่มีอาชีพไม่ใช้กลุ่มข้าราชการหรือค้าขาย เช่น เป็นผู้จัดการหญิงบริการ เป็นแมงดาคุมห้อง เปิดบ่อนการพนัน

ส่วนในเรื่องช่วงอายุที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับกาติ่มเหล่าครั้งแรกของกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดเฮโรอีน พบว่ามีความถี่สูงสุดอยู่ช่วงอายุ 13 ปี มีจำนวน 10 ราย (31.3%) การสูบบุหรี่ครั้งแรกมีความถี่สูงสุดอยู่ช่วงอายุ 13 ปี มีจำนวน 11 ราย (34.3%) ส่วนการเล่นพนันครั้งแรกมีความถี่สูงสุดอยู่ช่วงอายุ 13 ปี มีจำนวน 6 ราย (18.8%) สำหรับการเที่ยวผู้หญิงครั้งแรก พบว่ามีความถี่สูงสุดอยู่ที่ช่วงอายุ 14 ปี มีจำนวน 11 ราย (34.4%) และเสพยาเฮโรอีนครั้งแรก คือ อายุ 13 ปี และช่วงอายุ 16-17 ปี เป็นช่วงที่มีความถี่สูงสุดในการเสพยาเฮโรอีน มีจำนวน 15 ราย (46.9%)

สำหรับในเรื่องเชาวน์ปัญญา ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านบุคลิกภาพ ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และที่ระดับ .01 ในด้านการเข้าสังคม ความมีเหตุผล การกล้าเผชิญ ความระแวง การจินตนาการ ความวิตกกังวล และมโนธรรม ตามลำดับ

ขนาน หัสศิริ และคณะ (2534) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภูมิหลังและภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนที่เป็นคนเร่ร่อนในสายตาของครู-อาจารย์ พบว่า

ทางด้านเชาวน์ปัญญาเด็กนักเรียนที่เร่ร่อน โดยภาพรวมแล้วจะมีระดับเชาวน์ปัญญาสูงกว่าเด็กนักเรียนทั่วไป เด็กนักเรียนชายที่เร่ร่อนกับเด็กนักเรียนชายทั่วไปจะมีระดับเชาวน์ปัญญาไม่แตกต่างกัน แต่เด็กนักเรียนหญิงที่เร่ร่อนมีระดับเชาวน์ปัญญาสูงกว่าเด็กนักเรียนหญิงทั่วไป

ด้านบุคลิกภาพทางพฤติกรรมที่ชอบเข้าสังคมหรือชอบเก็บตัว เด็กนักเรียนที่เร่ร่อนกับเด็กนักเรียนทั่วไป โดยภาพรวมแล้วจะไม่มี ความแตกต่างกัน ถึงแม้จะนำเอาเด็กนักเรียนชายที่เร่ร่อนเปรียบเทียบกับนักเรียนชายทั่วไป หรือเด็กนักเรียนหญิงที่เร่ร่อนกับเด็กนักเรียนหญิงทั่วไป ก็ไม่มี ความแตกต่างกัน บุคลิกภาพด้านอารมณ์ที่มั่นคงหนักแน่น และอารมณ์ที่อ่อนไหวง่าย ปรากฏว่าเด็กนักเรียนที่เร่ร่อนกับเด็กนักเรียนทั่วไปไม่มี ความแตกต่างกัน ถึงแม้จะนำเอาเด็กนักเรียนชายที่เร่ร่อนเปรียบเทียบกับเด็กนักเรียนชายทั่วไป หรือเด็กนักเรียนหญิงที่เร่ร่อนกับเด็กนักเรียนหญิงทั่วไปก็ไม่มี ความแตกต่างกัน

วิจารณ์ วิชัชยะ (2515) ได้อ้างถึงวอลตันและพวกซึ่งได้ศึกษาในเด็กวัยรุ่น และแบ่งกลุ่มบุคลิกภาพที่ผิดปกติเป็น 4 พวก

1. Inhibited personalities เด็กพวกนี้มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่ดี เข้ากับสังคมได้ยาก มีความวิตกกังวลง่าย มีความรู้สึกที่ตัวเองเป็นผู้ผิด ไม่แสดงลักษณะก้าวร้าว ไม่มีลักษณะอันธพาล
2. Personalities disorders พวกนี้มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่ดี ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ มีลักษณะพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ ในหญิงมีลักษณะแบบบุคลิกภาพฮิสทีเรีย ในชายเป็นแบบแยกตัว (schizoid) หรือย้ำคิด (obsessional)
3. Aggressive sociopathy มีลักษณะต่อต้านสังคม ชอบรุนแรงและก้าวร้าวมาก ในชายไม่มีความรู้สึกผิด แต่ในหญิงมีความวิตกกังวล รู้สึกว่าตัวเองผิดและโทษตัวเอง
4. Inadeguate sociopathy with addiction พวกนี้พึ่งสุราหรือยาเสพติด เอาแต่ใจตัวเอง เชื่อถือไม่ได้ ทำอะไรโดยไม่คิดถึงผลที่จะติดตามมา ไม่มีความรู้สึกผิดหรือวิตกกังวล

วิจารณ์ วิชัชยะ (2515) ได้กล่าวถึง ดี.เอช.รัสเซลล์ ซึ่งศึกษาบุคลิกภาพในผู้ต้องขังและจัดระบบของผู้กระทำความผิดไว้ ดังนี้

1. คนปกติ เป็นบุคคลที่มีโครงสร้างของบุคลิกภาพดีมาตลอด แต่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ทำให้กระทำความผิด ส่วนใหญ่กระทำความผิดในวัยรุ่น พบร้อยละ 9 ความประพฤติที่ผิดปกติหายได้เอง

2. พวกที่มีอาการทางประสาท พบในพวกที่มีอารมณ์เศร้า ภาวะจิตใจถอยกลับคล้ายเด็ก พบร้อยละ 13.5

3. พวกวิกลจริต การทำความผิดเป็นผลของความรู้สึกนึกคิดที่ผิดปกติ พบได้ร้อยละ 16.1

4. พวกมีความบกพร่องของอีโก เป็นพวกที่มีอารมณ์รุนแรง ขาดวัฒนธรรม พบร้อยละ 16.1

5. Character disorders เป็นยุวอาชญากรที่กระทำความผิดซ้ำๆ มีท่าทีต่อต้านสังคม และความประพฤติผิดปกติก่อนวัยรุ่น ไม่สามารถเข้ากับผู้อื่นได้ โดยเฉพาะผู้มีอำนาจหน้าที่ (authority) พวกนี้มีอีโกบกพร่องในระยะแรกเริ่มของชีวิต ทำให้จิตใจหยุดการเจริญเติบโต มี grandiose fantasies ไม่สามารถรับรู้ในสิ่งปกติ ไม่สามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น และไม่สามารถควบคุมแรงผลักดันได้ ยุวอาชญากรพวกนี้จะมีปัญหาเกี่ยวกับผู้มีอำนาจหน้าที่มาตั้งแต่เล็กๆ ยุวอาชญากรอีกพวกหนึ่งเรียกว่า neurotic delinquent ไม่มีปัญหายุ่งยากในวัยเด็ก มามีปัญหาในวัยรุ่นหนุ่ม พวกนี้ขาดตัวอย่างที่ดี ลักษณะยอมตาม และเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ มีลักษณะ grandiosity

6. ภาวะอันธพาล มีสาเหตุมาจากโรคของสมอง พบร้อยละ 2.8