

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวคิดในการทำวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการของวัยรุ่น
2. การติดยาเสพติดในวัยรุ่นและการบำบัดรักษา
3. การปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด
 - 4.1 การเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด
 - 4.2 การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด
 - 4.3 อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด

พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่น(adolescence) มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “adolescere” ซึ่งหมายถึง การเจริญเติบโตไปสู่ภาวะ (สุชา จันทน์เอม, 2540) เป็นช่วงวัยที่กำลังพัฒนาจากความเป็นเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม (Jaffy,1998) องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ให้คำจำกัดความของวัยรุ่นว่า เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย คือ มีการเจริญเติบโตในด้านความสูงและน้ำหนัก รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศโดยจะมีภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์และพร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ได้ มีพัฒนาการด้านจิตใจ คือ มีการเปลี่ยนจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ มีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรมมากขึ้น รวมถึงมีพัฒนาการด้านสังคม คือ มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง

ทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริกสัน (Erickson, 1950 cited in Hamburg, 1998) กล่าวว่า ระยะเวลาวัยรุ่นเป็นระยะของพัฒนาการทางจิตสังคมในด้านการพัฒนาอัตลักษณ์ของตนเองกับความขัดแย้งในบทบาทของตนเอง(identity & role confusion) วัยรุ่นมีการแสวงหาตัวตนของตนเอง บางครั้งก็มีความกังวลในรูปลักษณ์และมีความสับสนในบทบาทของตนเอง วัยรุ่นที่ไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งในตนเองได้ จะทำให้มีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีภาวะวิตกกังวลซึมเศร้า บกพร่องในการตัดสินใจ และอาจก่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้

การแบ่งอายุของวัยรุ่นไม่สามารถแบ่งแยกได้ชัดเจนเนื่องจากพัฒนาการของมนุษย์เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไม่ได้หยุดเป็นช่วงๆ (อรวี ธนัทประภัสร์, 2532) เด็กชายมักเข้าสู่ระยะวัยรุ่นช้ากว่าเด็กหญิงประมาณ 2 ปี บางคนอายุเพียง 17-18 ปี ก็มีพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะพ้นสภาพวัยรุ่นได้ (สุชา จันทน์อม, 2540) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ก็ได้กำหนดไว้ว่าวัยรุ่นจะอยู่ในช่วงอายุ 10-19 ปี อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปแล้วการแบ่งช่วงของวัยรุ่นนิยมออกเป็น 3 ระยะดังที่ แฮมเบอร์ก (Hamburg, 1998) ได้แบ่งไว้ดังนี้

1. วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) มีอายุระหว่าง 11 – 15 ปี เป็นช่วงวัยที่เด็กเริ่มเข้าสู่ระยะวัยรุ่น พัฒนาการที่เด่นชัดในวัยนี้ คือ พัฒนาการด้านร่างกาย เด็กชายจะเติบโตด้านความสูงและน้ำหนัก มีกล้ามเนื้อที่แข็งแรง มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศ เด็กหญิงจะมีการเพิ่มขนาดของทรวงอก สนิใจดูแลรูปร่างของตนเองโดยพึงพอใจกับรูปร่างที่ดูผอมบางมากกว่ารูปร่างที่อวบอัด วัยรุ่นตอนต้นจึงมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้มีอารมณ์แปรปรวนได้ง่าย (Hamburg, 1998) วัยรุ่นในระยะนี้ให้ความสนใจต่อการสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนเพศเดียวกัน มีการเปรียบเทียบตนเองกับกลุ่มเพื่อน และมักกระทำพฤติกรรมตามอย่างเพื่อนในกลุ่ม วิธีชีวิตในช่วงนี้ เช่น การเรียน การแสดงพฤติกรรมทางเพศ การใช้สารเสพติดทัศนคติทางสังคม มักอยู่ภายใต้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมากกว่าครอบครัวโดยปราศจากการตัดสินใจว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมหรือไม่ (Neinstein, Juliani, & Shapiro, 1996)

2. วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) มีอายุระหว่าง 15 – 17 ปี เป็นระยะที่วัยรุ่นให้ความสำคัญกับตนเอง และเริ่มมีการเริ่มปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย โดยยอมรับกับสภาพร่างกายที่เป็นหนุ่มเป็นสาวได้แล้ว วัยรุ่นจะมีความสามารถในการคิดที่เป็นนามธรรมมากขึ้น ต้องการค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง และพยายามที่จะแสวงหาความเป็นอิสระให้กับตนเองโดยลดการพึ่งพาบุคคลในครอบครัว หันมาพึ่งพาตนเองและรับผิดชอบตนเองมากขึ้น (Hamburg, 1998) อย่างไรก็ตามวัยรุ่นในระยะนี้มักให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าครอบครัว วัยรุ่นมักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน

มากกว่าอยู่กับครอบครัว มีความสนใจและมีความสุขที่ได้อยู่กับเพื่อนที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มีค่านิยม ทศนคติ ความสามารถ ลักษณะบุคลิกภาพ และฐานะทางสังคมเศรษฐกิจใกล้เคียงกันและเริ่มมีความสนใจในการคบเพื่อนต่างเพศ (Neinstein et al., 1996)

3. วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) มีอายุระหว่าง 17 – 19 ปี เป็นระยะที่วัยรุ่นต้องการความเป็นอิสระให้กับตนเองเพื่อให้บุคคลอื่นรู้ว่าตนเป็นผู้ใหญ่แล้ว วัยรุ่นจะมีความมั่นคงทางอารมณ์ทางอารมณ์มากขึ้น เริ่มมีการจัดความคิดที่เป็นระบบ มีการใช้เหตุผลและรับผิดชอบการกระทำของตนเอง (Hamburg, 1998) มีการคบหาเพื่อนต่างเพศ เริ่มคิดถึงอนาคตโดยพิจารณาการศึกษา การประกอบอาชีพ วัยรุ่นจะมีความสนใจและพยายามรู้จักตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองและเข้าใจสังคมได้ดีขึ้นรู้จักสังเกตความคิดและความรู้สึกที่ผู้อื่นมีต่อตนเองชัดเจนขึ้น (Schuster, & Ashburn, 1992) มีความกระตือรือร้น สามารถสะสมความรู้ต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว รู้จักปรับตัว และเรียนรู้วิธีการดำเนินการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี ซึ่งจะเป็นการช่วยให้วัยรุ่นมีการเตรียมตัวรับบทบาทของการเป็นผู้ใหญ่โดยสมบูรณ์ต่อไปได้ วัยรุ่นที่มีการปรับแก้ปัญหาที่ดีจะสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ไปได้ มีการเห็นคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตในช่วงวัยต่อไป (Hamburg, 1998)

จากพัฒนาการดังที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า วัยรุ่นเป็นสภาวะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม วัยรุ่นที่ไม่สามารถปรับตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้อาจทำให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมกระเสพสารเสพติดก็เป็นสิ่งหนึ่งที่แสดงถึงการปรับทางจิตสังคมที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่น ดังนั้นในการช่วยเหลือวัยรุ่นติดสารเสพติดที่เข้ารับการรักษา พยาบาลที่ให้การดูแล รวมถึง ครู ผู้ปกครอง ตลอดจนบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นจึงควรมีพื้นฐานความรู้ด้านจิตวิทยาพัฒนาการวัยรุ่นเพื่อที่จะได้เข้าใจถึงธรรมชาติและความต้องการของวัยรุ่น สามารถช่วยให้วัยรุ่นเป็นบุคคลที่มีความปกติทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ มีความประพฤติที่ดี มีการปรับทางจิตสังคมเหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขโดยไม่กลับไปติดสารเสพติดอีกในที่สุด

การติดสารเสพติดในวัยรุ่นและการบำบัดรักษา

การติดสารเสพติด

องค์การอนามัยโลก(1992)ได้ให้ความหมายของคำว่าสารเสพติดหรือสารเสพติดให้โทษ โดยใช้คำว่า Dependence producing drug ซึ่งหมายถึง สารใด ๆ ก็ตามเมื่อรับเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยวิธีการกิน ฉีด สูบ คม หรือด้วยวิธีอื่น ๆ แล้วก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก หรือมีพฤติกรรมของผู้เสพติด ดังนี้

1. มีอาการติดทางกาย (physiological dependence) คือ มีความต้องการใช้สารเสพติดชนิดนั้นไปเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นผลจากการปรับตัวของร่างกาย ทำให้ยาออกฤทธิ์ต่อร่างกายลดน้อยลง ผู้เสพจึงต้องเพิ่มขนาดยาหรือสารที่เสพ เพื่อให้ได้ฤทธิ์ต่อร่างกายเท่าเดิม (tolerance)
2. มีอาการติดทางใจ (psychological dependence) เป็นลักษณะเฉพาะที่สำคัญของสารเสพติด คือ มีการเสพจนเป็นนิสัย ผู้เสพมีความสุขหลังจากได้เสพ และจะพยายามขวนขวาย เพื่อให้ได้เสพ มีความคิดถึงจดจ่อต่อยาทำให้ต้องกลับไปใช้อีกโดยถือว่ายานั้นเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน
3. มีอาการขาดยา (withdrawal symptoms or abstinence syndrome) คือ มีอาการไม่สุขสบายทั้งร่างกาย และจิตใจ เมื่อไม่ได้เสพสารเสพติดนั้น ๆ เข้าสู่ร่างกาย โดยจะมีอาการแตกต่างกันไป ตามประเภทของสารเสพติดที่ใช้
4. มีการเสพติดเรื้อรัง (chronic dependence) ผู้เสพมีความต้องการที่จะเสพแล้วเสพอีก มีความต้องการสารเสพติดเป็นจำนวนมากขึ้น ก่อให้เกิดพิษภัยต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ สร้างความเดือดร้อนแก่ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้อง ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งความมั่นคงของประเทศไทย

จากความหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่าลักษณะสำคัญของสารเสพติดคือ เป็นการใช้อยาหรือสารติดต่อกันโดยไม่สามารถหยุดได้เอง เมื่อใช้ไปนานๆจะเกิดอาการดื้อยาและเมื่อหยุดยาก็จะเกิดอาการถอนพิษยา ทำให้ผู้ที่เสพติดแล้วต้องพยายามหาสารมาเสพอีก(compulsive)แม้จะมีปัญหาจากการเสพซ้ำแล้วซ้ำเล่าทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบต่อบุคคลข้างเคียงโดยเฉพาะครอบครัวของผู้เสพเอง และทำให้เกิดปัญหาต่างๆตามมาอีกมากมาย

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการติดสารเสพติดในวัยรุ่น

การติดสารเสพติดในวัยรุ่นจัดเป็นปัญหาสังคมที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ ในปัจจุบันนี้พบว่า วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเสพสารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อย และสารที่เสพมีอันตรายมากกว่าเดิม รวมทั้งมีการกระทำผิดกฎหมายเพิ่มขึ้น ทั้งนี้การติดสารเสพติดจัดเป็นโรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและจำเป็นต้องได้รับการรักษา ดังนั้นการวิเคราะห์สาเหตุในการเกิดโรคจะทำให้สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ติดสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสาเหตุสำคัญของการติดสารเสพติดในวัยรุ่นจากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้กล่าวไว้ในแนวทางเดียวกันว่ามาจาก 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม (Allen, 1998; MacKwnzie, & Kipke, 1998; Tweed, 1998; ธงชัย อุ่นเอกลาภ, 2541; สมภพ เรืองตระกูล, และอรพรรณ ทองแดง, 2542) ผู้วิจัยนำมาสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) เป็นสาเหตุโดยตรงทางร่างกายและฤทธิ์ของสารหรือยาที่ทำให้เสพติด ผู้เสพติดมักมีปัญหาสุขภาพทางร่างกายและทางจิตร่วมด้วย โดยการเจ็บป่วยทางร่างกายอาจเป็นเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดเป็นยาเพื่อรักษาหรือลดอาการให้กับตนเอง (Allen, 1998) นอกจากนี้ยังพบว่า พันธุกรรมและความผิดปกติของสารเคมีในสมอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นเสพสารเสพติด โดยวัยรุ่นที่มีบิดามารดาหรือมีคู่แฝดติดสุราจะมีโอกาสติดสารเสพติดมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป สี่ถึงห้าเท่า รวมถึงวัยรุ่นที่มีระดับสารเอนโดर्फิน(endorphin)ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมองน้อยกว่าปกติ ก็พบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการใช้สารเสพติดด้วยเช่นกัน (สมภพ เรืองตระกูล, และอรพรรณ ทองแดง, 2542)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factor) วัยรุ่นที่มีโอกาสติดสารเสพติดได้ง่ายมักมีลักษณะดังนี้ คือ ไม่ประสบความสำเร็จในการเรียนหรือการทำงาน ต้องการความเป็นอิสระมากเกินไป ขาดความเลื่อมใสในศาสนา มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ห่างเหินจากผู้ใกล้ชิดเข้ากับผู้อื่นได้ยาก (ธงชัย อุ่นเอกลาภ, 2541) หรือบางรายได้รับความบอบช้ำทางใจจากการถูกทารุณกรรมทางกายและทางเพศ วัยรุ่นเหล่านี้มักแสดงพฤติกรรมและอารมณ์เป็นแบบซึมเศร้า วิตกกังวล มองโลกในแง่ร้าย คื้อดิ่ง เกร ขาดการควบคุมอารมณ์ตนเอง (Tweed, 1998)

3. ปัจจัยด้านสังคม (sociological factor) ลักษณะสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และทัศนคติที่ดีต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น โดยเฉพาะในระยะวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีจิตใจอ่อนไหวไม่มั่นคง มักมีความอยากรู้อยากลองและกระหา

ตามแบบกันเพื่อต้องการการยอมรับจากเพื่อน (Allen, 1998) วัยรุ่นที่ติดสารเสพติดมักคบอยู่กับเพื่อนที่ติดสารเสพติดด้วยกัน (ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา, และคณะ, 2532) นอกจากนี้การแสดงบทบาททางครอบครัว เช่น การใช้สารเสพติดของบิดามารดา ทักษะคิดของบิดามารดาต่อการใช้สารเสพติดของบุตร การขาดที่ปรึกษาหรือขาดการได้รับคำแนะนำจากครอบครัว (MacKwnzie, & Kipke, 1998) ตลอดจนลักษณะความสัมพันธ์ของบิดามารดากับบุตรอันได้แก่ การขาดความอบอุ่นใกล้ชิด ความขัดแย้งในครอบครัว ก็เป็นได้ทั้งสาเหตุและปัจจัยที่สำคัญต่อการติดและการเลิกสารเสพติด (Tweed, & Plumlee, 1998)

จากปัจจัยเหตุที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าทุกปัจจัยล้วนมีความสัมพันธ์กันจนไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้ (Sullivan, 1995) ดังนั้นการแก้ปัญหาการติดสารเสพติดของวัยรุ่นให้ได้ผลอย่างแท้จริงจึงควรเข้าใจปัจจัยต่างๆที่ทำให้วัยรุ่นติดสารเสพติด เพื่อที่จะป้องกันและแก้ไขได้ตรงเป้าหมายมากขึ้น โดยเฉพาะสภาพสังคมในปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของสารเสพติดสูง ลักษณะการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นย่อมมีความเสี่ยงสูงในการใช้สารเสพติด เมื่อวัยรุ่นเหล่านั้นเกิดการเสพติดฤทธิ์ของสารที่เสพจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับวัยรุ่นในหลายๆด้านซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องแล้ว จะทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อครอบครัวของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดเป็นอย่างมาก

วิธีการบำบัดรักษาการติดสารเสพติด

ในการบำบัดรักษาการติดสารเสพติด นั้นจำเป็นที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับสถานะของการติดสารเสพติด ซึ่งปัจจุบันมักใช้หลักการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์หลักการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยสถานะการติดสารเสพติด (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV) ในปี 1994 ซึ่งกล่าวไว้ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994; ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, และมานิช หล่อตระกูล, 2539)

อาการติดสารเสพติด (substance dependence)

มีรูปแบบของการใช้สารต่างๆที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความเสียหาย หรือนำไปสู่ความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ โดยจะมีลักษณะดังต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อาการ ในเวลาใดเวลาหนึ่งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. การดื้อยา (tolerance) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - 1.1 มีความต้องการที่จะใช้สารนั้นเพิ่มขึ้นมาก เพื่อให้ได้ซึ่งผลหรืออาการที่ต้องการ
 - 1.2 ผลที่ได้รับจากสารนั้นลดลงไปอย่างมากเมื่อมีการใช้อย่างต่อเนื่องในจำนวนที่เท่าเดิม

2. มีอาการขาดยา (withdrawal) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - 2.1 มีอาการขาดยา ที่เป็นลักษณะเฉพาะจากการหยุดสารนั้น
 - 2.2 มีการใช้สารนั้นเพื่อกำจัดหรือบรรเทาอาการขาดยา
3. มีการใช้สารนั้นในปริมาณเพิ่มมากขึ้น หรือใช้ติดต่อกันนานมากกว่าที่คิดไว้
4. มีความต้องการใช้สารนั้นอยู่ตลอดเวลาและต่อเนื่อง หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการใช้สารนั้นได้
5. ใช้เวลาในแต่ละวันหมดไปกับกิจกรรมต่างๆ (เช่น การตระเวนไปพบแพทย์หลายคน หรือเดินทางไกลๆ) เพื่อให้ได้สารนั้นมาเสพ
6. การใช้สารนั้นมีผลทำให้กิจกรรมสำคัญในด้านสังคม อาชีพ และกิจกรรมส่วนตัวเสื่อมลง
7. มีการใช้สารนั้นอยู่ต่อไปเรื่อยๆ แม้จะทราบว่าสารนั้นก่อให้เกิดปัญหาทางกายและจิตใจอยู่เป็นประจำก็ตาม

อาการเสพติด (substance abuse)

มีรูปแบบของการใช้สารต่างๆที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความเสียหาย หรือนำไปสู่ความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ โดยจะมีลักษณะดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ ในเวลาใดเวลาหนึ่งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. มีการใช้สารนั้นอยู่เรื่อยๆ ซึ่งทำให้ไม่สามารถทำงานต่างๆได้เต็มที่
2. มีการใช้สารนั้นอยู่เรื่อยๆ ในสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้
3. ก่อให้เกิดปัญหาทางกฎหมายจากการใช้สารนั้น (เช่น ถูกจับกุมเนื่องจากมีพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สาร)
4. ยังคงมีการใช้สารอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าสารนั้นจะก่อให้เกิดปัญหาต่างๆในด้านสังคม หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ตลอดเวลาหรือบ่อยๆ

ทั้งนี้อาการต่างๆที่กล่าวมา ไม่เคยเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับ substance dependence ในการใช้สารชนิดนี้

การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดจึงเป็นการดำเนินการเพื่อให้ผู้ติดสารเสพติดสามารถเลิกเสพติดได้ และเนื่องจากสาเหตุของการติดสารเสพติดมีหลายปัจจัย วิธีการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดจึงต้องคำนึงถึงหลักของชีวจิตสังคม (bio-psycho-social) ได้แก่ การรักษาทางกาย การรักษาทางใจ และการรักษาทางสังคมสิ่งแวดล้อม โดยมาตรการในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบัน ได้กำหนดไว้เป็น 3 ระบบ คือ การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (voluntary system) การบำบัด

รักษาในระบบบังคับ (compulsory system) และการบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ (correctional system) ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้เน้นระบบการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ และยึดวิธีการบำบัดรักษาที่เป็นหลักการทั่วไปในสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นขั้นตอนการรักษาที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ประกอบด้วยขบวนการรักษา 4 ขั้นตอน ซึ่งแนวทางการบำบัดรักษาก็ได้ปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว โดยรายละเอียดของขบวนการรักษามีดังนี้ (กรมการแพทย์, 2541)

1. ขั้นเตรียมการ (pre-admission) เป็นการเตรียมตัวของผู้มารับการรักษา ให้มีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยต้องทำความเข้าใจกับผู้มารับการรักษาให้ยอมรับว่าตนเองจำเป็นต้องแก้ไขพฤติกรรมและการเสพติดและต้องการที่จะเลิกสารเสพติดอย่างจริงจัง รวมถึงการเตรียมครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและเป็นผู้ให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาสัมฤทธิ์ผลได้ดี (ธงชัย อุ้มเอกลาภ, 2541) ในขั้นตอนนี้จะประกอบด้วยการสัมภาษณ์ สอบประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนช่วยเหลือ ให้คำแนะนำครอบครัว การชักจูงผู้ป่วยให้ยอมรับการบำบัดรักษา และการอธิบายวิธีการบำบัดรักษา

2. ขั้นถอนพิษยา (detoxification) เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกาย ที่เกิดจากการใช้สารเสพติดด้วยการใช้ยาอื่นทดแทนอาการ เพื่อช่วยบรรเทาอาการอยากยา (craving) หรือโดยวิธีการหยุดยาทันที (cold turkey) ที่เรียกว่า “การหักดิบ” การถอนพิษยาจริงๆแล้ว ไม่ใช่การรักษาพิษตกค้างในร่างกาย แต่เป็นพิษที่เกิดจากการขาดสารเสพติด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับตามลักษณะอาการทางคลินิกที่เป็นอยู่ ลักษณะของการถอนพิษยามีหลายวิธีการ เช่น การให้ยาทดแทน การรักษาตามอาการ การใช้ยาสมุนไพร การฝังเข็ม ฯลฯ แต่วิธีที่นิยมมากที่สุดคือ การให้ยาทดแทน และการรักษาตามอาการ ซึ่งในระยะถอนพิษยานี้ถ้าไม่มีอาการรุนแรงสามารถใช้วิธีการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในขั้นตอนนี้

3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เนื่องจากการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เสพได้ ขั้นตอนนี้จะเน้นการฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจ โดยทั่วไปนิยมใช้รูปแบบชุมชนบำบัด ซึ่งเป็นลักษณะของการนำผู้ที่ผ่านการถอนพิษยาแล้วมาอยู่รวมกันเพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมกันและสร้างความคุ้นเคยที่ดีต่อกัน มีการลงโทษและให้รางวัล และสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้มารับการบำบัดและครอบครัว เพื่อให้สมาชิกเห็นคุณค่าในตนเอง และเพื่อแก้ไขความผิดปกติของจิตใจ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ปัญหาต่างๆ อันเป็นมูลเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกยาได้โดยเด็ดขาด ทั้งนี้มีวิธีการบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ การทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

(individual or group psychotherapy) อาชีวบำบัด (occupational therapy) การฝึกอาชีพ (vocational training) การใช้ศาสนาเข้ามามีส่วนร่วม (religious preaching) และการสันทนาการ (recreation) เป็นต้น โดยทั่วไปใช้เวลาในขั้นตอนนี้ ประมาณ 6 เดือน ถึง 1 1/2 ปี

4. ขั้นติดตามผล (follow up or aftercare) การติดตามผลหลังจากการฟื้นฟูสภาพจิตใจแล้วถือเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญ หมายถึงการติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและเสริมสร้างกำลังใจ เป็นการติดตามผลการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดซ้ำและเพื่อให้ผู้ติดสารเสพติดที่หายแล้วสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติโดยไม่พึ่งสารเสพติดระยะนี้ใช้เวลาในการติดตาม 1-5 ปี ซึ่งวิธีติดตามอาจใช้ได้ทั้งทางตรงคือ การพบผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ การนัดพบที่สถานพยาบาลตามกำหนด การพบผู้ป่วยที่บ้าน การนัดพบครึ่งทางในสถานที่ไปมาสะดวกและเหมาะสม หรือ การนัดพบที่ทำงาน ส่วนวิธีทางอ้อม ได้แก่ การสอบถามทางไปรษณีย์ การพูดคุยทางโทรศัพท์ และการติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น ญาติ ผู้ปกครอง ครู นายจ้าง เป็นต้น

นอกจากวิธีการบำบัดรักษาดังกล่าวแล้ว ปัจจุบันยังมีแนวคิดการรักษาใหม่ๆ ที่ได้ผลในต่างประเทศและมีผู้นำมาผสมผสานกับการรักษาทั้งสี่ขั้นตอนดังกล่าวโดยนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับสังคมไทย รวมทั้งคำนึงถึง สภาพทรัพยากรบุคคล โครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุข หลักเศรษฐกิจพอเพียง วัฒนธรรม และทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เช่น การบำบัดรักษาแบบกายจิตสังคม บำบัดในรูปแบบผู้ป่วยนอก (matrix model or fresh model) การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบทางสายใหม่ (fast model) ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติดระดับประเทศได้เริ่มนำมาใช้ในการบำบัดรักษาตามนโยบายของประเทศ เป็นต้น (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์, 2544)

จากการที่พบว่า สาเหตุของการติดสารเสพติดเป็นผลมาจากปัจจัยด้านจิตสังคมร่วมกัน ทำให้เกิดปัญหาที่พบบ่อยคือ การติดทางใจที่มีผลต่อเนื่องที่รุนแรงและยาวนาน ดังจะเห็นได้จากอัตราการติดซ้ำที่พบสูงถึง 75% ภายหลังจาก 3 เดือนที่ออกจากการรักษา (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2542) ดังนั้นการเลิกสารเสพติดที่ได้ผลมากที่สุดจะต้องอาศัยการเลิกเสพยาทางใจโดยผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งในขณะที่ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้เลิกสารเสพติดนั้น นอกจากกำลังใจของผู้เสพติดเองแล้วยังมีองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมหลายๆอย่างที่จะต้องคำนึงถึง และเตรียมไว้สำหรับรองรับสมาชิกของสังคมที่จะกลับมาใช้ชีวิตโดยไม่พึ่งสารเสพติด ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการที่วัยรุ่นจะเลิกสารเสพติดได้จะต้องมีการปรับทางจิตสังคมที่เหมาะสม และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมก็พบว่า มีหลายปัจจัย โดยปัจจัยสำคัญที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาจะได้กล่าวถึงต่อไป

การปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดสารเสพติด

การปรับตัวประกอบด้วยกระบวนการทางจิตที่แต่ละคนใช้เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆหรือใช้เมื่อเผชิญกับข้อเรียกร้องหรือแรงผลักดันทั้งภายในและภายนอก (Lazarus, & Folkman, 1984) ซึ่งจากความหมายดังกล่าว เดอโรเกติส (Derogatis, 1979) ได้นำมาเป็นฐานแนวคิดในเรื่อง การปรับทางจิตสังคม (psychosocial adjustment) โดยถือว่า การปรับทางจิตสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งในการพิจารณาผลลัพธ์ที่ตามมาของกระบวนการปรับตัว และได้ให้ความหมายของการปรับทางจิตสังคมว่า หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการทำหน้าที่ในสังคม เป็นการประเมินสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการปรับตัวด้านต่างๆต่อความเครียด

เดอโรเกติส (1986) มีแนวคิดว่ามนุษย์ทุกคนต้องมีการปรับตัวด้วยกันทั้งสิ้น ซึ่งแต่ละคนจะมีแบบแผนในการปรับตัวแตกต่างกันออกไป เพื่อสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยร่างกายพิจารณาจากการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านจิตใจพิจารณาจนถึงเจตคติ ความรู้สึก อารมณ์ ความไม่สุขสบายทางจิตใจ ด้านสังคมพิจารณาจากแรงผลักดันทางสังคมและสัมพันธภาพของบุคคล และสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมปรับตัว ได้แก่ การดูแลสุขภาพ สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ สภาพแวดล้อมภายในบ้าน สภาพแวดล้อมทางสังคม สัมพันธภาพทางเพศ และสัมพันธภาพกับครอบครัว ซึ่งจากแนวคิดนี้ เดอโรเกติสได้สร้างแบบวัดการปรับทางจิตสังคมต่อความเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประเมินการปรับทางจิตสังคมใน 7 ด้านดังนี้

1. ด้านการดูแลสุขภาพ (health care orientation) เป็นการประเมินความคิด ความต้องการต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น การดูแลสุขภาพของตนเอง ความต้องการการดูแลเอาใจใส่ และความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพของการรักษา เป็นต้น
2. ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ (vocational environment) เป็นการประเมินความรู้สึกนึกคิดที่เป็นผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อการปฏิบัติงาน เช่น ขาดงาน และไม่สามารถทำงานได้เช่นเดิม เป็นต้น
3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (domestic environment) เป็นการประเมินความคิดเกี่ยวกับคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว การสื่อสารภายในครอบครัว งานบ้านที่รับผิดชอบ ความต้องการการช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง และผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจในครอบครัว
4. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ (sexual relationship) เป็นการประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับคุณภาพ

ของสัมพันธภาพทางเพศระหว่างสามีภรรยาหรือคู่รักในระหว่างที่มีการเจ็บป่วย เช่น ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติทางด้านเพศสัมพันธ์ และการเกิดปัญหาทางเพศระหว่างสามีภรรยาหรือคู่รักที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

5. ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวเครือญาติ (extended family relationship) เป็นการประเมินสัมพันธภาพกับญาติ ความสนใจที่จะพบปะกับญาติที่ไม่ได้อยู่ร่วมกันในขณะที่เจ็บป่วย และความต้องการความช่วยเหลือจากญาติที่อยู่ห่างกัน

6. ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม (social environment) เป็นการประเมินการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การทำงานอดิเรก การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และความสนใจในการให้เวลาร่วมกับคนอื่น

7. ด้านความไม่สบายทางใจ (psychological distress) เป็นการประเมินความไม่สบายใจต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความเศร้า ความรู้สึกผิด การตำหนิตนเอง ความกลัว ความรู้สึกที่ว่าตนเองไม่มีคุณค่า และการสูญเสียภาพลักษณ์จากการเจ็บป่วย เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การปรับทางจิตสังคม หมายถึง แบบแผนของบุคคลที่แสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านการทำหน้าที่ในสังคม เพื่อเผชิญต่อภาวะความเจ็บป่วยและสามารถที่จะกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

การประเมินการปรับทางจิตสังคม

เดอโรเกติส (Derogatis, 1986) ได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินเรียกว่า แบบวัดทางจิตสังคมต่อความเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 45 ข้อ และประเมินการปรับทางจิตสังคมออกเป็น 7 ด้าน คือ การดูแลสุขภาพ สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ สภาพแวดล้อมภายในบ้าน สัมพันธภาพทางเพศ สัมพันธภาพกับครอบครัวเครือญาติ สภาพแวดล้อมทางสังคม และความไม่สบายทางใจ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ มอร์โรว์, ชีเยเรลโล, และเดอโรเกติส (Morrow, Chiarello, & Derogatis, 1978) ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีการหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) ในกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคฮอดกินส์ (Hodgkin's disease) ที่ได้รับการรักษามาอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 37 ราย โดยใช้ผู้ร่วมสังเกตทั้งหมด 6 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน นักศึกษาแพทย์ 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 2 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน โดยในขั้นดำเนินการนั้นกำหนดให้สมาชิก 1 คนเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยแบบ

สอบถามการปรับทางจิตสังคมต่อภาวะความเจ็บป่วย และสมาชิกที่เหลืออีก 5 คนเป็นผู้ร่วมสังเกต และให้คะแนนจากแบบสอบถามชุดเดียวกันซึ่งเมื่อครบทั้ง 37 รายแล้วก็ได้นำคะแนนที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวม ได้เท่ากับ 0.83 และได้ค่ารายด้านอยู่ในช่วง 0.33-0.82 ส่วนการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือนี้ ใช้วิธีการหาความตรงเชิงโครงสร้างและความตรงตามเกณฑ์ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน 37 ราย รวมทั้งกลุ่มญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคฮอดกินส์อีก 38 รายรวมเป็น 75 ราย ซึ่งหลังจากที่ได้หาค่าความตรงเชิงโครงสร้างโดยการนำคะแนนที่ได้มาหาค่าความสัมพันธ์ในแต่ละด้านแล้วพบว่าได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.01-0.33 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแต่ละด้านไม่มีความสัมพันธ์กัน นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละด้านยกเว้นด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ และด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว เครือญาติที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนรวมอีกด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนี้มีความตรงเชิงโครงสร้าง ส่วนความตรงตามเกณฑ์นั้น มอโรว์, เชียร์เรลโล, และเดอโรเกติส ได้นำคะแนนที่ได้ในแต่ละด้าน ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับเครื่องมือที่ได้มาตรฐานอื่นๆ พบว่า ด้านการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความพึงพอใจ โดยได้ค่า $r = 0.27$ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ด้านความไม่สุขสบายใจมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

สำหรับประเทศไทยได้มีผู้นำแบบสอบถามการปรับทางจิตสังคมของเดอโรเกติส (Derogatis, 1986) มาใช้หลายท่านโดยมุกดา คุณาวัฒน์ (2535) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ และนักพฤติกรรมศาสตร์จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งหลังจากแก้ไขแล้วได้ตัดด้านความสัมพันธ์ทางเพศออกเหลือข้อคำถาม 39 ข้อและนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยโรคจอประสาทตาตลอกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ 0.90 และเมื่อนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยจอประสาทตาตลอกจำนวน 42 ราย ในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และระยะติดตามผลการรักษาพบว่าได้ค่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ 0.86 และ 0.93 ตามลำดับ ต่อมางานวิจัยของ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ได้นำเครื่องมือนี้มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 15 ราย โดยได้ตัดด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวเครือญาติ และด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านออก เหลือข้อคำถาม 33 ข้อ พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ 0.87 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของ สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) ที่นำเครื่องมือนี้มาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ 0.85 และงานวิจัยของ อ้อมใจ สิทธิ

จำลอง (2542) ที่นำเครื่องมือมาใช้กับหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาตรวจที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 10 ราย และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ 0.85 เป็นต้น

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวทางการปรับทางจิตสังคมของเดอโรเกติส เนื่องจากเป็นแนวคิดที่แสดงออกถึงการปรับตัวในหลายมิติ มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งมีความสอดคล้องต่อการดูแลผู้ติดเชื้อเพศชายแบบองค์รวม อีกทั้งเป็นแบบวัดที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวม เท่ากับ 0.90 ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางช่วยเหลือดูแลให้วัยรุ่นที่ติดเชื้อเพศชายมีการปรับทางจิตสังคมที่เหมาะสมต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ติดเชื้อเพศชาย

มีปัจจัยอื่นๆอีกมากมายที่มีความเกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเพศชาย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยสำคัญที่พบว่าจะมีอิทธิพลต่อการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเพศชาย คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ผู้วิจัยจึงได้เลือกปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาในครั้งนี้ โดยรายละเอียดของปัจจัยสำคัญที่เลือกมามีดังนี้

การเห็นคุณค่าในตนเอง (self – esteem)

การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของภาวะสุขภาพจิต สังคม และเป็นความต้องการภายในจิตใจที่ผลักดันพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล (Taft, 1985) ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามวัย วุฒิภาวะ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ของชีวิต ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลใดดำเนินไปในด้านดี ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนกระทำ การเห็นคุณค่าในตนเองก็จะเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าเขาเองหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ การเห็นคุณค่าในตนเองก็จะลดลง (Block, & Robin, 1993)

การให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน โดยมีการใช้ชื่อแตกต่างกันไป เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง และได้ให้ความหมายไว้ดังต่อไปนี้

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965 cited in Carpenter, 1996) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับ ความรู้สึกรักตนเอง (self-love) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) และรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมีความสามารถ (sense of competence)

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1967) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เคารพและยอมรับตนเองว่ามีความสำคัญ และสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ ตลอดทั้งมีความเชื่อมั่นในคุณค่าแห่งตน

แบนดูรา (Bandura, 1986) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นการที่บุคคลประเมินตนเองว่าเป็นคนอย่างไร ถ้าบุคคลใดมีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองเป็นอย่างไร บุคคลนั้นจะเป็นผู้เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขณะที่บุคคลใดแสดงความภาคภูมิใจในตนเอง บุคคลนั้นจะเป็นผู้เห็นคุณค่าในตนเองสูง

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับ ความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมีความสามารถ

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก โดยให้ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับ ความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมีความสามารถ

การประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง

จากความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965 cited in Carpenter, 1996) ที่กล่าวว่า เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับ ความรู้สึกรักตนเอง การยอมรับตนเอง และรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมีความสามารถ โรเซนเบิร์กได้สร้างแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg self-esteem scale: RSE) เพื่อวัดความรู้สึกยอมรับตนเองของบุคคลในด้านการมองเห็นคุณค่า และได้พัฒนาปรับปรุงให้มีความกระชับ และครอบคลุมเนื้อหา โดยเน้นให้เข้าใจง่ายและ

สะดวกต่อการนำไปใช้ (Feather, & Wainstock, 1989) ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยเมื่อเริ่มใช้ โรเซนเบิร์ก ได้นำไปใช้ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 ซึ่งต่อมาก็ได้นำไปใช้ในประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งพบว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ เช่นกัน โดยมีความตรงและความเชื่อมั่นในระดับสูง (Goldberg, & Fitzpatrick, 1980)

ในประเทศไทยได้มีผู้นำแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) มาใช้โดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ คือ ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชชุมชน พฤติกรรมศาสตร์ จิตเวชคลินิก จิตวิทยาคลินิก และการพยาบาลจิตเวช จำนวน 5 ท่าน และเมื่อเป็นที่ยอมรับแล้วได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยด้วยโรคกระเพาะที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 นอกจากนี้ยังมีผู้นำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้ในประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น เสาวภา วิจิตวาท (2534) นำไปหาความเชื่อมั่นในผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา จำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72 โสภิต สุวรรณเวลา (2537) นำแบบวัดนี้ไปใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72 และ คาริกา ธารบัวสวรรค์ (2540) นำไปหาความเชื่อมั่นในผู้ป่วยทาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 เป็นต้น

การเห็นคุณค่าในตนเองต่อการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดสารเสพติด

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดนั้นพบว่า ปัจจัยด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด โดยวัยรุ่นติดสารเสพติดที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะพบปัญหาการปรับทางจิตสังคมมาก (MacKwnzie, & Kipke, 1998) โดยเฉพาะเด็กชายที่เข้าวัยรุ่นช้ากว่าเพื่อนวัยเดียวกันมักเกิดข้อเปรียบเทียบกับเพื่อนและถูกเพื่อนล้อจนมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และเกิดการปรับทางจิตสังคมที่ไม่เหมาะสมจนอาจนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น คีฬา เสพกัญชาเพื่อแสดงความเป็นผู้ใหญ่ (เสาวรส มีกุล, 2543) วัยรุ่นที่เห็นคุณค่าในตนเอง มักเป็นบุคคลที่มีอารมณ์มั่นคงและมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ดังเช่น การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของวัยรุ่น พบว่า ปัจจัยด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถทำนายการปรับตัวของวัยรุ่นได้

โดยวัยรุ่นที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะปรับตัวได้ดีกว่าวัยรุ่นที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (เจตน์สันต์ แดงสุวรรณ, พูนสุข ช่วยทอง, และอนงค์นาฏ เหลี่ยมสมบัติ, 2541; จงกลณี ดุษฎีเจริญ, 2540; อรพินทร์ ชูชม, และอัจฉรา สุขารมณ, 2535) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฮย์ส, และฟอร์ส (Hays, & Fors, 1990) ที่พบว่า ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การดื่มสุราและใช้สารเสพติด เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานสำคัญด้านสุขภาพจิตที่มีความเกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการคิดสารเสพติด จึงนำมาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำการศึกษาในการวิจัยนี้

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (family functioning)

ผู้วิจัยได้รวบรวมการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ส่วนใหญ่มีผู้กล่าวไว้คล้ายคลึงกัน โดยนำมาสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้ (มัลลิกา มัติโก, 2530; สุพัตรา สุภาพ, 2536; สนิท สมักรการ, 2539; โสภานีลีมันน์, 2542; Friedman, 1992; Loveland-Cherry, 1996)

1. หน้าที่ในด้านความรักความเอาใจใส่ โดยให้การตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว จัดเป็นหน้าที่สำคัญมากเพราะครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมแห่งแรกที่สมาชิกจะได้รับความรัก และเรียนรู้ที่จะรักผู้อื่น รวมทั้งเป็นแหล่งพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคลและให้การช่วยเหลือปกป้องสมาชิก โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นแก่สมาชิกคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัว เหตุวิกฤตเหล่านั้นย่อมจะกระทบสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวอย่างไม่มีปัญหา และสมาชิกที่ยังดีอยู่แข็งแรงอยู่ก็จะต้องปลอบประโลมใจช่วยเหลือวิ่งเต้นแก้ไขเหตุการณ์ต่างๆ

2. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู ครอบครัวมีหน้าที่ให้การหล่อหลอม อบรม บ่มนิสัยทางด้าน คุณธรรม จริยธรรม ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม ระเบียบของสังคม ตลอดจนการให้สมาชิกได้เรียนรู้จากระบบการศึกษา สิ่งแวดล้อมและสังคมภายนอก เพื่อให้สมาชิกสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคม เติบโตเป็นคนดีของสังคม และสามารถหาเลี้ยงชีพตนเองได้ในอนาคต

3. หน้าที่ในการดูแลสุขภาพ โดยการส่งเสริมสุขภาพให้กับสมาชิกครอบครัว ครอบครัวต้องทำหน้าที่เป็นเสมือนบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพโดยต้องศึกษาหาความรู้จากแหล่งข้อมูลทางสุขภาพต่างๆ เพื่อให้ความรู้แก่สมาชิก และดูแลให้สมาชิกเจริญเติบโตอย่างมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์แข็งแรง มีทักษะ

ในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกที่เจ็บป่วย รวมทั้งช่วยแบ่งเบาภาระงานของสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย นอกจากนี้ต้องดูแลสุขภาพด้านจิตใจของสมาชิกให้มีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ สามารถเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาได้อย่างกล้าหาญและหาทางออกได้อย่างถูกต้อง

5. หน้าที่ในการสร้างสมาชิกให้สังคม ครอบครัวเป็นแหล่งผลิตสมาชิกใหม่เพื่อสืบสกุลรวม ทั้งให้กำเนิดทายาทให้แก่สังคม และมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูจนกว่าบุตรจะช่วยตัวเองได้ ต้องให้การศึกษาศึกษาที่ดีที่สุดเพื่อให้สามารถช่วยตนเองและเติบโตขึ้นเป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม

6. หน้าที่ในการบำบัดความต้องการทางเพศ ซึ่งจะออกมาในรูปของการสมรสทำให้ลดปัญหาทางเพศบางอย่าง การสมรสจึงเป็นสิ่งจำเป็นในสังคมที่มีการจัดระเบียบ เพราะการสมรสคือวิธีหนึ่งที่สังคมเข้ามาควบคุมความสัมพันธ์ให้อยู่ในขอบเขต

7. หน้าที่ในการจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจ คือการเตรียมด้านการเงินสำหรับสมาชิกในครอบครัว และจัดสรรเงินในการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการเหลือเก็บไว้สำหรับใช้จ่ายในอนาคต หรือในยามวิกฤติต่างๆ

สรุปแล้วครอบครัวจึงเป็นแหล่งที่ให้ความรัก ความคุ้มครอง และความมั่นคงทางด้านจิตใจแก่สมาชิก ทำให้สมาชิกมีพลังใจฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ ให้ลุล่วงไปได้ ส่วนแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวนั้น มีแนวคิดหลายรูปแบบที่อธิบายไว้ เช่น แนวคิดแมคมาสเตอร์ (Mcmaster model) ของเอ็ปสไตน์และคณะ (Epstein et al., 1962) แนวคิดเซอร์คัมเพลกซ์ (Circumplex model) ของอลสันและแมคคัมบีน (Olson, & McCumbin, 1982 cited in Bray, 1995) แนวคิด Process model (Steinhauer, 1984 cited in Bray, 1995) แนวคิด Beavers systems (Beavers, 1985 cited in Bray, 1995) เป็นต้น ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะแนวคิดแมคมาสเตอร์ (Mcmaster model) ของเอ็ปสไตน์และคณะ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ผู้วิจัยเลือกมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดแมคมาสเตอร์

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดแมคมาสเตอร์นั้นมองการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ ประกอบด้วย การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งแม้จะแบ่งเป็นแต่ละด้านแต่ในความเป็นจริงแล้วแต่ละด้านก็มีความคาบเกี่ยวกันอยู่ นอกจากนี้แนวคิดนี้ก็ไม่ได้กล่าวถึงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวใน

ทุกด้าน แต่เน้นเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตหรือเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยตรงและเน้นเฉพาะการทำหน้าที่ของครอบครัวในปัจจุบันเท่านั้น

องค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิดแมคมาสเตอร์ มีรายละเอียดดังนี้ (Epstein et al., 1962 cited in Epstein et al., 1978; Epstein et al., 1982 อ้างใน อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

1. การแก้ปัญหา (problem solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหาเพื่อให้ครอบครัวดำรงสภาพ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่างๆ ได้ โดยปัญหาหมายถึง สิ่งที่มาคุกคามเสถียรภาพ และขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในอันที่จะดำรงอยู่อย่างปกติสุข
2. การสื่อสาร (communication) หมายถึง วิธีการที่สมาชิกในครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน แบ่งได้สองแบบคือ การสื่อสารที่ใช้คำพูดและการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด ซึ่งในแนวคิดนี้จะเน้นการสื่อสารที่ใช้คำพูดเนื่องจากเป็นส่วนที่สามารถประเมินได้ชัดเจนกว่าการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด โดยครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้นั้นจะมีการสื่อสารที่ชัดเจนและตรงสู่บุคคลเป้าหมายที่ต้องการสื่อ
3. บทบาท (role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติปฏิบัติต่อกันและกันซ้ำๆเป็นประจำเพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้สมบูรณ์ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ บทบาททางด้านวัตถุ และ บทบาททางด้านอารมณ์ ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่เหมาะสมจะมีการมอบหมายบทบาทและหน้าที่ให้สมาชิกแต่ละคนโดยความเห็นพ้องต้องกัน มีการปฏิบัติตามข้อตกลง ภารกิจของครอบครัวจะดำเนินไปได้อย่างเหมาะสมถ้ามีการมอบหมายบทบาทให้ครอบครัวครบถึงหน้าที่ทุกด้านที่จำเป็น ต้องกระทำและมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติตามบทบาท
4. การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นแบ่งเป็นสองแบบคือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก ความรู้สึกนุ่มนวล อ่อนหวาน ความสุข ความยินดี และ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤติ เช่น ความกลัว ความโกรธ ความรู้สึกเศร้าสร้อย ความผิดหวัง ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติจะสามารถแสดงอารมณ์ได้หลายอย่างที่เหมาะสมในด้านคุณภาพและปริมาณรวมทั้งเหมาะสมกับสถานการณ์
5. ความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) หมายถึง ระดับของความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกันรวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน
6. การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการ

กับพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

7. การปฏิบัติหน้าที่โดยทั่วไป (general functioning) เป็นด้านที่เพิ่มเข้ามาภายหลัง เพื่อที่จะให้เห็นการทำหน้าที่ของครอบครัวให้เห็นภาพรวมที่ชัดเจนมากขึ้นว่า เป็นครอบครัวที่ปกติ (health) หรือเป็นครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ (pathology) (Epstein et al.,1983 cited in Ridenour,1999) เนื่องจากการพบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวบางด้านยังมีความคาบเกี่ยวกันอยู่

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาถึงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ควรคำนึงถึงองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในทุกๆด้านด้วย เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและส่งผลต่อสมาชิกของครอบครัวทุกคน

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในการศึกษานี้ หมายถึง กระบวนการที่วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดใช้ในการพิจารณา เลือกรวบรวม จัดจำ และแปลความหมายภารกิจของครอบครัวที่ปฏิบัติต่อตัววัยรุ่น ในฐานะสมาชิกของครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป

การประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

การประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนามาจากแนวคิดแมคมาสเตอร์นั้น มีผู้นำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย และได้มีการนำมาใช้ในการศึกษาครอบครัวของวัยรุ่นติดยาเสพติดโดยมีการศึกษาที่พบว่าครอบครัวที่มีความบกพร่องในด้านบทบาทและการตอบสนองทางอารมณ์ จะเป็นตัวทำนายที่แสดงถึงโอกาสที่วัยรุ่นจะติดสุราอีกด้วย (Mckay, Murphy, Ridenour, & Maisto, 1991) ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีรายงานการศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติดโดยใช้แนวคิดแมคมาสเตอร์ แต่ได้มีการศึกษาในประชากรกลุ่มอื่นโดยใช้แบบวัดที่แปลจาก the Family Assessment Device(FAD) ของเอปสไตน์ และคณะ (Epstein et al.,1983 cited in Ridenour, 1999) ดังเช่นการศึกษาของอำไพรัตน์ อักษรพรหม (2537) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวกับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 1,118คน การศึกษาของวิระวรรณ อุประมาณ (2538) ได้นำมาใช้ศึกษาในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของมะลิ ชูโต (2541) ที่ได้นำแบบ

วัดนี้มาใช้หาความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ โดยเปรียบเทียบกับครอบครัวปกติ

จากการที่มีผู้นำแบบสอบถาม the Family Assessment Device (FAD) ของเอปสไตน์ และคณะ (Epstein et al., 1983 cited in Ridenour, 1999) มาใช้กับคนไทยนั้น อุมพร ตรังสมบัติ (2540) พบว่า มีข้อความในแบบสอบถามหลายข้อที่ไม่เหมาะสมกับสภาพชีวิตคนไทย จึงได้สร้างแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวขึ้นตามกรอบแนวคิดแมคมาสเตอร์ โดยเรียกแบบประเมินนี้ว่าแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์ (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) ซึ่งเป็นแบบวัดประเมินค่า 4 ระดับ มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ และวัดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวใน 7 ด้าน ซึ่งจากการนำไปศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชพบว่า เป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงในระดับสูง และมีประโยชน์ในการช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกที่มีต่อครอบครัวได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังได้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในการศึกษาวิจัย ดังเช่น การศึกษาของ ภูมิมาภิชาติ แสงเขียว (2542) ที่ได้นำแบบวัดนี้ไปหาความเชื่อมั่นในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 และการศึกษาของวินิรณี ทศนเทพ (2542) ที่นำแบบวัดนี้มาดัดแปลงให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่างและหาค่าความเชื่อมั่นในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและวัยรุ่นจำนวน 60 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 เป็นต้น ดังนั้นจึงถือว่าแบบวัดดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกนำมาศึกษาในครั้งนี้

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวต่อการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวต่อการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด แต่ก็มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดังกล่าวโดยจะขอแยกกล่าวให้เห็นรายละเอียดในแต่ละด้านดังนี้

1. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหาต่อการปรับทางจิตสังคม

เฟอกัสสัน และ ฮอร์วูด (Fergusson, & Horwood, 1998) ได้ศึกษาครอบครัวของวัยรุ่นอายุ 18 ปี โดยให้วัยรุ่นตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะของครอบครัวและการปรับทางจิตสังคม พบว่า วัยรุ่นที่บิดามารดาใช้ความรุนแรงต่อกันในการจัดการกับปัญหาจะมีความบกพร่องในการปรับทางจิตสังคม วัยรุ่นที่รับรู้ว่ามีพฤติกรรมรุนแรงเป็นบิดาจะมีความเสี่ยงต่อการมีความวิตกกังวลสูง การเกิดโรคที่มี

สาเหตุจากจิตใจ รวมทั้งมีพฤติกรรมกระทำผิดกฎหมาย ส่วนเยาวชนที่รับรู้ว่ามีมารดาเป็นผู้ใช้พฤติกรรมที่รุนแรงจะมีความเสี่ยงสูงในการติดยา นอกจากนี้เชอริแดน (Sheridan, 1995) ยังพบว่า การติดยาของบิดามารดา จะทำให้ละเลยในการให้ความสนใจกับการจัดการปัญหาในบ้าน ทำให้มีผลต่อบุตรที่กำลังรักษาการติดยาเสพติดจนกระทั่งขาดการรักษาซึ่งเป็นการปรับทางจิตสังคมที่ไม่ดีในด้านการดูแลสุขภาพ ส่วนการศึกษาของ โสภา ชปิลมันน์ และคณะ (2533) ที่ศึกษาการแพร่ระบาดและมูลเหตุจูงใจที่ทำให้เยาวชนย่านชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานครติดยาเสพติดพบว่าเยาวชนที่ตอบแบบสอบถามให้ข้อมูลเกี่ยวกับบิดามารดาเมื่อทราบว่าตนใช้สารเสพติดคิดว่า มักจะแสดงอาการโกรธ คาดว่ากล่าว ลงโทษโดยการเมียนตีและดักเตือน โดยมีร้อยละ 6.8 ที่ไม่สนใจปัญหาการใช้สารเสพติดของบุตรเลขประกอบการมีจิตใจอ่อนไหว ไม่สามารถอดทนกับสิ่งแวดล้อมนอกบ้านที่มีการระบาดของสารเสพติดมาก ทำให้เยาวชนที่ผ่านการรักษาแล้วไม่สามารถเลิกสารเสพติดได้ ถือได้ว่าเยาวชนเหล่านั้นมีการปรับทางจิตสังคมที่ไม่ดีหลายด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมในบ้าน ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และ ด้านความไม่สุขสบายทางใจ

2. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารกับการปรับทางจิตสังคม

เชค (Shek, 1997) ศึกษาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชาวจีน 365 คน โดยการตอบแบบสอบถาม พบว่า วัยรุ่นที่ตอบว่าตนเองมีการสื่อสารที่ขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว พบปัญหาการปรับทางจิตสังคมมากกว่าวัยรุ่นที่ตอบว่าตนเองไม่มีการสื่อสารที่ขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวโดยปัญหาที่พบคือการขาดความผาสุกทางใจ การมีปัญหาด้านการเรียนและยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และเสพยาเสพติด เช่นเดียวกับ การศึกษาของ พรหมพิมล หล่อตระกูล, พรหมณิภา มีรสล้ำ, และศศกร วิชัย (2541) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมในเด็กและวัยรุ่นที่มารับบริการที่ศูนย์สุขวิทยาจิต พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวโดยเฉพาะด้านความขัดแย้งกับบิดามารดา จะรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และมีปัญหาการปรับตัวมาก ทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมอื่นๆ เช่น ก้าวร้าว อันธพาล ใช้สารเสพติดรวมทั้งการฆ่าตัวตาย

3. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านบทบาทกับการปรับทางจิตสังคม

กุหลาบ รัตนสังขธรรม, วิไล สถิตย์เสถียร, ถิรพงษ์ ถิรมนัส, และพัชนี สุวรรณศรี (2541) ได้ศึกษาลักษณะสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนระดับอาชีวศึกษาในภาคตะวันออก โดยการตอบแบบสอบถามและสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ บทบาทของตนกับบุคคลในครอบครัว ความผูกพันและการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว รวมทั้งลักษณะการเลี้ยงดูของบิดามารดาและผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความเสี่ยง

ของการใช้สารเสพติด การรับรู้ความรุนแรงของสารเสพติดรวมถึงการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันการติดสารเสพติด การที่เยาวชนรับรู้ว่าการครอบครัวยุคใหม่ที่มีการปฏิบัติหน้าที่ในด้านการแสดงบทบาท ความผูกพัน การให้การสนับสนุน และให้การอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสม จะมีปัญหาด้านสารเสพติดน้อยกว่าครอบครัวที่บกพร่องในหน้าที่เหล่านี้ นั่นคือ ได้มีปรับทางจิตสังคมในด้านสภาพแวดล้อมในบ้าน และด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด นอกจากนี้ ลาตทอนไบทอกริมย์ (2530) ได้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการป้องกันการติดสารเสพติด โดยทำการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 667 คน พบว่าภูมิทัศน์ทางานการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นกับลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว โดยครอบครัวที่มีการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลและแบบรักสนับสนุน รวมทั้งทัศนคติของเด็กต่อการควบคุมสื่อมวลชนของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับภูมิทัศน์ทางานการติดสารเสพติดในสามด้านคือ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเสพติด ปริมาณการได้รับการชักจูงจากเพื่อน และปริมาณความใกล้ชิดกับสารเสพติด โดยลักษณะของความสัมพันธ์ดังกล่าว พบเฉพาะนักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดามารดา แต่ไม่พบความสัมพันธ์เช่นนี้ในกลุ่มนักเรียนที่อาศัยอยู่กับผู้อื่น นอกจากนี้ยังได้มีผู้ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่ติดสุราและสารเสพติดพบว่าผู้ป่วยเหล่านั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของตนว่ามีการปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่เหมาะสมในด้านบทบาทและความสัมพันธ์กับขนาดและความถี่ของการใช้สารเสพติดประเภทสุราและกัญชา (Mckay et al., 1991)

4. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์กับการปรับทางจิตสังคม

จากการศึกษาของที่พบว่าผู้ป่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของตนว่ามีการปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่เหมาะสมในด้านบทบาทแล้ว ยังพบอีกว่าลักษณะของการปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่เหมาะสมในการตอบสนองทางอารมณ์ยังมีความสัมพันธ์กับขนาดและความถี่ของการใช้สารเสพติดประเภทสุราอีกด้วย (Mckay et al., 1991) นอกจากนี้ สลาจท์ (Slaght, 1999) ได้ศึกษาลักษณะของ ครอบครัวของเยาวชนผู้กระทำผิดเกี่ยวกับสารเสพติดที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพจำนวน 150 ราย พบว่าครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเลิกสารเสพติด โดยลักษณะความสัมพันธ์ที่ดีของครอบครัวทั้งก่อนและหลังได้รับการปล่อยตัว รวมทั้งการได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ จะทำให้เยาวชนเหล่านั้นมีความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว จนสามารถหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพสารเสพติดได้ ซึ่งแสดงถึงการที่เยาวชนได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นผลให้มีการปรับทางจิตสังคมที่ดี

5. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์กับการปรับทางจิตสังคม

ประภาส สุขทรศณีย์ (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นใน

เขตชุมชนแออัดคลองเตยโดยการสัมภาษณ์ พบว่า ปัจจัยครอบครัวด้านความรู้สึกผูกพันกับบิดามารดา หรือผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้สารเสพติด วัยรุ่นที่ตอบว่ามีความรู้สึกผูกพันในทางบวก กับบิดามารดา หรือผู้ปกครอง จะมีอัตราการใช้สารเสพติดน้อยกว่าวัยรุ่นที่ตอบว่ามีความรู้สึกผูกพัน กับบิดามารดาน้อย ส่วนชัยวัฒน์ วงศ์อาษา และคณะ (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพื้นฐานของ ครอบครัว ลักษณะบุคลิกภาพ และกลุ่มเพื่อนต่อการใช้สารเสพติดของผู้ติดยาวัยรุ่น ในโรงพยาบาล รัชฎาภิรักษ์ เปรียบเทียบกับ นักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีไทยสุริยะ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุ ระหว่าง 15-25 ปี พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างทางครอบครัวในด้าน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสนใจบุตรของบิดามารดา การให้ความรักและการจัดการในครอบครัว และการศึกษาของ สจ๊วต (Stewart, & Brown, 1993) ที่ทำการติดตามผลการบำบัดรักษาวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดพบว่า วัยรุ่นที่ ครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันกันดี มีการพูดคุยแสดงออกต่อกันและมีความขัดแย้งในครอบครัวน้อย จะมีการปรับตัวที่ดีและสามารถเลิกเสพยาเสพติด ได้มากกว่าวัยรุ่นที่ครอบครัวมีการทำหน้าที่เหล่านี้น้อย

6. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านการควบคุมพฤติกรรมกับการปรับทางจิตสังคม

ซัลลิแวน (sullivan, 1995) กล่าวว่า วัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณค่าความเป็นอิสระ ถูกควบคุม พฤติกรรมอย่างเข้มงวด หรือถูกปล่อยปละละเลย เป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมต่อต้านบิดามารดา เนื่องจากคิดว่าบิดามารดาไม่เข้าใจตนและหันเข้าหา กลุ่มเพื่อนจะติดสารเสพติดได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหนึ่งที่สรุปว่า ความขัดแย้งกันในวิธีเลี้ยง ดูบุตร การไม่อยู่กับร่องกับรอยของบิดามารดา จะทำให้นุตรมีปัญหาในการปรับตัวจนทำให้เพิ่มความ เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด (Vicary, & Lerner, 1986)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความเกี่ยวข้อง กับการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปรับ ทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดสารเสพติด จึงนำมาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ การศึกษาในการวิจัยนี้

อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (peer group influence)

กลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญสำหรับวัยรุ่นมากที่สุดเนื่องจากธรรมชาติของวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความรู้สึกผูกพันกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าวัยอื่นวัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องการให้เพื่อนยอมรับนับถือจึงพยายามที่จะยอมรับและคล้อยตามความคิดเห็นหรือกระทำพฤติกรรมตามอย่างเพื่อนเพื่อให้เป็นที่รักใคร่และนิยมยกย่องของกลุ่ม (Ladd, & Parkhurst, 1998) วัยรุ่นจะรู้สึกว่าการคบเพื่อนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมักยึดเพื่อนเป็นแนวทางการปฏิบัติตัวในเรื่องต่างๆ ดังนั้นอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนจึงมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของวัยรุ่น และมีผลต่อพัฒนาการในด้านต่างๆ โดยเฉพาะพัฒนาการทางจิตสังคม (Steinberg, 1993) ซึ่งอาจส่งผลต่อการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นได้

จากลักษณะพัฒนาการทางสังคมที่วัยรุ่นมักมีความผูกพันกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าวัยอื่น และมักกระทำพฤติกรรมตามแบบกัน เพื่อนจึงอาจเป็นทั้งผู้ประคับประคองจิตใจและอาจชักนำไปในทางที่เสื่อมเสีย อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนจึงเป็นได้ทั้งคุณและโทษ โดยขึ้นอยู่กับลักษณะของเพื่อนที่วัยรุ่นคบอยู่ด้วย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) วัยรุ่นส่วนใหญ่จะเลือกคบเพื่อนตามความพอใจมากกว่าการใช้เหตุผล วัยรุ่นคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมไม่ดีอาจเนื่องมาจากการที่วัยรุ่นขาดความมั่นคงในจิตใจ เมื่อมีเพื่อนมาให้ความสนใจและช่วยแก้ปัญหาทางอารมณ์ให้ก็พอใจที่จะคบกันต่อไปแม้จะรู้ว่าการคบเพื่อนลักษณะนี้อาจก่อให้เกิดปัญหาได้ในภายหลัง (ปรีชา เกตุทัต, 2538) โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีปฏิสัมพันธ์ไม่ดีกับครอบครัวมักจะให้ความสำคัญกับเพื่อนมากและมักจะกระทำพฤติกรรมตามแบบกันแม้จะรู้ว่าไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติด (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) ซึ่งในเรื่องของการใช้สารเสพติดนั้น มีผู้ศึกษาไว้จำนวนมากที่สรุปว่าวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดมักคบอยู่กับเพื่อนที่ติดสารเสพติดด้วยกัน (ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา, และคณะ, 2532; ประภาศรี สุขทรงสนธิ์, 2539; วาสนา พัฒนกำจร, 2541; Dembo et al., 1994; MacKenzie, & Kipke, 1998) และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นมักเสพติดเพราะอยากรู้ อยากลองตามเพื่อน และเพื่อให้เข้ากับกลุ่มเพื่อนได้ง่าย (ชาญคณิต ก.สุริยมนิ, และคณะ, 2531; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540; Allen, 1998) ซึ่งการกระทำพฤติกรรมตามแบบกันเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มและการคบกับเพื่อนที่ติดสารเสพติดก็มีส่วนทำให้มีผลต่อการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดได้ (Tweed, & Plumlee, 1995)

เจฟฟี่ (Jaffe, 1998) กล่าวถึงอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนในช่วงวัยรุ่นว่ามีอิทธิพลทั้งในทางสร้างสรรค์และทำลาย และได้สรุปกลไกการเกิดอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (mechanisms of peer group influence) ไว้ดังนี้

1. เกิดโดยการเรียนรู้จากการสังเกต (observational learning: modeling and imitation) วัยรุ่นจะสังเกตพฤติกรรมและการกระทำต่างๆของเพื่อนแล้วมักเลียนแบบพฤติกรรมนั้น เช่น การใช้ภาษา การแต่งกาย การตัดผม โดยพฤติกรรมบางอย่างที่เพื่อนทำแม้จะรู้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่ดี และอาจเกิดผลเสียตามมาภายหลังแต่วัยรุ่นก็มักทำตามเพื่อน เช่น การดื่มสุราและใช้สารเสพติด เป็นต้น
2. เกิดโดยการได้รับแรงเสริม (reinforcement) วัยรุ่นจะแสดงพฤติกรรมต่างๆทั้งพฤติกรรมที่เป็นไปตามแบบแผนของสังคม และพฤติกรรมต่อต้านสังคม โดยพฤติกรรมเหล่านั้นจะขึ้นอยู่กับปฏิริยาที่เพื่อนแสดงออก ได้แก่ การยอมรับ การให้กำลังใจ การตักเตือน การล้อเลียน และการบังคับขู่ เจ็บให้กระทำพฤติกรรมนั้น
3. เกิดโดยการลงโทษทางลบ (negative sanction) เนื่องมาจากการที่วัยรุ่นไม่ปฏิบัติตามบรรทัดฐานของกลุ่ม หรือมีพฤติกรรมที่กลุ่มไม่ยอมรับ โดยการปฏิเสธ และกีดกันไม่ให้เข้ากลุ่ม ซึ่งอาจทำให้วัยรุ่นเกิดความวิตกกังวล และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าในสายตาของเพื่อน
4. เกิดโดยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่ม (participation in group activity) วัยรุ่นมักมีความผูกพันกับกลุ่มและใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับกิจกรรมของกลุ่ม ซึ่งการมีโอกาสเข้าร่วมในการทำกิจกรรมของกลุ่มจะทำให้วัยรุ่นได้ฝึกทักษะทางสังคมไปด้วย
5. เกิดโดยการเปรียบเทียบทางสังคม (social comparison) เป็นการเปรียบเทียบความคิดเห็น และการกระทำพฤติกรรมของเพื่อนในกลุ่มเพื่อประกอบการตัดสินใจของตน วัยรุ่นที่มีความผูกพันกับเพื่อนมากมักมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมตามเพื่อนโดยไม่คำนึงถึงผลเสียที่อาจเกิดตามมา
6. เกิดจากการถ่ายทอดทักษะ การให้คุณค่า และพฤติกรรม (transmission of skill, values, and behaviors) ระหว่างเพื่อนในกลุ่ม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเป็นที่ปรึกษา และการให้คำแนะนำต่างๆ วัยรุ่นมักให้ความสำคัญกับเพื่อนและคิดว่าเพื่อนเป็นผู้ที่เข้าใจตนมากที่สุด

เจฟฟี (Jaffe, 1998) ยังกล่าวอีกว่า กลไกในการเกิดอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้อย่างชัดเจน เพราะอิทธิพลของเพื่อน เป็นผลที่ได้จากประสบการณ์การเรียนรู้ทางสังคมที่มักเกิดขึ้นร่วมกัน ทำให้กลไกการเกิดอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนในแต่ละด้านมีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่งเซฟเฟอร์ (Shaffer, 1993) ก็ได้กล่าวว่า กลุ่มเพื่อนเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นในด้านการเป็นแบบอย่าง ซึ่งความคิด ความเชื่อ หรือการแสดงพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อนจะเป็นตัวแบบที่มีผลต่อวัยรุ่นในด้านของการเสริมแรงทั้งทางบวกและทางลบ รวมทั้งเป็นการเปรียบเทียบทางสังคมและการนำบรรทัดฐานของกลุ่มมาเป็นที่ช่วยในการตัดสินใจของวัยรุ่น หากวัยรุ่นคบเพื่อนที่ดีก็จะชักนำให้มีประสบการณ์ที่

สร้างสรรค์ และในทางตรงข้าม หากวัยรุ่นเลือกคบเพื่อนที่ไม่ดีย่อมมีแนวโน้มสูงที่จะพบกับความล้มเหลวในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและอาจถูกชักจูงให้มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การใช้สารเสพติดหรือพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ (คณะกรรมการพัฒนาการศึกษาอบรมและดูแลเด็กวัยรุ่น, 2535)

ดังนั้นนอกจากกลุ่มเพื่อนจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นมีการใช้สารเสพติดแล้ว ยังเป็นกลุ่มทางสังคมกลุ่มสำคัญที่มีอิทธิพลกับวัยรุ่นที่มารับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดอีกด้วย

จากที่กล่าวมา อาจสรุปได้ว่าอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน หมายถึง ประสบการณ์การเรียนรู้ที่วัยรุ่นได้รับจากกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับความคิดเห็น ความเชื่อ และการกระทำพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อน รวมทั้งการแสดงออกของกลุ่มเพื่อนที่มีต่อวัยรุ่น แล้วทำให้มีผลต่อความคิด ความเชื่อ และการกระทำพฤติกรรมของวัยรุ่นตามมา โดยในการศึกษานี้หมายถึงอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนในวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด ซึ่งในการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของเจฟฟี่ (Jaffe, 1998) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยจะไม่แยกเป็นรายด้านเพราะแต่ละด้านไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของเพื่อนในภาพรวมเพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้ทำนุบำรุงการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดต่อไป

อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนต่อการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด

อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนก่อให้เกิดการเลียนแบบหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนไปตามกลุ่มเพื่อนเพื่อให้เกิดการยอมรับในกลุ่ม เมื่อมีเพื่อนในกลุ่มเสพยาเสพติดวัยรุ่นก็มักจะเสพยาตามด้วย (สามารถ สิริธินสาร, 2538) แมคเคนซี และคิปกี (MacKenzie, & Kipke, 1998) กล่าวถึงลักษณะของกลุ่มเพื่อนที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ได้แก่ การอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่มีการใช้สารเสพติดหรือมีพฤติกรรมเเกร กลุ่มยอมรับพฤติกรรมของเพื่อนที่ใช้สารเสพติดหรือมีพฤติกรรมเเกรเนื่องจากเป็นบุคคลที่เป็นผู้นำของกลุ่ม รวมทั้งการอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่มีทัศนคติทางบวกต่อการใช้สารเสพติด ซึ่งหากวัยรุ่นติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้วกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบเดิมๆ และอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่มีลักษณะดังที่กล่าวมาย่อมมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับไปใช้สารเสพติดอีกได้เนื่องจากลักษณะของวัยรุ่นมักมีความผูกพันกับกลุ่มเพื่อนสูง (Dembo et al., 1994) โดยเฉพาะวัยรุ่นชายจะมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดมากกว่าวัยรุ่นหญิงทั้งนี้เพราะลักษณะบางประการของเพศชายมักมีความก้าวร้าว ต้องการผจญภัย มีความอยากรู้อยากลองมากกว่าเพศหญิง (กาญจนา พึ่งเนตร, 2537) ซึ่งจากลักษณะของวัยรุ่นชาย

จึงทำให้วัยรุ่นชายมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง (ปริญดา จิรกุลพัฒนา, 2536) มักต้องการการยอมรับนับถือจากกลุ่มเพื่อน และทนไม่ได้ต่อความรู้สึกว่าตนเองขาดเพื่อน วัยรุ่นบางรายที่มีปมด้อยหรือปมเด่นในเรื่องเพื่อนอาจใช้สารเสพติดในการสร้างความผูกพันกับเพื่อน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) ดังนั้นการที่วัยรุ่นยังมีความผูกพันกับกลุ่มเพื่อนและคล้อยตามพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อน จึงถือเป็นอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่เข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อเลิกสารเสพติด ดังเช่นการศึกษาของไคน์ท์ และซิมป์สัน (Knight, & Simpson, 1996) ที่พบว่าอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความก้าวหน้าในการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดของวัยรุ่นชายที่ติดเฮโรอีน โดยวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มเพื่อนและมีเพื่อนที่ให้ความร่วมมือในการรักษาส่งผลให้วัยรุ่นจะสนใจที่จะดูแลสุขภาพของตัวเองและมีความก้าวหน้าในการรักษาซึ่งลักษณะของการสนใจดูแลสุขภาพของวัยรุ่นจัดเป็นการปรับทางจิตสังคมที่เหมาะสมโดยการมีกลุ่มเพื่อนที่สนับสนุนการรักษาถือเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคม

จากที่กล่าวมา อิทธิพลของเพื่อน น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดสารเสพติด ผู้วิจัยจึงได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ซึ่งผลการศึกษาจะได้นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดกิจกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดเพื่อให้วัยรุ่นมีการปรับทางจิตสังคมที่เหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การที่วัยรุ่นชายเข้ารับการรักษารักษาการติดสารเสพติดนั้น วัยรุ่นจะต้องมีการปรับทางจิตสังคมที่เหมาะสมซึ่งจะเป็นปัจจัยเกื้อหนุนต่อการไม่กลับไปเสพสารเสพติดได้ การปรับทางจิตสังคมตามแนวคิดของเดอโรเกติส (1986) ได้ให้ความหมายของการปรับทางจิตสังคมว่า หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และการทำหน้าที่ในสังคม โดยเป็นการประเมินสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการปรับตัวในด้านต่างๆ 7 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพ อาชีพการงาน สภาพแวดล้อมภายในบ้าน สัมพันธภาพทางเพศ สัมพันธภาพกับครอบครัวเครือญาติ สภาพแวดล้อมทางสังคม และความไม่สุขสบายทางใจ การปรับทางจิตสังคมที่เหมาะสมในด้านต่างๆเหล่านี้จะเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้วัยรุ่นชายที่เข้ารับการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพสารเสพติดได้ ซึ่งปัจจัยที่จะทำให้วัยรุ่นชายที่เข้ารับการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดมีการปรับทางจิตสังคมที่ดีได้มีหลายประการแต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่สำคัญ 3 ด้าน

คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน สำหรับการเห็นคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ได้กล่าวถึง การเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับ ความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ วัยรุ่นติดสารเสพติดที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองน่าจะช่วยให้มีการปรับทางจิตสังคมที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพสารเสพติดได้ ส่วนปัจจัยด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวก็นับเป็นสิ่งสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมเช่นกัน โดยแนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ของ เอ็ปสไตน์ และคณะ (Epstein et al., 1962) กล่าวว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นกระบวนการที่วัยรุ่นติดสารเสพติดพิจารณาเลือก รวบรวม จัดจำ และแปลความหมายภารกิจของครอบครัวที่ปฏิบัติต่อตัววัยรุ่น ในฐานะสมาชิกของครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การ ควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป ดังนั้นหากวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดซึ่งรับรู้ว่าคุณครอบครัวของตนเองมีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวดีน่าจะช่วยให้มีการปรับทางจิตสังคมที่ดีตามไปด้วย นอกจากนี้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนก็เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมของวัยรุ่นติดสารเสพติด เนื่องจากธรรมชาติของวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความรู้สึกผูกพันกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าวัยอื่น วัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องการให้เพื่อนยอมรับนับถือ จึงพยายามที่จะยอมรับและคล้อยตามความคิดเห็นหรือกระทำการพฤติกรรมตามอย่างเพื่อนเพื่อให้เป็นที่รักใคร่และนิยมนกของของกลุ่ม (Ladd, & Parkhurst, 1998) โดยในแนวคิดของ เจฟฟี (Jaffe, 1998) กล่าวว่า กลไกในการเกิดอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ได้แก่ การรับได้รับแรงเสริมจากกลุ่ม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่ม การเปรียบเทียบความคิดเห็น และการกระทำพฤติกรรมของเพื่อนในกลุ่ม เพื่อประกอบการตัดสินใจของตน รวมทั้งการถ่ายทอดทักษะ การให้คุณค่าและพฤติกรรมระหว่างเพื่อนในกลุ่ม ซึ่งอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเหล่านี้ไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้ อย่างชัดเจน เพราะอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นผลที่ได้จากประสบการณ์การเรียนรู้ทางสังคมที่มักเกิดขึ้นร่วมกัน