

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น มีการวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยในขณะนี้ว่ามีผู้ใช้ยาซึ่งอยู่ในวัยทำงานและวัยรุ่นประมาณ 3 ล้านคน ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้เสพประมาณ 2.7 ล้านคน และเป็นผู้ติดยาจำนวน 3 แสนคน และจากรายงานของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2540-2542 พบว่า ผู้ที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดนั้นส่วนมากเป็นนักเรียน นักศึกษา คือ ร้อยละ 8.04, 17.14 และ 18.05 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเยาวชน โดยเฉพาะในวัยศึกษาเล่าเรียน ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญของประเทศในอนาคตนั้นเป็นกลุ่มที่น่าเป็นห่วงและควรจะได้รับการดูแลแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจังและเร่งด่วน

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานพยาบาลหนึ่งที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาบำบัดผู้ติดยาเสพติด ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานที่ร่วมบูรณาการในการแก้ไขปัญหายาเสพติด 9 หน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วยกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ และสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ให้เป็นแกนกลางในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยคิดค้นการแก้ไขและป้องกันปัญหายาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น เยาวชน นักศึกษา โดยนำเยาวชนกลุ่มเสพยาเสพติดและเยาวชนกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งครอบครัวร่วมเข้าค่ายบำบัดฟื้นฟู เพื่อร่วมเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือ ป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด ตลอดจนส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งกันและกัน โดยใช้หลักการ Bio-psycho social approach ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จ และมีการบูรณาการอาการเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตใจ

ดังนั้นจึงมีโครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติดขึ้นครั้งแรกใน 9 จังหวัดนำร่อง คือ จังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น แม่ฮ่องสอน ปทุมธานี กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา สุพรรณบุรี สงขลา และปัตตานี ซึ่งแต่ละค่ายแต่ละจังหวัดมีกลุ่มเป้าหมายเป็นเยาวชนหรือนักเรียนที่เสพยาเสพติดและกลุ่มเสี่ยงค่ายละ 40 คน รวมทั้งผู้ปกครองหรือบิดา-มารดาของเยาวชนกลุ่มดังกล่าวอีกค่ายละ 40 คน โดยโครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติดมีวัตถุประสงค์ คือ

1. เพื่อให้เยาวชนกลุ่มเสพยาเสพติดและกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้ ความเข้าใจ ในการพัฒนาตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่ถูกต้องขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือเยาวชนที่มีปัญหายาเสพติดในครอบครัวและชุมชนได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ

3. เพื่อศึกษารูปแบบในการแก้ไขปัญหาเสพตติท้กกลุ่มเขาวนตติยเสพตติและกลุ่มเสียง

ต่อมกรมอชวีศึกษาได้ให้ควมสนใจโครงการค้ำยบ้ำบัตพื้นฟูเขาวนตติยเสพตติ โดยเห็นว่ามีประโยชน์ สมารถช่วยเหลือนักเรียน นักศึกษา ในวิทยาลัยสังกัดกรมอชวีศึกษา ที่มีปัญหาการเสพเสพตติได้ จึงได้ร่วมกับโรงพยาบาลธัญญารักษจัดโครงการค้ำยบ้ำบัตพื้นฟูเขาวนตติยเสพตติสำหรับนักเรียน นักศึกษา ในสังกัดกรมอชวีศึกษาใน 8 จังหวัดนำร่อง ที่มีทีมประสานการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาเสพตติ และวิทยากรค้ำยบ้ำบัตรักษยเสพตติที่ผ่านการอบรมจากโรงพยาบาลธัญญารักษแล้ว ซึ่งรวมท้จังหวัดสงขลาด้วย

ศูนย์บ้ำบัตรักษยเสพตติจังหวัดสงขลา ในฐานะที่เป็นหน่วยงานในสังกัดของโรงพยาบาลธัญญารักษ ได้รับมอบหมายให้ร่วมมือกับวิทยาลัยอชวีศึกษา 6 แห่งในจังหวัดสงขลา จัดโครงการค้ำยบ้ำบัตพื้นฟูเขาวนตติยเสพตติขึ้นท้ทั้งหมด 6 ค้ำย และวิทยาลัยอชวีศึกษาสงขลา ก็เป็น 1 ใน 6 วิทยาลัย ในสังกัดกรมอชวีศึกษา ที่ศูนย์ได้ร่วมดำเนินกรในค้ำยบ้ำบัตดังกล่าว

ผู้วิจัยซึ่งเป็นนักจิตวิทยาประจำศูนย์ และเป็นหนึ่งในทีมประสานในพื้นที่จังหวัดสงขลา จึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับเขาวนับัญญัติและลักษณะบุคลิกภาพของเขาวนกลุ่มเสพยเสพตติที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อจะได้ทราบข้อมูลอันจะนำไปสู่การเข้าใจพฤติกรรมต่างๆของเขาวนผู้เสพยเสพตติซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผน ป้องกัน และเลี้ยงดูเด็กและเขาวนของชาติให้มีการพัฒนาบุคลิกภาพที่เหมาะสม สมารถเข้าใจตนเอง เข้าใจเป้าหมายของชีวิต มีความมั่นคงทางอารมณ์ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากยเสพตติได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงระดับเขาวนับัญญัติและลักษณะบุคลิกภาพของเขาวนในค้ำยบ้ำบัตพื้นฟูเขาวนตติยเสพตติ
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับเขาวนับัญญัติและลักษณะบุคลิกภาพของเขาวนในค้ำยบ้ำบัตพื้นฟูเขาวนตติยเสพตติ

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. จำนวนพี่น้อง ลำดับการเกิด อายุที่ใช้สารเสพตติเป็นครั้งแรก และระดับเขาวนับัญญัติ มีความสัมพันธ์กับลักษณะบุคลิกภาพ
2. ลำดับการเกิดและอายุที่ใช้สารเสพตติเป็นครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับระดับเขาวนับัญญัติ

ค้ำนียมการวิจัย

ระดับเขาวนับัญญัติ หมายถึง คะแนนที่ไ้จ้จากการทดสอบแบบทดสอบ Standard Progressive Matrics

ลักษณะบุคลิกภาพ หมายถึง คะแนนที่ไ้จ้จากการทดสอบบุคลิกภาพด้วยแบบทดสอบ MPI

เขาวนในค้ำยบ้ำบัตพื้นฟูเขาวนตติยาศេพตติของวิทยาลัยอาชีวศึกษาสงขลา หมายถึง เขาวนผู้เสพสารเสพตติที่เข้าร่วมโครงการค้ำยบ้ำบัตพื้นฟูเขาวนตติยาศេพตติของวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในระหว่างวันที่ 14-22 กรกฎาคม 2544

ผู้เสพสารเสพตติ หมายถึง ผู้ที่ไ้สารเสพตติหรือเคยไ้สารเสพตติเป็นครั้งคราว และไม่มีภาวะ “ตติสารเสพตติ”

โครงการบ้ำบัตพื้นฟูเขาวนตติยาศេพตติของวิทยาลัยอาชีวศึกษาสงขลา หมายถึง โครงการศึกษาพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาเสพตติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเขาวนเสพยาศេพตติ โดยไ้การนำหลักวิชาความรู้เรื่องการบ้ำบัตรักษาและโทษพิษภัยยาศេพตติ การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ การทำหน้าทีในครอบครัว การเสริมสร้้างความถนัดให้กับตนเอง และวิชาหน้าทีพลเมืองไทย มาประกอบเป็นหลักสูตรในการจัดทำค้ำย

ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ไ้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เขาวนผู้เสพสารเสพตติทุกคน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้าร่วมโครงการบ้ำบัตพื้นฟูเขาวนตติยาศេพตติของวิทยาลัยอาชีวศึกษาสงขลา ระหว่างวันที่ 14-22 กรกฎาคม 2544 ณ ค้ำยพระปกเกล้า (กองพันทหารปืนใหญ่ที่ 5) อำเภอมือง จังหวัดสงขลา

ประโยชน์ที่ค้ำดว่าจะไ้รับ

1. การศึกษาครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงระดับเขาวนับัญญัติและลักษณะบุคลิกภาพของเขาวนในค้ำยบ้ำบัตพื้นฟูเขาวนตติยาศេพตติ ตลอดจนปัจจัยที่ไ้ความสัมพันธ์กับระดับเขาวนับัญญัติและลักษณะบุคลิกภาพของเขาวนดังกล่าว
2. เพื่อไ้เป็นแนวทางเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาการตติยาศេพตติของเขาวน

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยระดับเขาวนมีปัญญาและบุคลิกภาพของเขาวนในค่ายบำบัดฟื้นฟูเขาวนติดยาเสพติดของวิทยาลัยอาชีวสงขลาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด
 - 1.1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด
 - 1.2. แนวทางป้องกันและบำบัดรักษานักเรียนที่ติดยาบ้า (AMPHETAMINE)
 - 1.3. หลักสูตรเขาวนต้นกล้าในโครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเขาวนติดยาเสพติด
2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเขาวนมีปัญญาและบุคลิกภาพ
 - 2.1. เขาวนมีปัญญา และการวัดเขาวนมีปัญญา
 - 2.2. บุคลิกภาพ
 - 2.3. ความสัมพันธ์ระหว่างเขาวนมีปัญญาและบุคลิกภาพ
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. การเสพติด (Substance Abuse)

ลักษณะสำคัญของการเสพติด คือ แบบแผนของพฤติกรรมที่ผิดในการใช้ยาและสารแสดงออกโดยเสพยาซ้ำๆ โดยก่อให้เกิดความเสียหายชัดเจน โดยมี

เกณฑ์วินิจฉัยการเสพติดของ DSM IV

พบข้อใดข้อหนึ่งขึ้นไปในช่วง 12 เดือน ดังนี้

1. เสพยาซ้ำๆ เป็นผลให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน การเรียน และครอบครัว
2. เสพยาซ้ำๆ เพื่อให้ทำงานได้มากขึ้นแบบเสียดาย เช่น เสพเพื่อให้ขับรถได้นาน
3. เสพสารที่ผิดกฎหมายซ้ำๆ

4. สะพตติต่อ ทั้งที่เมื่อสะพตติแล้วเกิดปัญหาคอวสมสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2. การสะพตติ (Substance Dependence)

ลักษณะสำคัญของกรการสะพตติ คือ การใช้ยาสะพตติต่อกัน ไม่สามารถหยุดได้เอง แม้มีปัญหาคอวสมการสะพตติอีก ทั้งร้ำงกาย คอวสมรู้สำนึก พฤติกรรม ก็ยังสะพตติต่ออีก และเมื่อสะพตติแล้ว จะต้องพยายามหาสะพตติอีก (Compulsive) สะพตติไปนานๆ จะเกิดอการตติยอ (Tolerance) และเมื่อหยุดยาสะพตติจะเกิดอการถอนยอ (Withdrawal)

เกณฑ์วินิจฉัยกรการสะพตติของ DSM IV

เป็นการใช้ยาสะพตติคอวสมกันทำให้เกิดอการคอวสมบกร่องอย้ำงน้อย 3 ข้อ ใน 7 ข้อ ในระยะเวลอใดๆก็ได้ภายใน 12 เดือน

1. การตติยอ โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

- ต้องใช้ยอจ้ำนวนมกขึ้น เพื่อให้ได้ผลคอวสมการสะพตติมกเท้ำเดิม
- ถ้าใช้ยอจ้ำนวนเท้ำเดิม จะได้ผลน้อยกว้ำแต่ก่อน

2. เกิดอการถอนพิษยอ โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

- มีลักษณะของอการถอนพิษยอเกิดขึ้นเมื่อไม่ได้ใช้ยอสะพตติ โดยมีอการตามแต่ชนิดของยอสะพตตินั้นๆ
- ต้องใช้ยอสะพตติเพื่อระงับหรือหลีกเลียงอการถอนพิษยอ

3. ผู้สะพตติจะใช้ยอสะพตติในจ้ำนวนและระยะเวลอมกกว้ำที่ตั้งใจไว้เดิม

4. มีคอวสมต้องการใช้ยอสะพตติโดยไม่สามารถลดหรือคอวสมการใช้ยอสะพตติได้ด้วย

ตนเอง

5. ใช้เวลอส่วมมกไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับยอสะพตติ ได้แก่ การหอยอสะพตติมาสะพตติ (เช่น เดินทงไปตมที่ต่งๆเพื่อหอยอสะพตติ) ใช้เวลอไปกับการสะพตติ หรืออยู่ระหว่างกรมึนเมอยอสะพตติ

6. กรการน กรเรียน สังกม หรือกิจกรรมที่สร้ำงสรค์ต่งเลื่อมถอยหรือสูญเสยไป

7. ยังใช้ยอสะพตตินั้นต่อไป แม้จะทรบวทำให้เกิดปัญหาทงด้นร้ำงกายหรือจิตใจ เช่น ยังใช้ยอบ้ำแม้จะทรบวจะทำให้เกิดอการซึ่มเศร้ำถึงขนาดคิดฆ่าตัวตอยได้ และอจทำให้เกิดอการทงจิตได้ หรือในผู้สูบบุหรืที่ไม่ยอมเลิกบุหรื แม้จะทรบวว่าบุหรืทำให้เกิดมะเร็งได้

ประเภทของยอและยอสะพตติ

องค้กรอนมัยโลกได้แบ่งประเภทของยอและยอสะพตติ International Classification of Disease and Related Health Problem (ICD -10) ในปี 1992 เป็น 10 กลุ่ม คือ กลุ่ม F10-F19 โดยมีรายละเอียต 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 ซึ่งหากช่วยเหลือไม่ทันการณ้อาจเสียชีวิตได้ 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
- เชีว ชีพจรเบา 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 และไม่ใช้บาร์บิทูเรตในขนาดต่ำๆ ใช้เพื่อให้สงบ ให้นอนหลับ บางรายมีฤทธิ์ระงับการชัก การติดยา (Tolerance) เกิดได้เร็ว จึงต้องเพิ่มขนาดยา จึงอาจเกิดการติดยาได้ การหยุดยาทันทีในกลุ่มที่ใช้ยามานานจะเกิดอาการถอนยาอย่างรุนแรง ทั้งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

5. เบนโซไดเซปีนส์ (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 โดยทั่วไปยาที่ออกฤทธิ์สั้นจะเกิดอาการถอนยากกว่ายาที่ออกฤทธิ์นาน

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

ในรายที่ใช้ยาเกินขนาด Severe intoxication จะมีอาการง่วงซึมโดยไม่รู้สึกรู้ตัว Reflex ลดลง หายใจช้าลง หัวใจทำงานลดลง ความดันโลหิตลดลง และ Hypoxemia ปัจจุบันมียาต้านฤทธิ์โดยตรง (Antidote) คือ Antitine จึงเป็นยาตัวแรกที่เลือกใช้รักษาในกรณีที่มีการใช้ยากกลุ่ม 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 สิ้นประสาทหลอน หอบ หัวใจเต้นเร็ว หรืออาจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง จนถึงกับชักได้ ในขนาดสูงมากๆ จะออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง กดการหายใจ โคม่าและเสียชีวิตได้

ถ้าผสมกับเฮโรอีน เรียกว่า Speedball

การรักษาการที่ใช้ยาเกินขนาด เป็นการรักษาตามอาการ ถ้ามีอาการชักให้ Diazepam ถ้ากระสับกระส่ายมากให้ Haloperidol

การรักษาอาการถอนยาของยากระตุ้น การติดยากกลุ่มนี้เป็นการติดทางจิตใจมากกว่า 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 โดยมีอาการเด่นของประสาทหลอนและประสาทสัมผัส ผิดเพี้ยนไป 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) พบว่าอินเดียแดงในอเมริการู้จักและสูบบุหรี่มาก่อน ภายหลังจึงแพร่ระบาดไปยุโรปและทั่วโลก เมื่อเผายาสูบจะเกิดสารประกอบมากกว่า 4,000 ชนิด โดยเฉพาะนิโคติน (Nicotine) ทำให้เกิดการเสพติด และส่วนประกอบที่เรียกว่า Tar เป็นสารก่อมะเร็ง เมื่อสูบบุหรี่ 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 และห้ามเยาวชนสูบบุหรี่ 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 ชุ่มเอกกลาง, 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

การแก้ไขปัญหการระบาดของยาบ้าในสถานศึกษาจำเป็นต้องดำเนินการทั้งด้าน การลดอุปทานของผู้ผลิตและผู้ค้ายาบ้า (Supply Reduction) และการลดอุปสงค์ของผู้เสพยาบ้า (Demand Reduction) ควบคู่กันไป การลดอุปทานของผู้ผลิตและผู้ค้าส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการปราบปรามและจับกุมผู้ผลิตและผู้ค้า

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” เพื่อให้ นักเรียนสามารถที่จะคิดและการแก้ไขปัญหา 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

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

กลุ่มที่ 3 นักเรียนที่เสพยาเสพติดเป็นครั้งคราว

นักเรียนกลุ่มนี้มักจะมีพฤติกรรมเสี่ยง และมีปัญหาครอบครัว จึงหาทางออกโดยใช้ยาเสพติด การเสพยาจะทำให้ นักเรียนผู้นั้นมีความสุขและลืมความทุกข์ทรมานลงชั่วขณะ เป็นวิธีการที่เด็กสามารถรวมกลุ่มกับเพื่อนที่มีพฤติกรรมเช่นเดียวกันได้

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 หากไม่สามารถทำได้อาจจำเป็นต้องตรวจหาสาร (Amphetamine) ในปัสสาวะ ครูหรือคณะผู้ตรวจจะต้องทำความเข้าใจแก่นักเรียนให้ทราบถึงเจตนาที่ดี เพื่อจะช่วยแก้ไขปัญหามาให้เขาเหล่านั้น และไม่ควรใช้ผลการตรวจปัสสาวะเพื่อที่จะลงโทษนักเรียนหรือไล่ออกจากโรงเรียน การกระทำเช่นนั้นเป็นการแก้ไขปัญหของโรงเรียนชั่วคราว แต่ไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหมาให้กับเด็กหรือครอบครัว และเป็นผลกระทบทำให้สังคม

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 การบำบัดทางยามีด้วยกันหลายวิธี ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วย

แต่ละราย ภายหลังจากการบำบัดทางยาแล้ว จำเป็นต้องให้การบำบัดทางจิตใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่นเดียวกับนักเรียนในกลุ่มที่ 3 ที่กล่าวมาแล้ว

กล่าวโดยสรุป การป้องกันและบำบัดรักษานักเรียนที่ติดยาบ้าจำเป็นต้องให้ นักเรียน พ่อแม่ และผู้ปกครอง ยอมรับว่าเกิดปัญหาขึ้นแล้วจำเป็นต้องรีบแก้ไข โดยการแก้ไขปัญหานั้นจะต้องมีข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาให้ดีกว่านักเรียนอยู่ในกลุ่มเป้าหมายใด เพื่อผู้ที่เกี่ยวข้องจะได้วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นได้ถูกต้อง และต้องคำนึงอยู่เสมอว่าการแก้ไขปัญหายาเสพติดต้องดำเนินการมาตรการหลายอย่างพร้อมเพรียงกัน ทั้งด้านการปราบปราม การป้องกัน และการบำบัดรักษา ดังนั้นการร่วมมือกันของทุกหน่วยงานในแต่ละหน่วยมีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด

1.3. หลักสูตรเขาวนต้นกล้าในโครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเขาวนติดยาเสพติด

รายละเอียดโครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเขาวนติดยาเสพติด

โครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเขาวนติดยาเสพติดในครั้งนี้เป็นโครงการที่กรมอาชีวศึกษาและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ร่วมกันรับผิดชอบดำเนินการ โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

หลักการและเหตุผล

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

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเขาวนวัยรุ่น 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 ประพฤติตนทำนองชั่วสาว นอกจากนี้ยังพบว่าผลกระทบต่อเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนในการใช้สารเสพติดในสถานศึกษา คือ ถูกชักจูงให้ใช้สารเสพติด ทำให้เรียนไม่รู้เรื่อง เนื่องจากถูกกลุ่มเด็กที่ใช้สารเสพติดรบกวน ก่อความรำคาญ ถูกรีดไถ ชูเชิญ และเป็นแบบอย่างที่ไม่ดีต่อเด็กอื่นๆ

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินการแก้ไขปัญหาค่า 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 จึงควรนำเขาวนและครอบครัวมาร่วมเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือ ป้องกัน และแก้ไข ตลอดจนส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ปัญหายาเสพติด ซึ่งกำลังเป็นปัญหาร้ายแรงและต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วนโดยการดำเนินการค่ายุวชนต้านภัยยาเสพติด

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อให้เขาวนกลุ่มเสพยาเสพติดและกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้ ความเข้าใจ ในการพัฒนาตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่ถูกต้องขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือเขาวนที่มีปัญหายาเสพติดในครอบครัวและชุมชนได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ

3. เพื่อศึกษารูปแบบในการแก้ไขปัญหาเสพติดทั้งกลุ่มเขาวนที่ติดยาเสพติดและกลุ่มเสี่ยง

เป้าหมาย

1. เขาวน นักเรียนที่เสพยาเสพติดและกลุ่มเสี่ยงในแต่ละจังหวัดที่เปิดค่าย ค่ายละ 40 คน
2. ผู้ปกครอง บิดา มารดา ของเขาวนที่เข้าค่าย ค่ายละ 40 คน (เข้าร่วมอบรมตามตารางที่กำหนด)

วิธีดำเนินการ

ดำเนินการเปิดค่ายบำบัดฟื้นฟูเขาวนติดยาเสพติดใน 8 จังหวัดนำร่อง ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีทีมประสานการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดและวิทยากรค่ายฯที่ผ่านการอบรมจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ แล้ว ดังนี้ คือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดขอนแก่น จังหวัดปทุมธานี กรุงเทพมหานคร จังหวัดสงขลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดเชียงใหม่

ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาในการบำบัดฟื้นฟูแต่ละครั้งจำนวน 9 วัน

สถานที่เปิดค่าย

แต่ละจังหวัดจะกำหนดเลือกตามความเหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นค่ายทหาร มัสยิด หรือหอประชุมอื่นๆ

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

Learning 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 โดยเฉลี่ยค่า 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* ใช้ดูความสามารถในการแยกแยะสิ่งที่รับรู้และความสามารถในการคิดตามหลักเหตุ-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 คะแนนที่ให้คิดตามความเร็วที่ทำและความถูกต้องด้วย 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 ทศนคติ และการปรับตัว

สิ่งที่มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ

1. **พันธุกรรม** ลักษณะของผิวพรรณ รูปร่างหน้าตา ชนิดของโลหิต และโรคบางชนิด ซึ่งเป็นเรื่องทางกาย จะส่งผลกระทบต่อจิตใจของคนๆ นั้น และจะทำให้เจ้าของลักษณะมีบุคลิกภาพไปตามลักษณะ ชักนำแต่ละชนิด ดังเช่น การศึกษาของนักมนุษยวิทยาและสังคมวิทยา คือ Kretschmer ได้แบ่งลักษณะของคนไว้กว้างๆ 4 ชนิด คือ

1.1. Asthenic Type ผอมสูง ตัวยาว ขายาว พวกนี้มักไม่ค่อยขี้ร้อน ชอบคิด เจ็บๆตามลำพัง อาจจะเป็นนักประพันธ์ 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 ร่างกายมีเส้นเอ็น ชอบผจญภัย ต่อสู้ กล้าได้กล้าเสีย

1.4. Dysplastic Type ร่างกายผิดปกติ เช่น สูงใหญ่กว่าปกติหรือไม่สมประกอบ มีปมด้อย และมักจะมีเชาวน์ปัญญาต่ำ

นอกจากนั้นความรู้ทางสรีระวิทยาช่วยให้ทราบระดับฮอร์โมนในร่างกายก็มีผลต่อพฤติกรรมที่เป็นบุคลิกภาพของคนเช่นกัน เช่น ฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ ถ้ามีมากไปก็จะทำให้คนนั้นตกใจง่าย อารมณ์แปรปรวนง่าย เป็นต้น

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

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

ทฤษฎีบุคลิกภาพ

ได้มีทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพตั้งไว้มากมาย แล้วแต่ความสนใจของแต่ละกลุ่มที่ศึกษา เช่น เน้นในแง่โครงสร้างพัฒนาการ การเรียนรู้ การจูงใจ ความขัดแย้ง และการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ดังจะกล่าวต่อไปนี้

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 ก็จะเป็นคนเคร่งครัด เนียม 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 แต่บางครั้งก็สามารถมาร่วมกิจกรรมทางสังคมกับคนอื่นได้

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 ซึ่งให้ผู้ที่ได้รับการทดสอบได้แสดงความรู้สึกต่างๆส่วนตัวของเขาต่อสิ่งเร้าที่คลุมเครือได้อย่างอิสระ ต้นกำเนิด Projective Techniques มาจากทฤษฎี Psychoanalytic ของ Sigmund Freud ที่พูดถึงกระบวนการทางจิตของคนเมื่อถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าว่ามักจะมีการปรับตัวเพื่อให้ตัวเองปลอดภัย วิธีการปรับตัวก็จะมีกลไกหลายๆอย่าง เรียกว่า Defense Mechanism เช่น Projection เป็นกลไกที่คนลดความกดดันของตัวเองไปสู่สิ่งอื่น 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 เพื่อคุณลักษณะจิตใจ 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. ความสัมพันธ์ระหว่างเชาวน์ปัญญากับบุคลิกภาพ

Herlock กล่าวว่า เชาวน์ปัญญามีอิทธิพลโดยตรงต่อบุคลิกภาพในแง่ของความสามารถในการปรับตัวและการแสดงออกในชีวิตของแต่ละคน

Dreger สรุปว่า เชาวน์ปัญญาของคนไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ ซึ่งคล้ายกับคำกล่าวของ Anatasi ที่ว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพและเชาวน์ปัญญานั้นเป็นปฏิภาคกัน ไม่ใช่เพียงแต่บุคลิกภาพมีผลต่อเชาวน์ปัญญาเท่านั้น แต่เชาวน์ปัญญาก็มีผลต่อพัฒนาการของบุคลิกภาพเช่นกัน

Wechsler เน้นว่า พฤติกรรมเป็นผลของพัฒนาทางชีวะและประสบการณ์ที่ได้รับ เขามองคนว่าเป็นผลรวมของลักษณะทุกด้าน ไม่เชื่อว่าเชาวน์ปัญญาจะแยกจากอารมณ์ได้เด็ดขาด เพราะเชื่อว่าแรงกดดันทางอารมณ์ ทำให้เรามีความตั้งใจทำงาน และมีการปรับตัวหรือแสวงหาแหล่งความรู้อื่นๆ เพื่อที่จะดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จรรยาพร ปัญจะวัฒน์ (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่อง“ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาครบขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบชุมชนบำบัด โรงพยาบาลธัญญารักษ์” พบว่ากลุ่มติดยาเสพติดซ้ำมีลักษณะบุคลิกภาพ MPI แตกต่างจากกลุ่มไม่ติดยาเสพติดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในมาตรา E ซึ่งพบว่าลักษณะบุคลิกภาพของกลุ่มไม่ติดยาเสพติดซ้ำเป็นแบบ Extraversion และกลุ่มติดยาเสพติดซ้ำมีลักษณะบุคลิกภาพแบบ Neurotic -Introversion และพบว่าระยะเวลาที่จบจากศูนย์ชุมชนบำบัดของกลุ่มติดยาเสพติดซ้ำแตกต่างจากกลุ่มไม่ติดยาเสพติดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มไม่ติดยาเสพติดซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยของระยะเวลาที่จบจากศูนย์ชุมชนบำบัดมากกว่ากลุ่มติดยาเสพติดซ้ำ

มงคล มณฑา (อ้างในจรรยาพร ปัญจะวัฒน์, 2540 : 23) ได้ทำการวิจัยเรื่องบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยติดเฮโรอีนที่พบใน 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 และเป็นปฏิปักษ์ต่อสังคมอย่างรุนแรง ประเมินค่าตัวเองต่ำ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในมาตร PD คือ มีลักษณะชัดเจน ต่อต้าน มีทัศนคติที่ไม่ดี พอสรุปได้ว่าบุคลิกลักษณะผู้ติดยาเสพติดชายที่เป็นผู้ป่วยเก่ามีลักษณะเอาแต่ใจตนเอง ขาดความยับยั้งชั่งใจ

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

ลักขณา ตันติลีปิกร และนัยพินิจ ศษภักดี (2541) ได้ทำการศึกษาเรื่อง“การศึกษาระดับเซาว์นปัญญาและบุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดชนิดเฮโรอีนในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด” เพื่อศึกษาเซาว์นปัญญาและบุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดชนิดเฮโรอีนในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเปรียบเทียบกับนักเรียน นักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น วิทยาลัยเซนต์จอห์น ซึ่งเป็นกลุ่มไม่ติดยา ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

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

ส่วนในเรื่องช่วงอายุที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการติดยาครั้งแรกของกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดเฮโรอีน 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%)

สำหรับในเรื่องเซาว์นปัญญา 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 วิชัยยะ (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 รู้สึกที่ตัวเองผิดและโทษตัวเอง
4. Inadeguate sociopathy with addiction พวกนี้พึ่งสุราหรือยาเสพติด เอาแต่ใจตัวเอง เชื่อถือไม่ได้ ทำอะไรโดยไม่คิดถึงผลที่จะติดตามมา ไม่มีความรู้สึกผิดหรือวิตกกังวล

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

1. คนปกติ เป็นบุคคลที่มีโครงสร้างของบุคลิกภาพดีมาตลอด แต่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ทำให้กระทำความผิด ส่วนใหญ่กระทำผิดในวัยรุ่น พบร้อยละ 9 ความประพฤติน่าพิศุขที่ผิดปกติหาได้เอง

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 และมีความประพฤติผิดปกติก่อนวัยรุ่น ไม่สามารถเข้ากับผู้อื่นได้ โดยเฉพาะผู้มีอำนาจหน้าที่ (authority) พวกนี้มีอีโกบกพร่องในระยะแรกเริ่มของชีวิต ทำให้จิตใจหยุดการเจริญเติบโต มี grandiose fantasies ไม่สามารถรับรู้ในสิ่งปกติ ไม่สามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น และไม่สามารถควบคุมแรงผลักดันได้ ยุวอาชญากรพวกนี้จะมีปัญหากับผู้มีอำนาจหน้าที่มาตั้งแต่เล็กๆ ยุวอาชญากรอีกพวกหนึ่งเรียกว่า neurotic delinquent ไม่มีปัญหายุ่งยากในวัยเด็ก มามีปัญหาในวัยรุ่นหนุ่ม พวกนี้ขาดตัวอย่างที่ดี ลักษณะยอมตาม และเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ มีลักษณะ grandiosity

6. ภาวะอันธพาล มีสาเหตุมาจากโรคของสมอง พบร้อยละ 2.8

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เยาวชนผู้เสพยาเสพติดที่เข้าร่วมโครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติดของวิทยาลัยอาชีวสงขลา ในระหว่างวันที่ 14-22 กรกฎาคม 2544 ณ ค่ายพระปกเกล้า (กองพันทหารปืนใหญ่ที่ 5) อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 34 คน เป็นเพศชาย 32 คน เพศหญิง 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และตัวแปรต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา จำนวนพี่น้อง ลำดับที่ในการเกิด อาชีพของบิดามารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ภูมิลำเนาเดิมของครอบครัว สถานที่พักและลักษณะที่พักในปัจจุบัน ลักษณะทางครอบครัว ลักษณะปัญหา วิธีจัดการกับปัญหา และประวัติการใช้สารเสพติด

2. แบบทดสอบเชาวน์ปัญญาสำหรับผู้ใหญ่ทั่วไป ชื่อ Standard Progressive Matrices (SPM) ของ Raven ประกอบด้วยภาพจำนวน 60 ภาพ

3. แบบทดสอบบุคลิกภาพ MPI (Maudsley Personality Inventory) เป็นแบบทดสอบบุคลิกภาพ ซึ่ง Eysenck คิดขึ้น มีข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ การทดสอบแบบนี้ใช้สำหรับประเมินบุคลิกภาพที่แสดงออกใน 2 ด้าน คือ

- 3.1. ด้านพฤติกรรม Extraversion-Introversion ใช้ Extraversion scale (E Scale)

- 3.2. ด้านอารมณ์ Neuroticism – Stability ใช้ Neuroticism Scale (N Scale)

Eysenck ได้ให้คำจำกัดความลักษณะบุคลิกภาพดังกล่าว ดังนี้

Extraversion หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่ชอบเข้าสังคม แสดงพฤติกรรมที่ไม่ได้ระมัดระวัง ชอบสนุกสนาน ไม่จำเจ มองโลกในแง่ดี แสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผย

Introversion หมายถึง ลักษณะบุคคลที่ชอบเก็บตัว แสดงพฤติกรรมที่เต็มไปด้วยความระมัดระวัง มีแผนการล่วงหน้า เอาจริงเอาจัง เจ้าระเบียบ ไม่แสดงอารมณ์ ไม่ชอบดูวาม อาจมองโลกในแง่ร้าย ไม่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

Neuroticism หมายถึงลักษณะบุคคลที่มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย คิดมาก มักมีความโน้มเอียงที่จะเป็นประสาทได้ง่าย เมื่อมีปัญหาสะท้อนอารมณ์ และมักมีการบ่น (Complain) ของอาการโรคทางกายที่เกิดจากความวิตกกังวล

Stability หมายถึงลักษณะบุคคลที่แสดงถึงที่แสดงถึงการมีอารมณ์มั่นคง หนักแน่น ตรงข้ามกับ Neuroticism

สมทรง สุวรรณเลิศ และคณะ ได้นำแบบทดสอบบุคลิกภาพ MPI ไปทดสอบกับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา และมหาวิทยาลัย 3 กลุ่ม คือ นักเรียนชั้น ม.ศ. 1-3 นักศึกษาฝึกหัดครูและนักศึกษาแพทย์ ปรากฏว่าค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีระดับใกล้เคียงกันมากทั้งใน Extraversion และ Neuroticism Scales ซึ่งผลที่ได้นี้อาจสรุปได้ว่าการทดสอบ MPI นี้ใช้ได้ทั้งในวัยรุ่นและกับผู้ใหญ่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษาสงขลา เพื่อเข้าไปเก็บข้อมูลในค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติดของวิทยาลัยอาชีวศึกษาสงขลา

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในทุกส่วนด้วยตนเองในค่ายฯ โดยการแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทำการทดสอบเชาวน์ปัญญาด้วยแบบทดสอบ Standard Progressive Matrics และแบบทดสอบบุคลิกภาพด้วยแบบทดสอบ MPI กับเยาวชนผู้เสพยาเสพติดทุกคนที่เข้าร่วมโครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) และหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) โดยใช้สูตรของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสูตรของ Spearman (Spearman's Rank Correlation Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ลักษณะทางครอบครัว ลักษณะปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหา
3. ประวัติการใช้สารเสพติด
4. ระดับเขาวนปัญญาและบุคลิกภาพ
5. การทดสอบสมมติฐาน

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเยาวชนผู้เสพสารเสพติดที่เข้าร่วมโครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติดของวิทยาลัยอาชีวสงขลา ในระหว่างวันที่ 14-22 กรกฎาคม 2544 จำนวนทั้งสิ้น 34 คน

เพศ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คือ มีจำนวน 32 คน (ร้อยละ 94.1) และเป็นเพศหญิง 2 คน (ร้อยละ 5.9)

อายุ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในช่วงอายุ 16-25 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 19.06 ปี โดยกลุ่มที่อยู่ในช่วงอายุ 18-19 ปีมีจำนวนมากที่สุด คือ 14 คน (ร้อยละ 41.1) รองลงมาคือกลุ่มที่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 20-25 ปี (ร้อยละ 32.4) และกลุ่มที่อยู่ในช่วงอายุ 16-17 ปี มีจำนวน 9 คน (ร้อยละ 26.5)

ศาสนา กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คือมีจำนวน 33 คน (ร้อยละ 97.1) มีเพียง 1 คนเท่านั้น (ร้อยละ 2.9) ที่นับถือศาสนาอิสลาม

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยนักศึกษาใน 2 ระดับชั้น คือ ปวช. และ ปวส. โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในระดับชั้น ปวช. มีจำนวน 22 คน (ร้อยละ 64.7) ส่วนกลุ่มที่ศึกษาอยู่ในระดับ ปวส. มีจำนวน 12 คน (ร้อยละ 35.3)

จำนวนพี่น้อง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 11 คน (ร้อยละ 32.4) มีจำนวนพี่น้อง 2 คน รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน (ร้อยละ 29.4) มีพี่น้อง 3 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน (ร้อยละ 23.5) มีพี่น้องตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน (ร้อยละ 14.7) เป็นลูกคนเดียว

ลำดับที่ในการเกิด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 14 คน (ร้อยละ 41.2) เป็นบุตรลำดับที่ 1 รองลงมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน (ร้อยละ 29.4) เป็นบุตรลำดับที่ 2 ส่วนอันดับ 3 มีจำนวนเท่ากัน 2 กลุ่ม คือ เป็นบุตรอันดับที่ 3 และอันดับที่ 4 ซึ่งมีจำนวนกลุ่มละ 4 คน (ร้อยละ 11.8)

อาชีพของบิดา กลุ่มตัวอย่างมีบิดาประกอบอาชีพค้าขาย / เจ้าของกิจการส่วนตัว และรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ จำนวนเท่ากัน คือ กลุ่มละ 8 คน (คิดเป็นกลุ่มละร้อยละ 23.6) รองลงมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน (ร้อยละ 17.6) มีบิดาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน (ร้อยละ 14.7) มีบิดาประกอบอาชีพทางการเกษตร กลุ่มตัวอย่าง 4 คน (ร้อยละ 11.8) มีบิดาประกอบอาชีพอื่นๆ และมีบิดาประกอบอาชีพลูกจ้างของเอกชน จำนวน 3 คน (ร้อยละ 8.8)

อาชีพของมารดา ในส่วนของมารดา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ 13 คน (ร้อยละ 38.2) มีมารดาประกอบอาชีพค้าขาย / เจ้าของกิจการส่วนตัว รองลงมา มีมารดา รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ และทำการเกษตร จำนวน 6 คน (ร้อยละ 17.7) เท่ากัน อันดับ 3 เท่ากันระหว่างอาชีพเป็นลูกจ้างเอกชนและว่างงาน คือ กลุ่มละ 3 คน (ร้อยละ 8.8) อันดับ 4 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.9) ที่มีมารดาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และมีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน (ร้อยละ 2.9) บอกว่าไม่ทราบข้อมูลของมารดา เพราะไม่ได้อยู่ด้วยกัน

ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 88.2) มีฐานะเศรษฐกิจปานกลาง รองลงมาจำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.9) มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.9) มีฐานะทางเศรษฐกิจยากจน และมีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน (ร้อยละ 2.9) บอกว่าไม่ทราบฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นอย่างไร เพราะไม่รู้จักรอบครัวเลย

ภูมิลำเนาเดิมของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 44.1) มีครอบครัวตั้งถิ่นฐานอยู่ในเขตเทศบาล รองลงมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คน (ร้อยละ 32.4) มีครอบครัวตั้งถิ่นฐานอยู่นอกเขตเทศบาลและไกลจากตัวเมือง ส่วนอันดับ 3 นั้น มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 คน (ร้อยละ 20.6) มีครอบครัวตั้งถิ่นฐานอยู่นอกเขตเทศบาลแต่ใกล้ตัวเมือง ส่วนอันดับสุดท้ายมีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน (ร้อยละ 2.9) ที่ไม่ทราบว่าครอบครัวตั้งถิ่นฐานอยู่ที่ไหน เพราะไม่รู้จักรอบครัวเลย

สถานที่พักในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 58.8) พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล รองลงมาจำนวน 8 คน (ร้อยละ 23.5) พักอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลห่างไกลตัวเมือง และมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 7.6) มีสถานที่พักในปัจจุบันอยู่นอกเขตเทศบาลแต่อยู่ใกล้เมือง

ลักษณะที่พักในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 64.7) พักอยู่บ้านส่วนตัว รองลงมาจำนวน 4 คน (ร้อยละ 11.8) อาศัยอยู่บ้านญาติ อันดับ 3 เท่ากันระหว่างบ้านเช่าอยู่กับเพื่อน และอาศัยบ้านคนอื่นอยู่ มีจำนวนกลุ่มละ 2 คน (ร้อยละ 5.9) นอกจากนั้นพักอยู่หอพักเอกชน ห้องแบ่งเช่า เช่าบ้านตามลำพัง และพักบ้านพักของราชการ

ลักษณะทางครอบครัว ลักษณะปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา

ตารางที่ 1 บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

บุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พ่อ-แม่	19	56.0
แม่	3	8.8
ญาติ	4	11.8
พี่	1	2.9
เพื่อน	6	17.6
แฟน	1	2.9
รวม	34	100

จากกลุ่มตัวอย่าง 34 คนมี 19 คน (ร้อยละ 56.0) อาศัยอยู่กับพ่อ-แม่ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 17.6) อาศัยอยู่กับเพื่อน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 11.8) อาศัยอยู่กับญาติ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 8.8) อาศัยอยู่กับแม่ และ 2 กลุ่มสุดท้าย มีจำนวนเท่ากัน คือ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.9) อาศัยอยู่กับพี่และแฟน

ตารางที่ 2 สถานภาพของบิดา-มารดา

สถานภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	21	61.8
อยู่ด้วยกันอย่างไม่ราบรื่น	1	2.9
หย่าร้างหรือแยกกันอยู่	9	26.5
บิดา/มารดาถึงแก่กรรม	3	8.8
รวม	34	100

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 61.8) มีบิดา-มารดาที่อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น รองลงมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน (ร้อยละ 26.5) มีบิดา-มารดาที่หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 8.8) มีบิดา/มารดาถึงแก่กรรม และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.9) บิดา-มารดา อยู่ด้วยกันอย่างไม่ราบรื่น

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ความสัมพันธ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รักใคร่กันดี	17	50.0
ขัดแย้งกันเป็นบางครั้ง	13	38.2
ขัดแย้งกันค่อนข้างบ่อย	3	8.8
ไม่เคยอยู่กับครอบครัว	1	2.9
รวม	34	100

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน มี 17 คน (ร้อยละ 50.0) ที่สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี รองลงมา จำนวน 13 คน (ร้อยละ 38.2) สมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้งกันเป็นบางครั้ง มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 3 คน (ร้อยละ 8.8) ที่สมาชิกในครอบครัวขัดแย้งกันค่อนข้างบ่อย และมีจำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.9) ที่รายงานว่าไม่เคยมีความสัมพันธ์กับครอบครัว เพราะอยู่ตัวคนเดียวมาตลอด

ตารางที่ 4 การอบรมในวัยเด็ก

การอบรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เข้มงวดมาก	4	11.8
ได้รับการอบรมที่ดีพอสมควร	29	85.3
ขาดการอบรม	1	2.9
รวม	34	100

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งมีจำนวนถึง 29 คน (ร้อยละ 85.3) บอกว่าได้รับการอบรมที่ดีพอสมควร มีจำนวนเพียง 4 คน (ร้อยละ 11.8) ที่บอกว่าได้รับการอบรมที่เข้มงวดมาก และมีจำนวน 1 คน รายงานว่าขาดการอบรมในวัยเด็ก เพราะถูกทิ้งอยู่ลำพังไม่ได้อยู่กับครอบครัว

ตารางที่ 5 สิ่ง que รู้สึกว่าขาดแคลนในวัยเด็ก

สิ่งที่ขาดแคลน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ความรักความอบอุ่นจากพ่อแม่	6	17.6
- ความเข้าใจจากครอบครัว	7	20.6
- การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว	3	8.8
- เงินทอง	10	29.4
- สิ่งอำนวยความสะดวก	10	29.4
- การอบรมสั่งสอนที่ดี	2	5.9
- ความสงบสุขในครอบครัว	6	17.6
- สุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง	8	23.5
- ขาดโอกาสในการใช้ชีวิตในวัยเด็กแบบเด็กอื่นๆ		
เนื่องจากต้องรับภาระเกินวัย	4	11.8
- ไม่รู้สึกที่ขาดแคลนใดๆ	10	29.4

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน (ร้อยละ 29.4) รายงานในประเด็นต่างๆ จำนวนเท่ากัน 3 ประเด็น คือ ไม่รู้สึกที่ขาดแคลนใดๆ ขาดแคลนเงินทอง และขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก รองลงมา มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน (ร้อยละ 23.5) รายงานว่าสิ่งที่ขาดแคลน คือ สุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 20.6) บอกว่าขาดความเข้าใจจากครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 17.6) รู้สึกที่สิ่งที่ขาดแคลน คือ ความสงบสุขในครอบครัว และในจำนวนที่เท่ากันนี้ บอกว่าขาดความรักความอบอุ่นจากพ่อแม่

ตารางที่ 6 การใช้สารเสพติดในครอบครัว

สมาชิกครอบครัวและสารเสพติดที่ใช้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พ่อใช้บุหรี่	16	47.1
พ่อใช้เหล้า	6	17.6
พ่อใช้กัญชา	1	2.9
พี่ใช้บุหรี่	7	20.6
พี่ใช้เหล้า	6	17.6
พี่ใช้กัญชา	1	2.9
ไม่มีใครใช้สารเสพติด	12	35.3

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 34 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน (ร้อยละ 47.1) มีพ่อใช้บุหรี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน (ร้อยละ 35.3) ไม่มีคนในครอบครัวใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 คน (ร้อยละ 20.6) มีพี่ใช้บุหรี่ ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีพ่อใช้เหล้า และกลุ่มที่มีพี่ใช้เหล้า ซึ่งมีจำนวนกลุ่มละ 6 (ร้อยละ 17.6) สำหรับการใช้กัญชาของพ่อและพี่นั้นมีจำนวนกลุ่มละ 1 คน (ร้อยละ 2.9)

ตารางที่ 7 ปัญหาที่มักทำให้ไม่สบายใจ

สภาพปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
เศรษฐกิจ / การเงิน	6	17.6
ครอบครัว	6	17.6
การเรียน	15	44.1
ความรัก	1	2.9
การติดยาเสพติด	4	11.8
อื่นๆ	2	5.9
รวม	34	100

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 34 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน (ร้อยละ 44.1) มีปัญหาที่มักทำให้ไม่สบายใจ คือ ปัญหาการเรียน รองลงมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน (ร้อยละ 17.6) มีปัญหาไม่สบายใจ คือ ปัญหาเศรษฐกิจและครอบครัว เท่ากัน อันดับ 3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน (ร้อยละ 11.8) มีปัญหาไม่สบายใจ คือ ปัญหาการติดยาเสพติด

ตารางที่ 8 วิธีจัดการกับปัญหา

วิธีจัดการกับปัญหา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เก็บไว้คิดตามลำพัง	20	58.8
ปรึกษากับผู้อื่น	9	26.5
ไปทำกิจกรรมอื่นๆ	3	8.8
อื่นๆ	2	5.9
รวม	34	100

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน (ร้อยละ 58.8) นั้นเมื่อมี ปัญหาไม่สบายใจใช้วิธีการจัดการกับปัญหาโดยเก็บไว้คิดตามลำพัง รองลงมาซึ่งมีจำนวนต่างกันมาก คือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 26.5) ใช้วิธีการจัดการกับปัญหา โดยปรึกษากับผู้อื่น อันดับ 3 มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 8.8) ใช้วิธีการจัดการกับปัญหาโดยไปทำกิจกรรมอื่นๆ

ประวัติการใช้สารเสพติด

ตารางที่ 9 สารเสพติดที่ใช้ครั้งแรก

สารเสพติด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุหรี	28	82.4
เหล้า	4	11.8
กัญชา	1	2.9
ใช้พร้อมกัน	1	2.9
รวม	34	100

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 82.4) นั้นใช้ บุหรีเป็นสารเสพติดชนิดแรก อันดับ 2 ซึ่งมีจำนวนต่างกันมาก คือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 11.8) ใช้เหล้าเป็นสารเสพติดชนิดแรก อันดับ 3 มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 คน (ร้อยละ 2.9) เท่านั้น ใช้ กัญชาเป็นสารเสพติดชนิดแรก และมีกลุ่มตัวอย่าง อีก 1 คน (ร้อยละ 2.9) ใช้สารเสพติดครั้งแรก ร่วมกัน 2 ชนิด

ตารางที่ 10 อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดชนิดแรก

อายุ (ปี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
10-13	12	35.3
14-17	20	58.8
18 ปีขึ้นไป	2	5.9
รวม	34	100

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรกอยู่ใน ช่วงอายุ 14-17 ปี มีจำนวน 20 คน (ร้อยละ 58.8) รองลงมาใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรกเมื่อมีอายุอยู่

ในช่วง 10-13 ปี (ร้อยละ 35.3) และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.9) ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรกเมื่ออายุ 18 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 11 สารเสพติดที่ใช้เป็นชนิดที่สอง

สารเสพติด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหล้า	13	38.2
บุหรี	5	14.7
กัญชา	7	20.6
ยาบ้า	6	17.6
ยาแก้ไอ	2	5.9
ไม่ได้ใช้	1	2.9
รวม	34	100

จากกลุ่มตัวอย่าง 34 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 38.2) ใช้เหล้าเป็นสารเสพติดชนิดที่สอง รองลงมา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 20.6) ใช้กัญชาเป็นสารเสพติดชนิดที่สอง อันดับ 3 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 17.6) ใช้ยาบ้าเป็นสารเสพติดชนิดที่สอง อันดับ 4 กลุ่มตัวอย่าง 5 คน (ร้อยละ 14.7) ใช้บุหรีเป็นสารเสพติดชนิดที่สอง และอันดับ 5, 6 กลุ่มตัวอย่าง ใช้ยาแก้ไอเป็นสารเสพติดชนิดที่สอง (ร้อยละ 5.9) กลุ่มตัวอย่าง เพียง 1 คน (ร้อยละ 2.9) ตอบว่าไม่ใช้สารเสพติดชนิดที่สอง

ตารางที่ 12 อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดชนิดที่สอง

อายุ (ปี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ใช้	1	2.9
10-13	6	17.7
14-17	23	66.6
18 ปีขึ้นไป	4	11.8
รวม	34	100

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ จำนวน 23 คน (ร้อยละ 66.6) เริ่มใช้สารเสพติดชนิดที่สองเมื่ออายุอยู่ในช่วง 14-17 ปี โดยกลุ่มรองลงมา ซึ่งมีจำนวน

ต่างกันมาก คือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน (ร้อยละ 17.7) เริ่มใช้สารเสพติดชนิดที่สองเมื่อมีอายุอยู่ในช่วง 10-13 ปี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน (ร้อยละ 11.8) เริ่มใช้สารเสพติดชนิดที่สองเมื่ออายุ 18 ปีขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่าง 1 คน (ร้อยละ 2.9) รายงานว่าไม่ได้ใช้สารเสพติดชนิดที่สอง

ตารางที่ 13 สารเสพติดที่ใช้เป็นชนิดที่สาม

สารเสพติด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหล้า	3	8.8
กัญชา	10	29.4
ยาบ้า	10	29.4
อื่นๆ	1	2.9
ไม่ได้ใช้	10	29.4
รวม	34	100

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน พบว่ามี 3 กลุ่ม มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน คือ กลุ่มละ 10 คน (ร้อยละ 29.4) ที่ใช้สารเสพติดชนิดที่สามเป็นกัญชา ยาบ้า และไม่ได้ใช้สารเสพติดชนิดที่สาม โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 3 คน (ร้อยละ 8.8) ที่ใช้เหล้าเป็นสารเสพติดชนิดที่สาม

ตารางที่ 14 อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดชนิดที่สาม

อายุ (ปี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ได้ใช้	10	29.4
10-13	2	5.9
14-17	16	47.1
18 ปีขึ้นไป	6	17.6
รวม	34	100

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน (ร้อยละ 47.1) เริ่มใช้สารเสพติดชนิดที่สามเมื่ออายุอยู่ในช่วง 14-17 ปี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 29.4) ไม่ใช้สารเสพติดชนิดที่สาม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 17.6) เริ่มใช้สารเสพติดชนิดที่สามเมื่อมีอายุอยู่ 18 ปีขึ้นไป และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 คน (ร้อยละ 5.9) ที่เริ่มใช้สารเสพติดชนิดที่สามเมื่ออายุ 10-13 ปี

ตารางที่ 15 สาเหตุที่เสพสารเสพติดครั้งแรก

สาเหตุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อยากลอง	13	38.2
เพื่อนชวน	1	2.9
มีเรื่องไม่สบายใจ	4	11.8
เพื่อความสนุกสนาน	11	32.4
เลียนแบบจากสื่อ	1	2.9
อื่นๆ	4	11.8
รวม	34	100

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 34 คน มีจำนวน 13 คน (ร้อยละ 38.2) บอกว่าใช้สารเสพติดครั้งแรกเพราะอยากลอง รองลงมา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 32.4) ใช้สารเสพติดครั้งแรกเพื่อความสนุกสนาน อันดับ 3 จำนวน 4 คน (ร้อยละ 11.8) บอกว่าใช้สารเสพติดครั้งแรก เพราะมีเรื่องไม่สบายใจ และสาเหตุอื่นๆ เป็นจำนวนเท่ากัน

ระดับเชาวน์ปัญญาและบุคลิกภาพ

ตารางที่ 16 ระดับเชาวน์ปัญญา

ระดับเชาวน์ปัญญา	IQ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ฉลาดมาก	120 – ขึ้นไป	1	2.9
ฉลาด	110-119	9	26.5
ปานกลาง	90-109	24	70.6
รวม		34	100

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 34 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน (ร้อยละ 70.6) มีเชาวน์ปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มที่สอง ซึ่งมีจำนวนต่างกันมาก คือ มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 9 คน (ร้อยละ 26.5) ที่มีเชาวน์ปัญญาอยู่ในระดับฉลาด และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 คน (ร้อยละ 2.9) เท่านั้น ที่มีเชาวน์ปัญญาอยู่ในระดับฉลาดมาก

ตารางที่ 17 ระดับเซวอนปัญญาและบุคลิกภาพ

แบบทดสอบ	จำนวน (คน)	Mean	Standard Deviation
SPM	34	108.59	5.67
MPI			
- N Scale	34	25.97	10.95
- E Scale	34	26.67	7.33

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเซวอนปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 108.59$) มีลักษณะบุคลิกภาพใน N Scale เป็นแบบ Neuroticism คือ อารมณ์อ่อนไหวง่าย ใน E Scale เป็นแบบ Extraversion คือ ชอบเข้าสังคม

การทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์ในส่วนนี้เป็นการทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ เพื่อหาคำตอบว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัว คือ จำนวนพี่น้อง ลำดับการเกิด อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับระดับเซวอนปัญญาและบุคลิกภาพของกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ และระดับเซวอนปัญญาที่มีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพของกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ โดยการทดสอบสมมติฐาน มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลำดับที่ในการเกิด อายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรก บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) และบุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) กับระดับเซวอนปัญญา

ตัวแปร	ระดับเซวอนปัญญา	P-value
ลำดับที่ในการเกิด	.04	.840
อายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรก	-.39 *	.022
E Scale	.10	.567
N Scale	-.02	.929

จากตาราง พบว่า อายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรกนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับเซวอนปัญญาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น.05 กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรกมาก จะมีระดับเซวอนปัญญาต่ำ (แต่อย่างไรก็ดี ความสัมพันธ์ = -.39 เป็นค่าที่อยู่ในช่วงต่ำ)

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างจำนวนพี่น้อง ลำดับที่ในการเกิด อายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรก และระดับเขาวงมณีปัญญา กับบุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale)

ตัวแปร	N Scale	P-value
จำนวนพี่น้อง	-.11	.536
ลำดับที่ในการเกิด	-.22	.208
อายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรก	-.29	.092
ระดับเขาวงมณีปัญญา	-.02	.929

จากตาราง พบว่า จำนวนพี่น้อง ลำดับที่ในการเกิด อายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรก และระดับเขาวงมณีปัญญา กับบุคลิกภาพด้านอารมณ์ (N Scale) นั้นไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างจำนวนพี่น้อง ลำดับที่ในการเกิด อายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรก และระดับเขาวงมณีปัญญา กับบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale)

ตัวแปร	E Scale	P-value
จำนวนพี่น้อง	-.06	.752
ลำดับที่ในการเกิด	.03	.874
อายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรก	.03	.868
ระดับเขาวงมณีปัญญา	.10	.567

จากตาราง พบว่า จำนวนพี่น้อง ลำดับที่ในการเกิด อายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรก และระดับเขาวงมณีปัญญา กับบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม (E Scale) ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น .05

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาถึงระดับเชาวน์ปัญญาและลักษณะบุคลิกภาพของเยาวชน รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับเชาวน์ปัญญาและลักษณะบุคลิกภาพของเยาวชนในค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนผู้ติดยาเสพติดของวิทยาลัยอาชีวศึกษาสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ เยาวชนผู้เสพสารเสพติดทุกคนที่เข้าร่วมโครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติดของวิทยาลัยอาชีวศึกษาสงขลา ระหว่างวันที่ 14-22 กรกฎาคม 2544 ณ ค่ายพระปกเกล้า (กองพันทหารปืนใหญ่ที่ 5) อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา จำนวน 34 คน เป็นเพศชาย 32 คน และเพศหญิง 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและตัวแปรต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา จำนวนพี่น้อง ลำดับที่ในการเกิด อาชีพของบิดามารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ภูมิลำเนาเดิมของครอบครัว สถานที่พักและลักษณะที่พักในปัจจุบัน ลักษณะทางครอบครัว ลักษณะปัญหาวิธีจัดการกับปัญหา และประวัติการใช้สารเสพติด

2. แบบทดสอบเชาวน์ปัญญา Standard Progressive Matrices (SPM)

3. แบบทดสอบบุคลิกภาพ MPI (Maudsley Personality Inventory) การทดสอบแบบนี้ใช้สำหรับประเมินบุคลิกภาพที่แสดงออกใน 2 ด้าน คือ

- 3.1. ด้านพฤติกรรม Extraversion – Introversion ใช้ Extraversion Scale (E Scale)

- 3.2. ด้านอารมณ์ Neuroticism Stability ใช้ Neuroticism Scale (N Scale)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) โดยใช้สูตรของ Pearson

(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสูตรของ Spearman (Spearman's Rank Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพศชายจำนวน 32 คน (ร้อยละ 94.1) เป็นเพศหญิง 2 คน (ร้อยละ 5.9) กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 16-25 ปี โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.1) มีอายุอยู่ในช่วง 18-19 ปี สำหรับการนับถือศาสนา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 คน (ร้อยละ 97.1) นับถือศาสนาพุทธ

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับ ปวช. (ร้อยละ 64.7) สำหรับจำนวนพี่น้องในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 32.4) มีจำนวนพี่น้อง 2 คน และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.2) เป็นลูกลำดับที่ 1

อาชีพของบิดานั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 23.6) มีบิดาประกอบอาชีพค้าขาย/เจ้าของกิจการส่วนตัว และรับราชการ / รัฐวิสาหกิจเท่ากัน ส่วนอาชีพของมารดานั้นส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 38.2) มีมารดาประกอบอาชีพค้าขาย / เจ้าของกิจการส่วนตัว และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.2) รายงานว่าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

ภูมิลำเนาของครอบครัวนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.1) มีครอบครัวตั้งถิ่นฐานอยู่ในเขตเทศบาล และในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.8) พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล โดยพักอาศัยอยู่ในบ้านส่วนตัว

2. ลักษณะทางครอบครัว ลักษณะปัญหา และวิธีจัดการกับปัญหา

สำหรับสถานภาพของบิดา-มารดาของกลุ่มตัวอย่างนั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.8) อาศัยอยู่กันอย่างราบรื่น และคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์รักใคร่กันดี รวมทั้งได้รับการอบรมในวัยเด็กที่ดีพอสมควร สำหรับสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกขาดแคลนในวัยเด็ก คือ เงินทอง สิ่งอำนวยความสะดวก และไม่รู้สึกรู้ว่าขาดแคลนใดๆ เป็นจำนวนเท่ากันทั้ง 3 กลุ่ม

ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.0) อาศัยอยู่กับพ่อแม่

สำหรับการใช้สารเสพติดในครอบครัวนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.1) บอกว่าบิดา ใช้บุหรี่ และปัญหาที่มักทำให้ไม่สบายใจของกลุ่มตัวอย่าง คือ ปัญหาการเรียน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จัดการกับปัญหาโดยเก็บไว้คิดตามลำพัง

3. ประวัติการใช้สารเสพติด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.4) ใช้สารเสพติดครั้งแรก คือ บุหรี่ เมื่ออายุอยู่ในช่วง 14-17 ปี ใช้สารเสพติดชนิดที่สอง คือ เหล้า เมื่ออายุ 14-17 ปี และใช้สารเสพติดชนิดที่สาม เป็นกัญชา และยาบ้า ในจำนวนที่เท่ากัน ในช่วงอายุ 14-17 ปีเช่นเดียวกัน โดยส่วนใหญ่ใช้สารเสพติด (ไม่นับรวม เหล้า / บุหรี่) ครั้งแรก เพราะอยากลอง

4. ระดับเซาวน์ปัญญาและบุคลิกภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเซาวน์ปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง (IQ = 90-109) โดยมี IQ เฉลี่ย คือ 108.59

บุคลิกภาพของกลุ่มตัวอย่างด้านพฤติกรรม ปรากฏว่า โดยภาพรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างมี ลักษณะชอบเข้าสังคม ส่วนบุคลิกภาพของกลุ่มตัวอย่างด้านอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะ อารมณ์อ่อนไหวง่าย

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนพี่น้อง ลำดับที่ในการเกิด อายุที่ใช้สารเสพติด เป็นครั้งแรก และระดับเซาวน์ปัญญากับบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนพี่น้อง ลำดับที่ในการเกิด อายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรก และระดับเซาวน์ปัญญากับบุคลิกภาพด้านอารมณ์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลำดับที่ในการเกิด อายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรก บุคลิกภาพด้านพฤติกรรม และบุคลิกภาพด้านอารมณ์ กับระดับเซาวน์ปัญญา พบว่า อายุที่ใช้สาร เสพติดเป็นครั้งแรกมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับเซาวน์ปัญญา นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุใช้สาร เสพติดครั้งแรกมากจะมีระดับเซาวน์ปัญญาต่ำ

การอภิปรายผล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในประเด็นของลำดับการเกิดนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นลูกคนที่ 1 ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของลักษณะ ต้นตาลีปีกร และนัยพินิจ คชภักดี (2541) ที่พบว่าคนที่ติดยาเสพติดชนิดเฮโรอีนในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดนั้นส่วนใหญ่เป็นบุตรคนกลางๆ แต่สอดคล้องกับงานวิจัยของชัยวัฒน์ วงษ์อาษา และคณะ (อ้างในลักษณะ ต้นตาลีปีกร และนัยพินิจ คชภักดี, 2541 : 30) กล่าวว่า คนติดยาเสพติดจะเป็นบุตรคนสุดท้องและคนโต ทั้งนี้เป็นเพราะว่าลูกคนโตและลูกคนสุดท้องจะได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษ ทำให้เป็นคนที่มีกทำอะไรมตามใจตนเอง มีการควบคุมตนเองน้อย จึงได้เกิดโอกาสไปใช้สารเสพติดได้มากกว่าลูกคนกลางๆ

ส่วนอาชีพของบิดากลุ่มตัวอย่าง คือ ค้าขาย / เจ้าของกิจการส่วนตัว และรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ และอาชีพของมารดากลุ่มตัวอย่าง คือ ค้าขาย / เจ้าของกิจการส่วนตัว ซึ่งใกล้เคียงกับการวิจัยของชัยวัฒน์ วงษ์อาษา และคณะ (อ้างในลักษณะ ต้นตาลีปีกร และนัยพินิจ คชภักดี, 2541 : 30) ที่ว่า บิดา-มารดาของผู้ติดยาเสพติดจะมีอาชีพทำการค้าขายและเป็นกรรมกร

2. ลักษณะทางครอบครัว ลักษณะปัญหา และวิธีจัดการกับปัญหา

ลักษณะทางครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดามารดา โดยที่บิดามารดาอยู่อาศัยด้วยกันอย่างราบรื่น และสมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี และประเมินการอบรมที่ได้รับในวัยเด็กว่าได้รับการอบรมที่ดีพอสมควร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลักษณะ ต้นตาลีปีกร และนัยพินิจ คชภักดี (2541) ที่พบว่า บิดามารดาของผู้ติดยาเสพติดนั้นอยู่กันอย่างราบรื่น รวมทั้งตรงกับงานวิจัยของโสภา ชูพิกุลชัย ชปิลมัทน์ และคณะ (2533) ที่ว่า เด็กและเยาวชนที่ติดยาเสพติดส่วนใหญ่ บิดามารดาสมรสและอยู่ด้วยกัน ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดที่ว่าเด็กและเยาวชนที่ติดยาเสพติดมักมาจากครอบครัวที่แตกแยก พ่อแม่แยกทางกัน ดังนั้นจึงอาจตั้งข้อสังเกตได้ว่า แม้ในครอบครัวที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ก็ไม่สามารถเลี้ยงดูและป้องกันให้ลูกพ้นจากการติดยาเสพติดได้ เราจึงควรตระหนักและเห็นความสำคัญของการประเมินประสิทธิภาพในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของผู้เป็นบิดามารดาอย่างจริงจัง ไม่ใช่เพียงเลี้ยงดูให้เติบโตทางร่างกายเท่านั้น

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ร้อยละ 47.1 รายงานว่าบิดาใช้บุหรี่ ซึ่งตรงกับการศึกษาของวาสนา พัฒนกำจร (2541) ที่พบว่านักเรียน นักศึกษา ที่ใช้ยาบ้า นั้นมีบุคคลในครอบครัวและเพื่อนใช้สารเสพติด และสอดคล้องกับงานวิจัยของน้ำเพชร ชาญญิณูญ และคณะ (อ้างในวันชัย ธรรมสังการ

และคณะ, 2541 : 29) ที่บอกว่า การมีบุคคลที่ติดสารเสพติดในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กและเขาวนในเขตอุตสาหกรรมระเหย และมีผลการศึกษาในทำนองเดียวกันของปีทมา ศิริเวช และคณะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาสภาพครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูวัยรุ่นที่ทำผิดกฎหมายในคดีลักทรัพย์ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ใช้สารเสพติด และพกพาอาวุธปืนในที่สาธารณะ พบว่า สมาชิกครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 69.8

การจัดการกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ เก็บไว้คิดตามลำพัง ซึ่งตรงกับการศึกษาของชยันตร์ธร ปทุมานนท์ และคณะ (2542) ซึ่งศึกษาลักษณะทางจิตสังคมที่คาดคะเนการติดสารเสพติด พบว่าการเก็บปัญหาไว้คิดตามลำพังจะนำไปสู่การติดสารเสพติดแอมเฟตามีน เนื่องจากการเก็บปัญหาไว้คิดตามลำพัง หรือขาดความสามารถในการแก้ปัญหา มีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการแก้ปัญหาในรูปแบบอื่นๆ เช่น การนำปัญหาไปพูดคุยกับผู้อื่นหรือไปทำกิจกรรมอื่นๆ

3. ประวัติการใช้สารเสพติด

การเสพยาเสพติดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เสพยาเสพติด ยาบ้า กัญชา และยาแก้ไอ (ที่มีส่วนผสมของโคเดอีน) เริ่มใช้บุหรี่เป็นสารเสพติดครั้งแรก และใช้สุราเป็นสารเสพติดที่สอง ซึ่งตรงกับคำกล่าวของทรงเกียรติ ปิยะกะ (2540) ที่กล่าวว่า บุหรี่เป็นยาเสพติดด่านแรก เมื่อสูบจนติดแล้วมักจะชักนำเขาวนนั้นให้หันไปสนใจยาเสพติดตัวอื่นๆต่อไป และเขาวนที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสติดยาเสพติดชนิดอื่นๆได้มากกว่าเขาวนที่ไม่สูบบุหรี่ได้ถึง 10 เท่า หรือมากกว่านั้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของวันชัย ธรรมสังการ และคณะ (2541) ที่พบว่า ลำดับการเสพยาหรือสารเสพติดของผู้ติดยาเสพติดทุกคนจะเริ่มจากการสูบบุหรี่ และมีอีกจำนวนหนึ่งจะดื่มสุราในเวลาต่อมา จากนั้นจะเริ่มสูบกัญชาและเฮโรอีนในที่สุด นอกจากนี้ ผจงจิต อินทุสุวรรณ และคณะ (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการติดยาเสพติดของเขาวน โดยพบว่า ผู้ที่ติดเฮโรอีน ส่วนใหญ่จะเคยเสพยาเสพติดชนิดอื่นที่นอกเหนือจากเฮโรอีนมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ บุหรี่ กัญชา และสุรา หรือเครื่องดื่มประเภทที่มีแอลกอฮอล์ผสม

ดังนั้นแม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาในกลุ่มผู้เสพยาไม่ใช่ผู้ติดยาเสพติด แต่ก็สามารถกล่าวได้ว่ารูปแบบการเข้าสู่วงจรการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่ได้แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆที่ได้กล่าวมาแล้ว ฉะนั้นจึงเป็นข้อสนับสนุนอีกครั้งหนึ่งที่ว่า การป้องกันการติดยาหรือสารเสพติดของเด็กและเขาวนที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เด็กและเขาวนสูบบุหรี่ เพราะการติดบุหรี่จะเป็นตัวนำไปสู่การเสพยาหรือสารเสพติดประเภทอื่นต่อไป

สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ออยากลอง ซึ่งตรงกับการวิจัยของผจญจิต อินทสุวรรณ และคณะ (2539) ที่พบว่าสาเหตุการเสพยาครั้งแรกของกลุ่มผู้ติดยาส่วนใหญ่มาจากการอยากลอง ซึ่งความอยากลองนี้เป็นลักษณะที่สำคัญของวัยรุ่น ดังนั้นจึงทำให้เกิดปัญหาการอยากลองใช้ยาเสพติด

4. ระดับเชาวน์ปัญญาและลักษณะบุคลิกภาพ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 108.59$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจรรยาพร ปัญจะวัฒน์ (2540) ที่พบว่าความสามารถทางเชาวน์ปัญญาของกลุ่มติดยาเสพติดซ้ำและกลุ่มไม่ติดยาเสพติดซ้ำต่างอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย (Average) คือ กลุ่มติดยาเสพติดซ้ำมีคะแนนเฉลี่ย 96.61 ส่วนกลุ่มไม่ติดยาเสพติดซ้ำมีคะแนนเฉลี่ย 98.23 และมีการวิจัยทำนองเดียวกัน คือ สมัย ศรีทองถาวร (2541) ที่ศึกษาระดับเชาวน์ปัญญาของเด็กและเยาวชนในสถานแรกรับของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ซึ่งส่วนใหญ่กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติยาเสพติด พบว่า เชาวน์ปัญญาของเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($IQ = 90-109$) ส่วนงานวิจัยของลักษณะ ดันตีสปีกร และนัยพินิจ คุชภักดี (2541) ที่ศึกษาระดับเชาวน์ปัญญาและบุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดชนิดเฮโรอีนในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พบว่า ระดับเชาวน์ปัญญาของผู้ติดยาเสพติดดังกล่าว โดยเฉลี่ยเท่ากับ 112 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่มีเชาวน์ปัญญาระดับฉลาด

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้อาจจะสรุปได้ว่าการศึกษาของเด็กและเยาวชนเสพยาหรือติดยาเสพติดนั้น อาจมิได้เป็นเพราะเชาวน์ปัญญาต่ำ ถูกชักจูงได้ง่าย แต่อาจจะมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ขาดทักษะชีวิต ขาดความยับยั้งชั่งใจ เป็นต้น

ในส่วนของคุณลักษณะบุคลิกภาพของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เป็นบุคลิกภาพแบบ Neurotic – Extraversion ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสังข์ สุวรรณเลิศ (อ้างในจรรยาพร ปัญจะวัฒน์, 2540 : 23) ซึ่งได้ศึกษาบุคลิกภาพของผู้ป่วยติดยาเสพติดชายไทยของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ด้วยแบบทดสอบบุคลิกภาพ MPI พบว่า ผู้ป่วยติดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบ Neurotic – Extraversion และ Neurotic – introversion

นอกจากนี้งานวิจัยของจรรยาพร ปัญจะวัฒน์ (2540) ที่ศึกษาเปรียบเทียบบุคลิกภาพจาก MPI ของกลุ่มติดยาเสพติดซ้ำและกลุ่มไม่ติดยาเสพติดซ้ำในผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาครบขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบชุมชนบำบัดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ พบว่า ในกลุ่มที่

ติดยาเสพติดซ้ำมีบุคลิกภาพแบบ Neurotic - introversion และในกลุ่มไม่ติดยาเสพติดซ้ำนั้น มีบุคลิกภาพแบบ Neurotic - Extraversion ซึ่งลักษณะบุคลิกภาพแบบ Extraversion นั้นเป็นลักษณะของบุคคลที่ชอบเข้าสังคม ทำอะไรไม่ใคร่ระมัดระวังตัว ชอบกิจกรรมที่ให้ความคิดเห็น สนุกสนาน ร่าเริง ไม่จำเจ มองโลกในแง่ดี เป็นคนที่แสดงอารมณ์และความรู้สึกได้อย่างเปิดเผย ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีบุคลิกภาพแบบ Neurotic - Extraversion อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้เสพยาเสพติดเท่านั้น ยังไม่ใช่กลุ่มผู้ติดยาเสพติดจริงๆ ซึ่งต่อไปกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ อาจจะได้พัฒนาไปสู่การติดยาได้ เพราะคนที่มีบุคลิกภาพแบบ Extraversion จะกล้าเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง ชอบเข้าสังคม ทำให้มีโอกาสที่จะหาเพื่อนใหม่ได้ง่าย ไม่ค่อยมีปัญหาการปรับตัวมากนัก อย่างไรก็ตาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ได้พัฒนาไปสู่การเป็นผู้ติดยาเสพติด เมื่อพิจารณาจากงานของจรรยาพร ปัญจะวัฒน์แล้ว อาจบอกได้ว่ากลุ่มที่มีบุคลิกภาพแบบ Extraversion นี้มีโอกาสจะไม่ติดยาเสพติดซ้ำมากกว่ากลุ่มที่มีบุคลิกภาพแบบ introversion

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับระดับเซวาร์ปัญญาและบุคลิกภาพ ส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นอายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรกเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับเซวาร์ปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายถึง อายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรกนั้นเป็นปฏิภาคกับระดับเซวาร์ปัญญา นั่นคือ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรกมากขึ้นนั้นกลับมีระดับเซวาร์ปัญญาต่ำลง ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การทดลองใช้สารเสพติดครั้งแรกในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นนั้นอาจเกิดจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของวัยรุ่น ซึ่งยังมีอายุน้อย มีประสบการณ์ชีวิตน้อย แต่ในกลุ่มที่มาทดลองใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรกในวัยที่มากกว่านั้น (วัยรุ่นตอนปลาย) อาจเป็นเพราะระดับเซวาร์ปัญญาที่ไม่สูงนัก เพราะเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตที่มากกว่า แต่ยังไม่สามารถไตร่ตรองและควบคุมตนเองได้ กลับมาพลาด ทดลองใช้สารเสพติดเหมือนเด็กวัยรุ่นตอนต้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งพบว่าเยาวชนกลุ่มเสพยาเสพติดนี้มีระดับเซวาร์ปัญญาปานกลาง มีบุคลิกภาพแบบ Neurotic - Extraversion แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะอารมณ์อ่อนไหวง่าย คิดมาก มักมีความโน้มเอียงที่จะเป็นโรคประสาทได้ง่ายเมื่อมีปัญหากระทบอารมณ์ ดังนั้นเราคงไม่ต้องกังวลถึงปัญหาเด็กจะถูกชักจูงให้เสพยาเสพติดเพราะมีระดับเซวาร์ปัญญาต่ำมากเท่ากับปัญหาบุคลิกภาพของเด็ก เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดยาเสพติดของเด็กและเยาวชนต่อไป จึงขอเสนอแนะดังนี้

1. การป้องกันแก้ไขที่ตัวเด็ก

- ฝึกให้เด็กเป็นคนที่มีความอดทนที่หนักแน่นมั่นคง สุขุมมากขึ้น
- ให้เด็กได้เห็นคุณค่าของตัวเอง เน้นความสำคัญของการสร้างเป้าหมายในชีวิต

และเกิดทักษะในการเผชิญปัญหา

- ให้เด็กได้มีโอกาสทำกิจกรรมสร้างสรรค์ที่ตรงกับความต้องการและความถนัด

2. การป้องกันแก้ไขที่ครอบครัว

- บิดามารดาจำเป็นต้องพยายามเรียนรู้ร่วมกันที่จะพัฒนาทักษะความสามารถในการรู้จักตนเองจากการประเมินตนเอง โดยทำตนเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เด็กและเยาวชนในการพัฒนาคุณสมบัติที่สำคัญนี้

- จากรายงานวิจัยจำนวนมากที่ระบุว่าบิดามีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดของบุตร เช่น บิดาติดยา บิดาตีบุตร บิดาไม่รับผิดชอบครอบครัว บิดาไม่เป็นตัวอย่างที่ดี บิดาปล่อยหน้าที่การอบรมดูแลบุตรให้เป็นภาระของมารดาเพียงคนเดียว ฯลฯ ทำให้เห็นว่า การป้องกันแก้ไขที่สำคัญของครอบครัวนั้นต้องเน้นให้บิดาตระหนักถึงบทบาทความรับผิดชอบของตนต่อครอบครัว ควบคุมดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิดให้ความรัก ความอบอุ่นแก่บุตร รวมทั้งรู้จักให้อภัยในความผิดพลาดของบุตรด้วย

3. การป้องกันแก้ไขในโรงเรียน เนื่องจากครูและโรงเรียนเป็นอีกส่วนหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในชีวิตของเด็กและเยาวชน ดังนั้น ครูจึงควรเป็นผู้มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ และมีความตั้งใจที่จะช่วยอบรมสั่งสอนศิษย์ให้มีการพัฒนาทั้งด้านวิชาการและจิตใจอย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2540). คู่มือจิตวิทยาคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย.

ขนาน หัสศิริ (2534). ศึกษาเกี่ยวกับภูมิหลังและภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนที่เป็นคนเร่ร่อน
ในสายตาครู-อาจารย์. รายงานวิจัย โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่.

จตุพร ปัญจะวัฒน์ (2540). ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาครบ
ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบชุมชนบำบัด โรงพยาบาลธัญญารักษ์. รายงานวิจัย
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ และคณะ (2541). ลักษณะทางจิตสังคมที่คาดคะเนการติดยาเสพติด. วารสาร
จิตวิทยาคลินิก, 2541, ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม : 1-12.

ทรงเกียรติ ปิยะกะ (2540). ยืมผู้เรียนรู้ยาเสพติด. (พิมพ์ครั้งแรก) กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มติชน.

ธงชัย อุ่นเอกลาภ (2544). การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ปัทมา ศิริเวช และคณะ. สภาพครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูวัยรุ่นที่ทำผิดกฎหมาย. วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2541, ปีที่ 43 ฉบับที่ 3 : 217-224.

ผจงจิต อินทสุวรรณ และคณะ (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการติดยาเสพติดของเขาวน.
รายงานวิจัยของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ (ม.ป.ป.). คู่มือวิทยากรโครงการค่ายเขาวนต้นกล้า. เอกสารอ่านประกอบ
สำหรับวิทยากร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ลักขณา ตันดีลีปกร และนัยพินิจ คชภักดี. การศึกษาระดับเขาวนปัญญาและบุคลิกภาพของผู้ติดยา
เสพติดชนิดเฮโรอีนในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. วารสารจิตวิทยาคลินิก,
2541, ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 : 16-33.

วันชัย ธรรมสังการ และคณะ (2541). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดยาและสารเสพติดของผู้ป่วยในศูนย์-
บำบัดรักษาเสพติดภาคใต้. รายงานวิจัยฉบับที่ 1 ของศูนย์วิจัยพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการ
พัฒนา ภาควิชาสัตตศึกษา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วาสนา พัฒนกำจร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของนักเรียน นักศึกษาในจังหวัดราชบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2541, ปีที่ 43 ฉบับที่ 4 : 345-356

วิจารณ์ วิชยยะ. วิจัยร่วมกับปัญหาสังคมและอาชญากรรม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2515, ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 เมษายน : 139-165.

สุชาติ เลาบริพัตร (2541). แนวทางการป้องกันและการบำบัดรักษานักเรียนที่ติดยาบ้า (Amphetamine) ใน คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคากระบาดของยาบ้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมัย ศิริทองถาวร. ปัญหาพฤติกรรมทางสังคมและเซาวนปัญญาของเด็กและเยาวชนสถานแรกรับในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนภาคเหนือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2541, ปีที่ 43 ฉบับที่ 2 : 120-128.

ภาคผนวก

โครงการ

ค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติด

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กรมอาชีวศึกษาร่วมกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์

หลักการและเหตุผล

ปัญหาติดยาเสพติดเป็นปัญหาที่เรื้อรังมานาน นับวันยิ่งน่าวิตก ทั้งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการขยายตัวอย่างไร้ขอบเขต การเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการกระทำของคน ก่อให้เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบน หันไปเป็นคนก้าวร้าว เล่นการพนัน ดื่มสุรา และยาเสพติด จำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลของจำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ระหว่างปี 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 จากสถิติการสมัครใจเข้ารับการรักษาการติดยาของนักเรียน นักศึกษาในช่วงปี 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 ยาไอซ์ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นโทษต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยผลต่อตนเอง คือ สุขภาพทรุดโทรม อ่อนแอ เสียบุคลิกภาพ ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง สำหรับนักเรียนก็มีผลกระทบต่อการศึกษา มักพบว่าผลการเรียนต่ำลง เนื่องจากมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น หลบหนีการเรียน แต่งกายผิดระเบียบ พกพาอาวุธ เข้าสถานที่ที่ไม่เหมาะสม จับกลุ่มมั่วสุม ประพฤติตนทำนองชั่วช้า นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีผลกระทบต่อเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนในการใช้สารเสพติดในสถานศึกษา คือ ถูกชักจูงให้ใช้สารเสพติด ทำให้เรียนไม่รู้เรื่อง เนื่องจากถูกกลุ่มเด็กที่ใช้สารเสพติดรบกวน ก่อความรำคาญ ถูกรีดไถ ชูเชื้อ และเป็นแบบอย่างที่ไม่ดีต่อเด็กอื่นๆ

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินการแก้ไขปัญหา ซึ่งควรที่จะดำเนินการในการวิเคราะห์ที่จะต้องไม่ละเลยปัจจัย 3 ด้าน คือ ชีวภาพ จิตใจ และสังคมร่วมกันหรือเรียกว่า Biopsychosocial approach นั้น เป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วย และทฤษฎีระบบสามารถนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ได้อย่างดีที่สุด โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยไม่ใช่ลักษณะของระบบเดี่ยว (unitary system) แท้จริงแล้ว ผู้ป่วยประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบ อีกทั้งยังมีปฏิสัมพันธ์กับ

ระบบอื่นอีกมากมาย ซึ่งสภาวะสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากความเกี่ยวข้องสัมพันธ์อย่างสลับซับซ้อนของระบบต่างๆที่เกี่ยวข้อง

การติดยาเสพติดเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อนและมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวเนื่อง การทำความเข้าใจ เพราะเหตุใดบุคคลจึงติดยาเสพติด จึงต้องพิจารณาบริบททุกระดับที่แวดล้อมบุคคล การวิเคราะห์ผู้ป่วยโดยใช้ Bio – psycho social approach ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเบ็ดเสร็จ และมีการบูรณาการอาการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะทางกายหรือจิตใจ เป็นสิ่งที่มีความหมาย การทำความเข้าใจกับความเหมาะสมที่ซ่อนเร้นอยู่นั้นเป็นสิ่งสำคัญ การให้ใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบแห่งการวิเคราะห์จะทำให้ความเข้าใจความหมายของในสิ่งต่างๆได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ดังนั้นในการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด จึงควรนำเขาวนและครอบครัวมาร่วมเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือ ป้องกัน และแก้ไข ตลอดจนส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ปัญหายาเสพติด ซึ่งกำลังเป็นปัญหาร้ายแรงและต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วนโดยการดำเนินการค่ายุวชนต้านภัยยาเสพติด

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อให้เขาวนกลุ่มเสพยาเสพติดและกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้ ความเข้าใจ ในการพัฒนาตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่ถูกต้องขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือเขาวนที่มีปัญหายาเสพติดในครอบครัวและชุมชนได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ
3. เพื่อศึกษารูปแบบในการแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งกลุ่มเขาวนที่ติดยาเสพติดและกลุ่มเสี่ยง

เป้าหมาย

1. เขาวน นักเรียนที่เสพยาเสพติดและกลุ่มเสี่ยงในแต่ละจังหวัดที่เปิดค่าย ค่ายละ 40 คน
2. ผู้ปกครอง บิดา มารดา ของเขาวนที่เข้าค่าย ค่ายละ 40 คน (เข้าร่วมอบรมตามตารางที่กำหนด)

วิธีดำเนินการ

ดำเนินการเปิดค่ายบำบัดฟื้นฟูเขาวนติดยาเสพติดใน 8 จังหวัดนำร่อง ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีทีมประสานการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด และวิทยากรค่ายฯที่ผ่านการอบรมจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ แล้ว ดังนี้ คือ

1. จังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. จังหวัดนครราชสีมา
3. จังหวัดขอนแก่น
4. จังหวัดปทุมธานี

- | | |
|-------------------|---------------------|
| 5. กรุงเทพมหานคร | 6. จังหวัดสงขลา |
| 7. จังหวัดปัตตานี | 8. จังหวัดเชียงใหม่ |

ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาในการบำบัดฟื้นฟูแต่ละครั้งจำนวน 9 วัน

สถานที่เปิดค่าย

แต่ละจังหวัดจะกำหนดเลือกตามความเหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นค่ายทหาร มัสยิด หรือ หอประชุมอื่นๆ

งบประมาณ

- ค่าพิธีเปิด-ปิดค่ายฯ	= 1,000 บาท
- ค่าตอบแทนวิทยากร	
- วิทยากรกลุ่มบำบัด 39.5 ชม. X 2 คน X 350 บาท	= 23,700 บาท
- วิทยากรกลุ่มWalk Rally 9 ชม. X 5 คน X 300 บาท	= 13,500 บาท
- วิทยากรกลุ่มออกกำลังกาย 28.5 ชม. X 300 บาท	= 8,550 บาท
- วิทยากรทัศนศึกษา 8.5 ชม. X 3 คน X 300 บาท	= 7,650 บาท
- ค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานนอกเวลา 2 คน X 200 บาท	= 3,200 บาท
- ค่าอาหาร 3 มื้อ X 160 บาท X 40 คน X 9 วัน	= 57,600 บาท
- ค่าเครื่องดื่ม อาหารว่าง 30 บาท X 40 คน X 9 วัน	= 10,800 บาท
- ค่าที่พักวิทยากรและผู้ประสานงาน	= 20,000 บาท
- ค่าเดินทางของวิทยากรและผู้ประสานงาน 14 คน	= 34,000 บาท
- ค่าจ้างเหมาพานักเรียนทัศนศึกษา	= 20,000 บาท
- ค่าวัสดุอุปกรณ์	= 20,000 บาท
รวม	220,000 บาท

จำนวน 42 ค่าย (ค่ายละ 40 คน X 220,000 บาท)

รวมทั้งสิ้น 9,240,000 บาท

ขอตัวจ่ายทุกรายการตามที่เบิกจริง

รายละเอียดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการค่ายเยาวชนต้นกล้า มีดังนี้

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. เขาวนและครอบครัวได้รับความรู้ ความเข้าใจ และได้ทักษะการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง ไม่เป็นปัญหาต่อสังคม และสามารถแก้ไขปัญหายาเสพติดได้
2. นำรูปแบบและแนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเขาวนมาปรับปรุงพัฒนาต่อไปให้มีคุณภาพและได้ประโยชน์สูงสุด

(ตัวอย่าง)

แบบสอบถาม

โครงการวิจัย เรื่อง ระดับเชาวน์ปัญญาและบุคลิกภาพ
ของเยาวชนในโครงการค่ายบำบัดฟื้นฟูเยาวชนติดยาเสพติดของวิทยาลัยอาชีวศึกษาสงขลา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเยาวชน

คำชี้แจง

ขอให้ท่านเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงตาม
ความจริงของท่าน

ชื่อ.....นามสกุล.....

- 1. เพศ ชาย หญิง

2. ท่านมีอายุ.....ปี

- 3. ท่านนับถือศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆระบุ.....

- 4. ระดับการศึกษา ปวช. ปวส.

- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 24.