

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎี วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวคิดในการดำเนินงานวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า

- 1.1 ประวัติความเป็นมาของยาบ้า และวงจรปัญหาชาบบ้า
- 1.2 ความหมายของยาบ้าและประเภทของยาบ้า
- 1.3 ลักษณะและคุณสมบัติของยาบ้า
- 1.4 การออกฤทธิ์และวิธีการเสพยาบ้า
- 1.5 สาเหตุและอาการของผู้เสพยาบ้า
- 1.6 การป้องกันและการรักษาผู้เสพยาบ้า
- 1.7 โทษและผลกระทบของการเสพยาบ้า
- 1.8 มาตรการทางกฎหมาย และพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522
- 1.9 วัชรุ่นกับปัญหาการใช้ยาบ้า

ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัย

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเสพยาบ้า
- 2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม PRECEDE Framework

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

- 3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาเสพติดและยาบ้า

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า

1.1 ประวัติความเป็นมาของยาบ้า และวงจรปัญหา ยาบ้า

ยาบ้าเป็นยาที่มนุษย์สังเคราะห์ขึ้นมาใน ปี ค.ศ. 1887 โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมัน ชื่อเอเดเลียนโน (Edeleano) สามารถสังเคราะห์ได้เป็นคนแรก ตั้งชื่อว่า แอมเฟตามีน (Amphetamine) เป็นแอมเฟตามีน ซัลเฟต (Amphetamine sulphate)

ในปี ค.ศ. 1888 นักวิทยาศาสตร์ชาวญี่ปุ่นก็สามารถสังเคราะห์อนุพันธ์ของแอมเฟตามีนได้อีกตัวหนึ่ง ตั้งชื่อว่า เมธแอมเฟตามีน (Methamphetamine) นักวิทยาศาสตร์ทั้ง 2 ชาติ ไม่ได้นำยาบ้าไปทำประโยชน์อะไรจึงนำไปขึ้นทะเบียนไว้เฉย ๆ จนกระทั่งปี ค.ศ. 1928 นายแพทย์กอร์ดอน เอ. แอลลิส (Gordon A. Alles) ได้นำยามาทดลองเพื่อจะหายามารักษาโรคหืด จึงพบว่ายาแอมเฟตามีนมีสูตรคล้ายยาอีเฟดริน (Ephedrine) มีสรรพคุณช่วยลดอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล เพราะฤทธิ์ยาเข้าไปขยายหลอดลม ทำให้หายใจโล่ง

นายแพทย์แอลลิส วิจัยพบว่า ยาบ้านี้สามารถรักษาโรคหืดคัดจมูก น้ำมูกไหลให้หายขาดได้ และเป็นยารักษาโรคหืดได้เป็นอย่างดี จึงนำผลงานนี้ไปเสนอขายให้บริษัทผลิตยาชื่อ สมิท เฟรนช์ แอนด์ ไคลน์ (Smith French and Kline) ซึ่งเป็นบริษัทเภสัชกรรมขนาดใหญ่ เพื่อผลิตยาดังนี้ออกจำหน่าย บริษัทฯแห่งนี้รับซื้อไว้ และได้ขึ้นทะเบียนสงวนลิขสิทธิ์ไว้ด้วย

ยาบ้าชนิดแรกของโลกเป็นยาอม เรียกว่า ยาเบนซิดรีน (Benedine) ยานี้ 250 มิลลิกรัม เท่ากับขนาดยาแอมเฟตามีน 25-50 เม็ดในเวลานี้ มีใช้เป็นกระดาดขับชูกด้วยยา บรรจุน้ำไว้ในหลอด ใช้สูดดม นักเสพยาจึงนิยมกันมากในสมัยนั้น

ปี ค.ศ. 1936 บริษัทผลิตยาสามารถผลิตยาบ้าให้เป็นยาเม็ดได้ เรียกว่ายาเม็ดเบนซิดรีน (Benedine) ผู้คนตื่นตื่นกันมาก บริษัทฯมีการโฆษณาอย่างแพร่หลาย จนกระทั่งยาดังนี้กลายเป็นยาสามัญประจำบ้าน

มีการโฆษณาสรรพคุณของยาบ้าว่าสามารถรักษาโรคได้ถึง 39 โรค เช่น โรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรคปวดศีรษะ โรคความดันโลหิตต่ำ โรคเมากลิ่น แม้แต่ในหญิงตั้งครรภ์แล้วมีอาการแพ้ก็รักษาได้ ขณะที่ใช้ยานี้ผู้ใช้จะรู้สึกกระฉับกระเฉง มีกำลังวังชา ไม่ง่วงนอน ตาสว่าง

ผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคอะไรเลยก็นำมาใช้อย่างผิดวัตถุประสงค์ คือ เอามาใช้เป็นยาเพิ่มพลัง เพื่อช่วยให้ขยัน ถ้าเป็นนักเรียนนักศึกษา จะช่วยให้หายง่วง ดูหนังสือได้นาน ถ้าเป็นกรรมกร จะช่วยให้ขยันขันแข็งยิ่งขึ้น ถ้าเป็นคนขับรถบรรทุก ก็ช่วยให้ขับรถได้ทั้งวันทั้งคืน

ปี ค.ศ. 1937 ได้มีการศึกษาวิจัยที่มหาวิทยาลัยมินเนโซตา ประเทศสหรัฐอเมริกา นักวิจัยเป็นห่วงว่า เขาขบวนการหลังจะคลั่งยาบ้ากันมาก เนื่องจากนำมาใช้โดยผิดวัตถุประสงค์

ปี ค.ศ. 1938 สำนักงานอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาประกาศว่า โกรจะใช้ยาเบนซิดรีนต้องมีใบสั่งจากแพทย์โดยตรง ไม่ให้ใช้เป็นยาสามัญประจำบ้านอีกต่อไป

จากการประกาศห้ามนี้ ทำให้ยาคุมเบนซิดรีนหายไปจากท้องตลาด

ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้มีการใช้ยาแอมเฟตามีน ในกองทัพอย่างมาก เพราะทำให้ทหารหาญในกองทัพเป็นทหารกล้า บ้าบิ่น ไม่กลัวตาย ไปรบที่ไหนมีแต่ความฮึกเหิม

สหรัฐอเมริกาเคยนำยาแอมเฟตามีนไปใช้ในกองทัพมากถึง 200 ล้านเม็ด ทำให้ทหารของชาติไม่หวาดหวั่นต่อความตาย มีจิตใจห้าวหาญ พร้อมทั้งจะออกรบได้ตลอดเวลา

ส่วนในประเทศญี่ปุ่นใช้ยาแอมเฟตามีน โดยให้คนงานในโรงงานผลิตอาวุธ เสพยาบ้า เพื่อจะได้มีเรี่ยวแรง ผลิตอาวุธไว้ต่อสู้ศัตรูได้นาน ๆ แต่ญี่ปุ่นก็ต้องพ่ายแพ้สงคราม ประชาชนพากันขวัญเสีย กลายเป็นโรคซึมเศร้ากันไปทั่วประเทศ

บริษัทผลิตยาแนะนำว่า ยาบ้านี้สามารถทำให้จิตใจเบิกบานแจ่มใส ช่วยให้มีพลังกายเพิ่มขึ้น ถ้านำมาเสพจะทำให้ประชาชนมีจิตใจร่วมกันพัฒนาประเทศชาติหลังสงครามได้เป็นอย่างดี

เมื่อบริษัทผลิตยาประกาศสรรพคุณของยาบ้าอย่างที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ก็ทุ่มยาบ้าเข้าสู่ตลาดทันทีเพื่อให้ประชาชนซื้อเสพ ปรากฏว่าคนญี่ปุ่นติดยาบ้าถึง 2 ล้านคน จากจำนวนประชากร 84 ล้านคน ครั้นมีผู้คนพากันติดยาบ้ามากขึ้น ทางรัฐบาลญี่ปุ่นเห็นว่า ถ้าปล่อยทิ้งไว้เช่นนี้ประเทศชาติจะต้องหายนะอย่างแน่นอน จึงได้ทำการปราบปรามยาบ้าทุกวิถีทาง โดยใช้เวลาในการปราบปรามถึง 4 ปีเต็ม ยาบ้าจึงหมดจากประเทศญี่ปุ่นไปได้ แต่กลับไปแพร่ระบาดในเกาหลี ในช่วงสงครามเกาหลี ทหารอเมริกันนิยมใช้ยาบ้ามากที่สุด ใช้โดยวิธีการรับประทาน และฉีดเข้าเส้นโลหิตดำด้วย หลังสงครามเกาหลี ทหารอเมริกันได้นำเอาวิธีการติดยาบ้าเข้าสู่สหรัฐอเมริกา ทำให้คนสหรัฐติดยาบ้าโดยการฉีดเข้าเส้นโลหิตมากขึ้น

ปี ค.ศ. 1967 ยาบ้าแพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทย

ปี ค.ศ. 1980 ยาบ้าในรูปแบบใหม่ระบวมมาจากประเทศเกาหลี และเกาะฮ่องกง ขึ้นฝั่งที่เกาะฮาวาย และเข้าไปยังสหรัฐอเมริกา ยาบ้าตัวใหม่ที่ระบวมนี้ เรียกว่า ไอซ์ (ICE) เป็นยาบ้าที่นำมาดัดแปลง (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2540)

วงจรมหาวิทยาลัย

1) การนำเข้าสารตั้งต้น ในปัจจุบันสารเคมีที่สำคัญที่เป็นสารตั้งต้นที่จะใช้ในการผลิตยาบ้า ได้แก่ อีเฟดริน(Ephedrine) ซึ่งเป็นสารที่ใช้ในทางการแพทย์ ประเทศไทยไม่สามารถผลิตอีเฟดรินได้เพราะส่วนหนึ่งสังเคราะห์มาจากต้นมาฮวง ซึ่งปลูกมากในประเทศจีน อินเดีย เยอรมัน และเซเชลโลสโตวเลีย เป็นต้น อีกส่วนหนึ่งได้จากการสังเคราะห์ทางเคมี ซึ่งอีเฟดรินนี้เป็นวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 86) พ.ศ. 2536 การนำเข้าอีเฟดรินจึงมี 2 ลักษณะคือ

1.1 การนำเข้าโดยถูกต้องตามกฎหมาย โดยการควบคุมของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งก่อนประกาศกำหนดให้อีเฟดรินเป็นวัตถุออกฤทธิ์ ในปี พ.ศ. 2533 มีการนำเข้าถึง 7,584,749 กิโลกรัม แต่ในปี พ.ศ. 2536 มีปริมาณนำเข้าเพียง 1,377 กิโลกรัม ราคาอีเฟดรินที่นำเข้าอย่างถูกต้องกฎหมายมีราคาประมาณกิโลกรัมละ 1,500-2,000 บาท (คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538 อ้างใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2541)

1.2 การนำเข้าโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมายมีกระบวนการลักลอบนำเข้าอีเฟดรินเพื่อผลิตแอมเฟตามีนขึ้น โดยแบ่งออกเป็นจุดลักลอบนำเข้า 4 จุดสำคัญ คือ (ธีระ ชัยพิริยะศักดิ์, 2541)

จุดที่ 1 การลักลอบนำเข้าด้านท่าเรือคลองเตย กรุงเทพมหานคร อีเฟดรินในจุดนี้ถูกนำมาจากสิงคโปร์ และได้หวั่น โดยปะปนกับสารเคมีตัวอื่นในตู้คอนเทนเนอร์

จุดที่ 2 การลักลอบนำเข้าทางด้านกัมพูชา ด้านจังหวัดตราด อีเฟดรินในจุดนี้ถูกนำมาจากใต้หวั่นโดยลำเลียงทางเรือ พักที่เกาะกงประเทศกัมพูชา และลักลอบนำเข้าประเทศไทย โดยมีเรือบรรทุกน้ำมัน หรือเรือประมง เป็นพาหนะนำเข้าประเทศไทย บริเวณชายฝั่งทะเลด้านตะวันออกของจังหวัดตราด

จุดที่ 3 การลักลอบนำเข้าทางด้านสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ด้านจังหวัดหนองคาย โดยกลุ่มผู้ค้าในพื้นที่จังหวัดหนองคาย เป็นผู้ดำเนินการนำเข้าทางด้านนี้

จุดที่ 4 การลักลอบนำเข้าทางด้านประเทศพม่า อีเฟดรินในจุดนี้จะถูกลักลอบเข้ามาจากมณฑลยูนนาน ประเทศจีน เข้าสู่กลุ่มขุนต่า และกลุ่มว้า และลำเลียงเข้าสู่ประเทศไทย

ข้อมูลปี พ.ศ. 2538 การลักลอบขายอีเฟดริน 1 กิโลกรัม ราคาขายประมาณ 1,700 - 2,200 บาท

2) การผลิตยาบ้า

ในช่วง 10 ปีก่อน การผลิตยาบ้าถูกดำเนินการในลักษณะผูกขาดเพียงไม่กี่กลุ่ม และเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มที่นำเข้าเคมีภัณฑ์โดยจะมีการจำหน่ายยาบ้าให้กับผู้ซื้อระดับต่างๆต่อมา สถานการณ์การผลิตมีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น การแตกตัวของกลุ่มผู้ผลิตเดิมไปสู่กลุ่มผู้ผลิตใหม่ทำให้เกิดการถ่ายเทเทคโนโลยีการผลิตมากกลุ่มขึ้นรวมถึงความต้องการในการใช้ยาบ้าภายในประเทศมีมากขึ้น เป็นต้น ทำให้เกิดปรากฏการณ์ของการผลิตยาบ้า ดังนี้

2.1 เกิดการแยกตัวของกลุ่มผู้ผลิตยาบ้าแบบครบวงจร ไปเป็นกลุ่มผู้ผลิตแบบแยกส่วนมากขึ้น กล่าวคือ มีกลุ่มผู้ผลิตหัวเชื้อ ผู้ผลิตอัดเม็ด และยังมีการเปลี่ยนแหล่งผลิตไปยังสถานที่ต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการจับกุมของเจ้าหน้าที่ตำรวจ

2.2 เกิดการขยายจำนวนของกลุ่ม ผู้ผลิตยาบ้าและพื้นที่การผลิตกว้างขวางมากขึ้น โดยมีพื้นที่ลักลอบการผลิตหัวเชื้อในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 10 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ ราชบุรี ปทุมธานี นครปฐม ฉะเชิงเทรา ชลบุรี สระบุรี เพชรบุรี และอีกหลายจังหวัดทางภาคเหนือ ส่วนของกลุ่มผู้ผลิตอัดเม็ด ยังประมาณจำนวนแหล่งผลิตอัดเม็ดไม่ได้ แต่ประมาณการว่ามีผู้ผลิตอัดเม็ดหลายสิบกลุ่มกระจายอยู่แทบทุกภาคของประเทศ โดยมีพื้นที่สำคัญในการลักลอบผลิตอัดเม็ดไม่น้อยกว่า 17 จังหวัด โดยพื้นที่ในการผลิตยาบ้าแต่ละประเภท จะมีการโยกย้ายพื้นที่การผลิตอยู่ตลอดเวลา เพื่อหลีกเลี่ยงการปราบปรามของเจ้าหน้าที่

2.3 การเพิ่มขึ้นของกลุ่มและพื้นที่การผลิตยาบ้า ซึ่งมีการยกฐานะของตนเองจากผู้ที่เคยเป็นผู้ค้าส่งยกฐานะเป็นผู้ผลิต เนื่องจากในการค้ายาบ้ามีผลกำไรและมีเงินหมุนเวียนมาก

3) การค้ายาบ้า

การค้ายาบ้ามีลักษณะที่แตกต่างไปจากการค้ายาเสพติดประเภทอื่นตรงที่มีการค้าในตลาดภายในประเทศเป็นหลัก ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อการส่งออก เหมือนยาเสพติดประเภทอื่น

โครงสร้างการค้ายาบ้า ภายในประเทศ

3.1 การค้าส่งรายใหญ่ พบได้ใน 3 ลักษณะคือ

- เป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มการผลิตครบวงจร ซึ่งทำการค้าส่งไปด้วย
- เป็นกลุ่มค้าส่งกลุ่มเดียวกับกลุ่มที่ทำการผลิตขึ้นอัดเม็ด
- เป็นกลุ่มผู้ค้าส่งที่ติดต่อซื้อยาบ้าจากกลุ่มผู้ผลิตโดยตรง

โดยทั่วไป การค้ารายใหม่ จะค้าขายกันประมาณ 100,000 เม็ด โดยไม่คำนึงว่าการค้านั้น ๆ จะมีแหล่งผลิตของตนเองหรือไม่

3.2 การค้าระดับเอเย่นต์หรือตัวแทนจำหน่าย เป็นผู้ค้ามือสองต่อจากกลุ่มผู้ค้ายาบ้าที่รับจากผู้ผลิต กลุ่มผู้ค้านี้จะส่งยาบ้าให้กับผู้ค้าทั้งในและนอกพื้นที่ และปริมาณการค้าระดับนี้ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับปริมาณการสั่งซื้อของลูกค้าในพื้นที่ต่าง ๆ บางครั้งการส่งสินค้าแต่ละครั้งอยู่ประมาณ 10,000 ถึง 100,000 เม็ด

3.3 กลุ่มผู้ค้าระดับพื้นที่ ปัจจุบัน มีการค้ายาบ้ากันในทุกจังหวัดของประเทศแล้ว โดยแต่ละจังหวัดจะมีผู้ค้าอยู่ในอำเภอใดอำเภอหนึ่ง หรือจังหวัดหนึ่ง อาจมีการค้าระดับพื้นที่ได้หลายอำเภอ ปริมาณการซื้อขายไม่แน่นอน แต่โดยมากจะซื้อขายกันประมาณ 10,000 เม็ด และซื้อกันด้วยเงินสด

3.4 กลุ่มผู้ค้าปลีก การค้าปลีกมีการกระจายอยู่ทั่วทุกจังหวัดของประเทศ ลักษณะการค้าปลีกมีวิวัฒนาการที่แบบซล โดยปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสินค้าที่กลุ่มผู้เสพใช้ประจำในกลุ่มนักเรียน มีการซื้อ-ขายกันอย่างเปิดเผย และยังมีการชุกช่อนยาบ้าในอุปกรณ์การศึกษา เช่น ในยางลบแท่ง ในดินน้ำมัน หรือผสมในเครื่องดื่มบางชนิด ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน มีการชุกช่อนในอาหาร ในห้องปลาที่ซื้อไปประกอบอาหาร ในพืชผัก ผลไม้ เป็นต้น

4) การแพร่ระบาด มีแนวโน้มว่าจะมีการแพร่ระบาดมากขึ้น เนื่องจากคุณสมบัติของยาบ้าที่ทำให้มีอาการตื่นตัว ไม่่วงนอน มีกำลังทำงาน อาการเมื่อยล้าหายไป ทำให้ยาบ้าแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางในกลุ่มอาชีพต่าง ๆ กัน เช่น เกษตรกร (ชาวไร่มันสัมปะหลัง ไร่อ้อย) กรรมกร (แบกหาม ก่อสร้าง) แรงงานประมง ผู้ประกอบอาชีพขับรถ (ขับรถบรรทุก ขับรถโดยสาร) ผู้ทำงานกลางคืน นักเรียน นักศึกษา นักกีฬา เป็นต้น (ธีระ ชัยพิริยะศักดิ์, 2541)

1.2 ความหมายของยาบ้าและประเภทของยาบ้า

ยาบ้า คือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เป็นสารจำพวกแอมเฟตามีน หรืออนุพันธ์ของสารแอมเฟตามีน บางคนเรียกว่า ยาซัน หรือยาแก้ง่วง มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดความรู้สึกตื่นตัว กระปรี้กระเปร่า อยู่หนึ่งไม่ได้ ออยากทำงาน เหนื่อยน้อยลง ทำให้จิตใจเคลิ้มสุข (Euphoria) กระตุ้น "ศูนย์อิ่ม" ทำให้ไม่อยากอาหาร แต่เมื่อสมองถูกกระตุ้นนาน ๆ ทำให้สมองเสื่อม ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนปลาย หรือประสาทอัตโนมัติ โดยผลจากระบบประสาทอัตโนมัติไปเลี้ยงอวัยวะของร่างกายนี้ ทำให้กระตุ้นการทำงานของหัวใจหัวใจเต้นเร็ว ปริมาณเลือดสูบออกจากหัวใจมากขึ้น ความดันโลหิตสูง ต่อมาระยะหนึ่งมีปฏิกิริยาได้กลับให้หัวใจเต้นช้าลงได้ มีผลต่ออารมณ์ รู้สึกกรึกรึ้น พุดมาก เพื่อ ประสาทหลอน เมื่อเลิกใช้จะซึมเศร้าอย่างหนัก กลับไป ใช้ติดต่อกันร่างกายจะอ่อนเพลียมาก เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะเกิดอาการตัวสั่น ตึงเครียด อาจหมดสติหรือตายได้ (กองสารวัตรนักเรียน, 2536)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข (2539) ให้ความหมายของยาบ้าว่า หมายถึง ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้ตื่นตัว กระปรี้กระเปร่า เหนื่อยช้า ได้แก่ ยาในกลุ่มแอมเฟตามีน พิโมลีน พิพราดอล เมทิลเฟนิเตด ในอดีตแพทย์ใช้รักษาโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคง่วงหลับ ขาดความอ้วน ปัจจุบันไม่นิยมใช้เพราะให้ผลข้างเคียง ทำให้หลอดเลือดตีบเล็กลง มือสั่น ใจสั่น อาจก่อให้เกิดอาการติดยา และเกิดอาการทางประสาทได้ ประกอบกับมีการค้นพบยาใหม่ที่ให้ผลในการรักษาที่ดีกว่า และปลอดภัยกว่า

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2538) ได้ให้ความหมายของยาบ้าว่า หมายถึง ยาประเภทกระตุ้นประสาทส่วนกลาง ซึ่งทำหน้าที่เก็บความจำ ความคิด ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว เป็นต้น ทางการแพทย์ได้คิดขึ้นมาเพื่อใช้ในการบำบัดรักษาโรคจิตซึมเศร้า โรคง่วงหลับ ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว เพราะทำให้คนไข้เกิดการเสพติด และมีผลข้างเคียงสูง หลอดเลือดตีบเล็กลง และมีอาการทางจิตชนิดหวาดระแวง เกิดภาพหลอนต่าง ๆ นา ๆ อาจทำร้ายผู้อื่น และตัวเองเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต

วิจิตร นุชยะไพศร (2538) ให้ความหมายของยาบ้าไว้ว่า เป็นยาเสพติดประเภทยากระตุ้นประสาท และเป็นยาอันตรายที่เสพติดเป็นนิสัย อยู่ในความควบคุมของ พระราชบัญญัติยาเสพติด มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางทำให้เกิดความคิดอ่านแจ่มใสขึ้นในสมอง และร่างกายไม่มีความเหน็ดเหนื่อย ในช่วงระยะแรกที่เสพ พวกที่ต้องการกำลังทางร่างกาย และสมองนิยมใช้มากกว่าบุคคลปกติ เพราะฤทธิ์ของยาทำให้เกิดอาการคิดเร็วกว่าปกติหมดสมาธิเสีย มีอิทธิพลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้เกิดความดันสูง กระตุ้นหัวใจ เกิดอาการใจสั่น การใช้ยานี้ในระยะนาน ๆ จะเกิดการเป็นพิษ สุขภาพทรุดโทรม มีความเสื่อมทางจิตและเป็นโรคหวาดระแวง

สุวัฒน์ วีระเวชเจริญชัย (2532) ให้ความหมายของยาบ้าไว้ว่า ยาบ้า หมายถึง ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทที่อยู่ในกลุ่มแอมเฟตามีน ที่มีวิธีการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง เป็นยาที่ได้จากการสังเคราะห์ขึ้นมา และอยู่ในประเภทที่ผิดกฎหมาย ขบวนการผลิต จะเริ่มจากการจัดหาสารตั้งต้น เช่น อีเฟดริน (Ephedrine) ซึ่งเป็นวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 3 เพื่อใช้ผลิตเป็นเมธแอมเฟตามีน ไฮโดรคลอไรด์ (Methamphetamine Hydrochloride) หรือยาบ้า (วัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2) ขั้นตอนการผลิตต้องนำสารตั้งต้นทำปฏิกิริยากับสารบางอย่าง เช่น ไทโอนิล คลอไรด์ (Thionyl Chloride) พัลลาเดียม (Palladium) โซเดียม อะซิเตต (Sodium Acetate) และสารที่เป็นตัวทำละลาย อะซิโตน (Acetone) กอลโรฟอร์ม (Choloform) เอทานอล (Ethanol) ไอโซโพรพานอล (Isopropanol) แอลกอฮอล์ (Alcohol) เมื่อผ่านขบวนการทางเคมีแล้วทำให้

แห้ง จะได้เกลือสีขาว ซึ่งเป็นหัวเชื้อแอมเฟตามีน และจะนำไปผสมกับสารตัวอื่นเพื่อเพิ่มปริมาณ และอัดเป็นเม็ดยาบดต่อไป

ประเภทของยาบ้าหรือแอมเฟตามีน

1. แอมเฟตามีน (Amphetamine)
ซึ่งมีชื่อทางเคมีว่า (+) - Z - amino - 1 - phenylpropane.
2. เดกซ์แอมเฟตามีน (Dexamphetamine)
มีชื่อทางเคมีว่า (+) - Z - amino - 1 - phenylpropane.
3. เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine)
มีชื่อทางเคมีว่า (+) - Z - methyl - amino - 1 - phenylpropane.
4. เมทิลเฟนิเดต (Methylphenidate)
มีชื่อทางเคมีว่า Z - phenyl - Z - (Z - piperidyl) acetic acid, methyl ester.
5. เฟนไซคลิดีน (Phencyclidine)
มีชื่อทางเคมีว่า 1 - (1 - phenyl - cyclonexyl) piperidine.
6. เฟนเมตราซีน (Phenmetrazine)
มีชื่อทางเคมี 3 - methyl - Z - phenylmorpholine.
7. เซโคบาร์บิทัล (Secobarbital)
มีชื่อทางเคมีว่า 5 - ally - 5 - (1 - methylbutyl) barbituric acid

ทั้งนี้ รวมถึงวัตถุที่มีชื่อทางเคมีอย่างเดียวกัน แต่เรียกชื่ออย่างอื่น เกลือของวัตถุดังกล่าว และวัตถุตัวรับใด ๆ ที่มีวัตถุดังกล่าว และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ผสมอยู่ด้วย

จากวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิต และประสาทประเภทแอมเฟตามีน เดกซ์แอมเฟตามีน และเมธแอมเฟตามีน นั้น เรียงรวมโดยทั่ว ๆ ไปว่า ยาแอมเฟตามีน หรือเรียกตามภาษาชาวบ้านว่า ยาบ้า ยาขยัน ยาแก้ง่วง ยาบำรุงร่างกาย ยาเพิ่มพลัง

ประเภทของแอมเฟตามีน ที่ระบาคในปัจจุบัน มีด้วยกัน 3 รูปแบบ คือ

1. แอมเฟตามีน ซัลเฟต (Amphetamine Sulfate) ผลิตรั้งแรกรู้จักทั่วไป ว่าเป็นยาครอบจักรวาล ผลิตโดยถูกต้องตามกฎหมาย สารนี้เมื่อเผาแล้วจะไหม้
2. เมธแอมเฟตามีน (Methamphetamine) ผลิตโดยนักเคมีชาวญี่ปุ่น เพื่อรักษาโรคหอบ-หืด คุณภาพดีกว่า แอมเฟตามีน ซัลเฟต ใช้เสพโดยการนำดัดทางจมูก สารนี้เผาแล้วไหม้ได้แต่ต้องใช้ความร้อนสูงถึง 300-400° C

3. เมทแอมเฟตามีน ไฮโดรคลอไรด์ (Methamphetamine Hydrochloride) ต่างจาก เมทแอมเฟตามีน ตรงมีจุดหลอมละลายต่ำ สารนี้ใหม่ได้โดยใช้ขุขมิไม่สูงนัก ปัจจุบัน ยาบ้าที่ พบในประเทศไทยเกือบทั้งหมดมีสารตัวนี้อยู่ (จากการตรวจพิสูจน์) (กาญจพงษ์ จิตะสมบัติ, 2541: 26) และจากการสัมภาษณ์ นายแพทย์อังกูร ภัทรกร นายแพทย์ 7 หัวหน้ากลุ่มงานถอนพิษยา วม โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2541 ได้ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงลักษณะเด่นของยา บ้าอีกลักษณะหนึ่งคือ ยาบ้าที่พบในปัจจุบัน สามารถระเหิดได้ในอุณหภูมิห้อง ผู้ผลิตจึงมักเติม สารบางชนิด เช่น โลหะหนัก ยาฆ่าหญ้า และหรือฟอร์เมอิลินลงไปยาบ้า เพื่อให้ยาบ้ามี ลักษณะเป็นเม็ดแข็งคงรูป ไม่แตกง่าย และทำให้เมื่อเผายาบ้าแล้วมีควันมากขึ้น ซึ่งผู้เสพยาบางคน ชอบยาบ้าในลักษณะเช่นนี้ เนื่องจากปัจจุบันผู้เสพยาบ้านิยมเสพยาบ้าโดยใช้ยาบ้าใส่ฟอยด์ลนไฟ แล้วสูดควันเข้าปาก ในวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2539 สมัยนายเสนาะ เทียนทอง เป็นรัฐมนตรีว่าการ กระทรวงมหาดไทย ได้เปลี่ยนชื่อสารกระตุ้นประสาทประเภทแอมเฟตามีนจาก “ยาบ้า” เป็น “ยาบ้า” เนื่องจากต้องการให้ประชาชนทั่วไปรู้ว่าเมื่อใช้ยาเสพติดประเภทนี้ไปนาน ๆ แล้วจะมีผล ต่อจิตใจ ทำให้เกิดอาการทางจิตประสาทและเป็นบ้าได้ ส่วนในด้านวงการแพทย์ ให้เหตุผลในการ เปลี่ยนชื่อสารกระตุ้นประสาท ประเภทแอมเฟตามีน จาก “ยาบ้า” เป็น “ยาบ้า” เนื่องจาก มีการ เปลี่ยนแปลงตัวยาจาก แอมเฟตามีนบริสุทธิ์มาเป็นเมทแอมเฟตามีน ไฮโดรคลอไรด์ ผสมร่วมกับ คาเฟอีน และอีเฟดริน ซึ่งสารชนิดนี้เรียกกันในวงการของผู้เสพยาว่า “ยาบ้าปลอม”

1.3 ลักษณะและคุณสมบัติของยาบ้า

ลักษณะ

ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน มีลักษณะเป็นผงสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขมนิด ๆ แอมเฟตามีน 1 กรัม จะละลายได้ในน้ำ 9 ซีซี (มิลลิลิตร) และใน 500 ซีซี (มิลลิลิตร) ของ แอลกอฮอล์ ผงแอมเฟตามีนไม่ละลายในอีเทอร์ สารละลายของแอมเฟตามีนมีฤทธิ์เป็นกรด เมื่อ ทดสอบด้วยกระดาษลิตมัส

ในสภาวะบริสุทธิ์ ยาบ้าเป็นของเหลว ไม่มีสี ระเหยง่าย มีกลิ่นเฉพาะตัว (กลิ่น ใบ Geranium) มีรสเปรี้ยว ส่วนใหญ่ยาบ้าเมื่ออัดเป็นเม็ดแล้วมีลักษณะแตกต่างกันตามขนาดเล็ก หรือใหญ่ บางลักษณะอาจจะเป็นเม็ดผิวเกลี้ยง หรือมีรอยบากตรงกลาง หรือแบ่งเป็น 4 ซีก รูป ัตถุฐานอาจเป็นรูปกลม รูปหัวใจ หรือ สี่เหลี่ยม สี่ลายกระต่างๆ เช่น น้ำตาล เหลือง กระปิ เป็นต้นบางชนิดเคลือบน้ำตาล และยังทำอยู่ในรูปแคปซูลใสหรือทึบ มีหลากหลาย ส่วนใหญ่ที่พบใน ปัจจุบันจะเป็นยาเม็ดกลมแบนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 6-8 มิลลิเมตร หนาประมาณ 3 มิลลิเมตร น้ำหนักเม็ดยา 70-100 มิลลิกรัม มีทั้งสีขาว สีส้ม สีน้ำตาล สีเหลือง สี่ลายกระ

สัญญาณที่พบมากคือ MY, 44, M, 99 และรูปหัวม้าตรงกลางเม็ดยา เป็นต้น ส่วนยาบ้าชนิดจิ๊ด จะใช้บรรจุหลอดฉีดเข้าสู่ร่างกาย อาจผสมลงในอาหาร หรือเครื่องดื่มโดยการรับประทาน ราคาซื้อ-ขาย ตามท้องตลาดเม็ดละ 75-120 บาท แต่ราคาทางภาคใต้จะต่ำกว่าภาคอื่น คือ ราคาเม็ดละไม่เกิน 70 บาท ในขณะที่ต้นทุนการผลิตเม็ดละ 45 บาท เท่านั้น (วัชรภา ศรีสัจจะเลิศ วาจา, 2541)

คุณสมบัติของยาบ้า

จิตแพทย์ใช้ยามานานเป็นเวลานานในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ประเภทซึมเศร้า นับว่าได้ผลช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านั้น กระปรี้กระเปร่าขึ้น แต่ในปัจจุบันเลิกใช้แอมเฟตามีนแล้ว เพราะมียาจำพวกต่อต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressant) ที่ใช้ประโยชน์ได้ดีกว่า และไม่มีผลทางเสียดัดเหมือนแอมเฟตามีนมาแทน

อายุรแพทย์ใช้ยามีในการลดน้ำหนักกว่า 20 ปี แอมเฟตามีนมีผลโดยตรงต่อศูนย์กลางที่ทำให้หิว (Hungry center) ในสมองทำให้หายหิว จิตใจสบายขึ้น (Euphoria) ทำงานได้มากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีน้ำหนักมาก แพทย์นิยมให้ใช้ยามีช่วงระยะเวลาอันสั้นเท่านั้น แต่ในปัจจุบันแพทย์ไม่นิยมใช้แอมเฟตามีนในการลดน้ำหนักเพราะผลร้ายที่ได้รับจากแอมเฟตามีนมีมาก ผลข้างเคียงทำให้หลอดเลือดตีบเล็กลง ใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง มือสั่น ใจสั่น และประกอบกับได้มีการคิดค้นยาตัวอื่น ซึ่งให้ผลดีกว่าและให้โทษน้อยกว่าแอมเฟตามีนขึ้นมาใหม่แล้ว

สำหรับแพทย์ทางประสาทยังใช้ยามีอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคนาร์โคเลปซี (Narcolepsy) โรคที่ชอบง่วงเหงาหาวนอนตลอดเวลา นอนไม่รู้จักรอ นิ่งอยู่ก็หลับไปเลย ๆ ใช้แอมเฟตามีนในขนาดพอควร จะช่วยให้ผู้ป่วยทำงานได้บ้าง จักษุแพทย์ใช้แอมเฟตามีนในการผ่าตัดคนไข้ เพราะแอมเฟตามีน มีผลช่วยในการขยายม่านตา (Mydriasis) ทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น ในคนไข้ที่เป็นโรคลมบ้าหมู (Epilepsy) แพทย์มักนิยมใช้แอมเฟตามีน เพื่อไปต้านฤทธิ์ของยาพวกฟีโนบาบิทอล (Phenobarbital) แอมเฟตามีนใช้ได้ผลในเด็กที่ซนมากอยู่ไม่สุข (Hyperkinetic syndrome) ทำให้เด็กสงบลงได้บ้าง (ป.ป.ส., 2538)

1.4 การออกฤทธิ์และวิธีการเสพยาบ้า

การออกฤทธิ์ของยาบ้า

ยานี้จะออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางซึ่งทำหน้าที่เก็บความคิด ความจำ ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เกี่ยวกับความเคลื่อนไหว การทรงตัวและการถ่าย

ทอดความรู้สึก การออกฤทธิ์จะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณยา ระยะเวลา และสูตรผสมของยาที่ใช้

คนที่อ่อนเพลียมาก พักผ่อนไม่เพียงพอ เมื่อเสพยาบ้าในช่วงแรกจะรู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ผลเสียที่ตามมาของยานี้ คือ เมื่อเสพยาไปนาน ๆ จะมีผลทำให้การใช้เหตุผลในการตัดสินใจ เสียไป อาทิเช่น เมื่อเกิดเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่ต้องการตัดสินใจทันทีทันใด สมองของคนเหล่านี้จะทำงานสับสน ไม่สามารถสั่งการให้ร่างกายทำงานได้ เช่น ควรจะหยุดรถกลับเร่งเครื่อง นอกจากนั้นในคนที่เสพยาบ้า เมื่อยาหมดฤทธิ์จะเกิดอาการง่วงนอนและเพลียมากกว่าปกติ ต้องการพักผ่อนที่ยาวนานเพื่อชดเชยส่วนที่ทำงานมากเกินไป และหากผู้เสพยาบ้ายังฝืนทำงานต่อไป โดยที่ร่างกายไม่ได้พักผ่อน เมื่อร่างกายอ่อนเพลียถึงขีดสุด จนหมดความสามารถที่จะบังคับรถไปในทิศทางที่ต้องการ หรือที่เรียกว่า “หลับใน” จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นได้อย่างง่ายดาย

หากระบบประสาทส่วนกลางได้รับการกระตุ้นเกินระดับความตื่นตัวของเซลล์ประสาทปกติ ก็จะทำให้เกิดอาการตามลำดับดังนี้ ตื่นเต้นน้อย ตื่นเต้นมาก ชักหมดสติ เสียชีวิตในที่สุด และหากความตื่นตัวของเซลล์ประสาทลดลงกว่าปกติ ก็จะเกิดอาการสงบ หลับหมดสติ และเสียชีวิตตามลำดับ (สารภี ศิลาและคณะ, 2534)

วิธีการเสพยาบ้า มี 4 วิธี คือ

1. กิน โดยการแบ่งเป็นชา (เสี้ยว) / ครั้งหนึ่ง / 1 เม็ด แล้วกินกับน้ำหรือกับเครื่องดื่มบำรุงกำลัง
2. ฉีดเข้าเส้น มักผสมกับยาเสพติดตัวอื่น ๆ เช่น ผงขาว หรือยาหล่อมประสาท
3. สูบ โดยบดคลุกกับบุหรี่สูบ
4. สูดควันระเหย คล้ายคลึงกับวิธีสูบบุหรี่ แต่จะบดแล้วลนไฟ โดยแบ่งออกเป็น
 - สูบบ้องผ่านน้ำ เพื่อลดการระคายเคือง
 - ใส่กระดาษฟรอยด์ เรียกว่า “เรือ” แล้วลนไฟ ใช้หลอดคาแพ่ดูดควันที่ระเหยออกมา เรียกว่า “จับมังกร” เป็นวิธีที่นิยมแพร่หลายในหมู่นักเรียนที่เสพยาในปัจจุบัน

1.5 สาเหตุและอาการของผู้เสพยาบ้า

สาเหตุการติดยาบ้า แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. กลุ่มผู้ใช้แรงงาน มักเสพยาเนื่องจากถูกหลอก แนะนำ ชักชวน โดยเพื่อนหรือนายจ้างให้กินเพื่อกระตุ้นให้มีแรงทำงาน โดยเฉพาะในเวลากลางคืน เมื่อใช้นานเข้าก็เกิดการเสพยาติด

2. กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา กลุ่มนี้มักเสพยา เพราะความอยากรู้อยากลองดูว่าเป็นอย่างไร ทำให้เกิดการเลียนแบบ แพร่ระบาดกลายเป็นปัญหาที่สำคัญระดับประเทศ สาเหตุการเสพมียังมีดังนี้

2.1 เป็นการสร้างค่านิยมในหมู่วัยรุ่นที่ปฏิบัติตามกัน เหมือนเป็นแฟชั่น ใครที่ไม่เคยลองถือว่าเชย ไม่ทันสมัย โดยไม่ทราบถึงผลร้ายที่จะตามมา

2.2 ใช้เพื่อเกิดความสนุกสนานครื้นเครงและลืมความทุกข์ได้ชั่วคราว

2.3 ต้องการความกระปรี้กระเปร่าในการทำงาน อ่านหนังสือหรือเตรียม

สอบ

2.4 แทรกซึมมาในรูปแบบการพนัน เช่น เล่นไพ่ หรือสล็อตเกอร์ ให้เล่นได้ดีขึ้น และนานขึ้นโดยไม่ง่วงนอน ไม่เหนื่อย เมื่อเลิกพนันก็จะถูกใช้ให้นำยาบ้าไปขายเพื่อหาเงินมาชดใช้ (กัลยา ธรรมคุณ และปราณี ภาณุภาส, 2540)

อาการของผู้เสพยาบ้า

อาการทางกาย

การใช้ยาบ้าหรือเมธแอมเฟตามีนในขนาดต่ำนาน ๆ ครั้ง ขนาด 5-20 มิลลิกรัม โดยวิธีรับประทาน จะช่วยขจัดความเมื่อยล้าภายหลังจากการทำงาน หรือช่วยให้มีกำลังเผชิญกับปัญหาที่หนัก ๆ หรือช่วยแก้อาการเมาค้าง (Hangover) หรือเพิ่มความรู้สึกที่ดีในทุกสภาวะโอกาส (get high)

การใช้เมธแอมเฟตามีนในขนาดต่ำ ติดต่อกันเป็นประจำ กรณีแพทย์เป็นผู้สั่งให้เพื่อควบคุมน้ำหนัก การใช้ในลักษณะนี้จะรับประทาน 3-4 ครั้งต่อวัน ผลของยาทำให้ผู้รับประทานรู้สึกสบายกว่าปกติ เมื่อใช้ไปนาน ๆ จะมีอาการรู้สึกคิดยา ทางจิตใจ และมีความรู้สึกจะต้องรับประทานยานั้นตลอดไป จะขาดเสียมิได้ หากหยุดยาเพียงวันเดียว ผู้ใช้จะมีอาการซึมเศร้าในทันที บางคนต้องเพิ่มขนาดของยา เพื่อให้ได้ผลดีเท่าเดิม มีรายงานว่า บางคนต้องใช้วัตถุออกฤทธิ์กดประสาท เช่น แอลกอฮอล์ เพื่อช่วยแก้อาการนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นลักษณะการใช้ยาหลาย

ลักษณะ คือ กระตุ่นและกด การใช้ยาในลักษณะดังกล่าวนี้ จะทำให้ได้รับยาเกินขนาด ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ยามาก

การใช้เมธแอมเฟตามีน โดยวิธีฉีดเข้าเส้น มีขนาดในการรักษา อยู่ระหว่าง 2.5-15 มิลลิกรัมต่อวัน แต่มีรายงานการใช้ในทางที่ผิดที่มีการฉีดเมธแอมเฟตามีน ขนาดระหว่าง 500-1,000 มิลลิกรัม ทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อต้องการให้เกิดความรู้สึก "FLASH" หรือ "RUSH" ซึ่งเป็นวิธีการเสพที่มีอันตรายสูงมาก (ไพศาล ปวงนิคม, 2535)

ถ้าใช้เมธแอมเฟตามีน 3-4 เม็ด ต่อวัน จะมีผลทางด้านจิตใจ ผู้เสพจะรู้สึกว้า
ขาดยา ไม่ได้

ถ้าร่างกายได้รับเมธแอมเฟตามีน 10-30 มิลลิกรัม จะมีผลต่อร่างกายใน 2-3 ชั่วโมงหลังจากรับประทานเข้าไปโดยคนที่ได้รับเข้าไปทำให้เกิดอาการตื่นตัวตลอดเวลา (Alertness) มีอาการอัมเอบ ปลาบปลื้ม นอนไม่หลับ และขนาด 20-30 มิลลิกรัม/วัน จะกระตุ้นคนใช้พิษสุรา เรื้อรัง ซึ่งมีอาการง่วงซึม โดยลดความกระวนกระวาย ทำให้อุณหภูมิเหล่าน้อยลง แต่อาจมีอาการประสาทหลอน (Hallucination) ซึ่งอาการนี้ จะลดลงอย่างรวดเร็ว ถ้าเมธแอมเฟตามีนถูกขับออกมาจากร่างกายจนหมด (สารภี ศิลา และคณะ, 2534)

การใช้อาบน้ำหรือเมธแอมเฟตามีนในขนาดสูงจะทำให้มีอาการต่างๆ ดังนี้ วิกลจริต ไม่รับรู้โลก ปวดเมื่อย ซึมเศร้า มือสั่น ผิวแห้ง ระบบการหายใจผิดปกติ กระเพาะอาหารทะลุ มีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง น้ำหนักตัวลดลง มีอาการขาดวิตามิน ตัวเหลือง อาจมีอาการทางจิตประสาทได้

สำหรับผู้ที่เสพติดแล้ว มักจะพบว่า มีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข กลุ้มคลั่ง ประสาทแข็ง การตัดสินใจผิดพลาด หรือมองเห็นภาพหลอน นอกจากนี้ ยังอาจตื่นเต้น ตกใจง่าย จิตสับสน หวาดระแวง และจากผลของยาต่อระบบอื่นในร่างกาย อาจทำให้ผู้เสพมีอาการผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้น เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ม่านตาขยาย มือสั่น เหงื่อออก ปากแห้ง ฯลฯ

กรณีที่ใช้ยาบ้าหรือเมธแอมเฟตามีนร่วมกับแอลกอฮอล์ ผู้ใช้มีความเชื่อว่า แอลกอฮอล์ จะไปกระตุ้นช่วยให้ออกฤทธิ์เร็วขึ้น ดังนั้น เมื่อร่างกายมีปริมาณของแอลกอฮอล์มาก จะก่อให้เกิดอาการเครียดทางประสาท เพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์และเมธแอมเฟตามีนผสมกัน ทำให้เกิดอารมณ์ที่กดคนองทางเพศ และเกิดความเครียดทางประสาท เมื่อเกิดอาการทางร่างกาย และระบบประสาทดังกล่าว ผู้ใช้ยาจึงมีความเชื่อว่าการร่วมเพศจะช่วยผ่อนคลายความเครียดทางประสาทที่เกิดขึ้นได้ (โยธิน แสงวงดี, 2534)

สำหรับผู้ที่ใช้ขนาดต่าง ๆ 20-30 มิลลิกรัม/วัน จะทำให้เกิดอาการตื่นเต้นง่าย พุดมาก อยู่ไม่เป็นสุข มือสั่น เหงื่อออกมากและนอนไม่หลับ โดยอาการที่พบบ่อยคือ

1. เบื่ออาหาร (Lose of appetite)
2. ตื่นเต้นง่าย (Excitability)
3. มือสั่น (Tremor of the hands)
4. พุดมาก (Talkativeness)
5. คลื่นไส้ (Nausea)
6. ความดันโลหิตสูง (High blood pressure)
7. หัวใจเต้นเร็วแรงขึ้น (Abnormal heart rhythm)
8. นอนไม่หลับ (Insomnia)
9. เหงื่อออก มีกลิ่นตัวแรง (Heavy perspiration)
10. ท้องเสีย (Diarrhea) หรือท้องผูก (Constipation)
11. ปากและจมูกแห้ง (Dry mouth and nose)
12. ทำงานเกินปกติ หงุดหงิด ฉุนเฉียว ชอบทะเลาะวิวาท(Hyperactive reflexes)
13. รูม่านตาเบิกกว้าง (Enlarged pupils)
14. มีอาการก้าวร้าว (Aggressiveness)
15. มีอาการเพ้อคลั่ง (Delirium)
16. มีอาการประสาทหลอน ชนิดหวาดระแวง (Paranoid hallucination)

อาการทางด้านจิตใจ

เนื่องจากยานี้ถูกดูดซึมง่าย จึงมักต้องเพิ่มขนาดเสมอ ๆ ทำให้ผู้เสพเกิดอาการทางจิต บางคนระหว่างที่เสพยาเมธแอมเฟตามีนมาได้สักระยะหนึ่ง ก็จะเกิดอาการทางจิต หรือเป็นบ้าขึ้น อาการจะคล้ายกับคนที่ เป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวงมาก จนแยกแยะไม่ออกในบางครั้ง เช่น อยู่ ๆ ก็เอะอะว่าคนจะทำร้ายตน กว่าป็นคว้าวาฐออกมาป้องกันตนเอง หรือไม่ก็หนีซุกซ่อน ไม่กล้าออกจากบ้าน พุดไม่รู้เรื่อง มักเห็นภาพหลอนต่าง ๆ นา ๆ ระหว่างที่มีอาการเหล่านี้ อาจเป็นอันตรายกับตัวเองถึงแก่ชีวิต เช่น ภาพหลอนตกใจกลัวจนวิ่งหนีตกตึก ตกจากที่สูง ถูกรถชน หรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เพราะมีความหลงคิดว่าจะมีคนมาทำร้ายตน ก็อาจจะทำร้ายคนอื่นก่อนได้ (ป.ป.ส., 2534) ผู้ใช้เมธแอมเฟตามีน สามารถปิดบังอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ไม่ให้ผู้ที่อยู่ใกล้ซัด ทราบได้ง่าย ทั้งนี้เพราะ อาการจะไม่แตกต่างไปจากอาการของผู้ที่ทำงานมากเกินไป หรือ

ในผู้ที่มีอารมณ์หงุดหงิด เป็นครั้งคราว แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ใช้เมธแอมเฟตามีนอาจจะเกิดอาการผิดปกติทางจิตแบบ Psychosis ได้ แม้ว่าจะใช้ในปริมาณที่ไม่มากนัก การใช้เมธแอมเฟตามีนในปริมาณ 50 มิลลิกรัม/วัน ติดต่อกัน 3 วัน อาจกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต (Psychosis) ได้ และโอกาสที่จะเกิดขึ้นอาจมีได้เท่ากัน ทั้งผู้ที่มีพื้นฐานสภาพจิตปกติและไม่ปกติ (วิชัย โปษยจินดา และไพวรรณ พิทยานนท์, 2534)

หากใช้ยาเกินขนาด หรือใช้ในปริมาณมาก จะทำให้ตัวซีดเหลือง ไข้ขึ้น ใจสั่น ความดันโลหิตสูง หายใจไม่ออก มือสั่นมาก เดินโซเซ กลืนไส้อาเจียน กล้ามเนื้อกระตุก ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ชัก หมดสติ หรือเสียชีวิต ด้วยอาการของโรคหัวใจ อาจมีอาการหลอดโลหิตในสมองแตก นอกจากนี้ผู้เสพ ยังมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคตับอักเสบ ไตไม่ทำงาน โรคปอดอักเสบและเป็นโรคติดเชื้ออื่น ๆ ได้ง่าย (กองป้องกันยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส., 2537)

การเผาผลาญและการขับถ่าย (Metabolism and Excretion)

หลังจากที่เสพสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน เข้าไปในร่างกาย ด้วยขนาด 12.5 มิลลิกรัม จะพบระดับยาในเลือดประมาณ 200 ไมโครกรัม/ลิตร และถูกกลดเหลือครึ่งหนึ่ง (100 ไมโครกรัม/ลิตร) ภายในเวลา 9 ชั่วโมง สารดังกล่าวนี้จะถูกขับออกจากร่างกายโดยทางปัสสาวะ

ในกรณีที่เป็นแอมเฟตามีน จะถูกขับออกจากร่างกายประมาณ 45% ภายใน 24 ชั่วโมง และพบว่า 2% ของปริมาณที่ขับออกมานั้นยังคงอยู่ในสภาพที่เป็นแอมเฟตามีนเช่นเดิม ถ้าปัสสาวะเป็นกรดจะถูกขับออกมาประมาณ 70% ภายใน 24 ชั่วโมง และ 68% ของปริมาณที่ขับออกคงอยู่ในรูปของแอมเฟตามีน

แต่ถ้าหากเป็นเมทแอมเฟตามีนจะถูกขับออกจากร่างกายในรูปเดิมคือ เมทแอมเฟตามีน ประมาณ 44% ในขณะที่บางส่วนจะถูกเปลี่ยนแปลงในร่างกาย และถูกขับออกในรูปแอมเฟตามีน ประมาณ 6-20 % และ 4 - hydroxymethamphetamine ประมาณ 10% (ธีระชัยพิริยะศักดิ์, 2541)

อาการของการเลิกใช้ยาหรือขาดยา

ผู้ป่วยที่เลิกใช้ยาบ้า หรือแอมเฟตามีน จะมีอาการทางร่างกายที่เห็นชัดคือ อ่อนเพลีย ซึมเศร้า บางครั้งมีอาการใจคอหงุดหงิด อยากรู้อยากเห็น เมื่อขาดฤทธิ์ อาการที่มักจะพบคือ

1. ปวดตามกล้ามเนื้อ
2. ง่วงนอนจัด หัวใจ

3. วิงเวียน
4. อ่อนเพลียมาก
5. ซึมเศร้า ไม่มีชีวิตจิตใจ
6. มือสั่น

ใน 4-8 ชั่วโมง เมื่อขามดฤทธิ์แล้ว หากใช้อีกเป็นครั้งที่ 2 หลังจากนั้นร่างกาย จะเกิดการด้านชาเกิดอาการหลับในขึ้นได้ (ป.ป.ส., 2534)

อาการของการขาดยา

เมื่อผู้ใช้ติดแอมเฟตามีนและ/หรือเมธแอมเฟตามีนแล้ว หากไม่ได้ใช้อีก ก็จะเกิดอาการขาดยา เนื่องจาก แอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทส่วนกลาง ผู้ใช้จะมีอาการทุกข์ทรมานมาก คือ รู้สึกอ่อนเพลียเหลือแรงมากจนกระทั่งอาจไม่มีแม้แต่แรงจะรับประทานอาหารเองได้ จะมีอาการกระวนกระวายกระสับกระส่าย ความคิดสับสน เช่น ไม่รู้ตัวเองว่าเป็นใครอยู่ที่ไหน ปวดศีรษะ เหงื่อออกมาก ปวดตามกล้ามเนื้อ ปวดบิดในท้อง มีความรู้สึกร้อนจัดสลับกับหนาวจัดได้ อาจทรมานทุยอะอะอาละวาดทำร้ายผู้อื่นใกล้เคียง ที่สำคัญคือ อาจฆ่าตัวตายเพราะรู้สึกเศร้ามาก ซึ่งเกิดจากฤทธิ์ที่ขาดยานั้นเอง อาการเหล่านี้ จะเกิดขึ้นภายหลังจากขาดยาไปเพียง 2-3 วัน และอาจมีอาการทรมานแบบนี้เป็นสัปดาห์ ๆ ซึ่งผู้ที่ติดยาบ้า แล้วมักทนต่ออาการขาดยาไม่ได้ ต้องไปเสาะแสวงหายาใหม่อีก เพื่อบำบัดความต้องการของตนเองให้พ้นจากความทรมาน กลายเป็นวัฏจักรที่ไม่สิ้นสุด คล้ายกับตกเป็นทาสของแอมเฟตามีน เมื่อไม่กินก็ไม่มีแรงทำงาน เพราะยังเพลียมาจากการขาดยา เหมือนกับผู้ติดยาเสพติดทั่วไป หลายคนอาจคิดว่า ถ้ามียาให้ผู้ที่ติดใช้เรื่อยๆ ก็คงไม่เป็นอะไรมากนัก แต่ปรากฏว่า ถึงแม้ว่าจะมียาใช้สม่ำเสมอ ผู้ใช้ก็อาจเกิดอันตรายจากพิษยา เพราะผลัดเปลี่ยนใช้ยาเกินขนาด เนื่องจากผู้ใช้ยาเสพติดมักใช้จำนวนยาเพิ่มขึ้นทุกที พิษจากการใช้ยามากเกินไป จะทำให้ผู้นั้นมีอาการที่น่าตกใจ คือ ตัวซีด เหลือง ไข้ขึ้น ความดันโลหิตสูงมาก ใจสั่น หายใจไม่ออก มือสั่น เดินโซเซ กลืนไม่ได้ อาเจียน ชัก หมดสติ และอาจถึงตายได้ (สำนักงาน ป.ป.ส., 2534)

การสังเกตอาการของผู้เสพยาบ้า

ผู้เสพยาบ้า มักจะโผงผาง ฉุนเฉียว เกะกะระราน อารมณ์หงุดหงิด พุดจาเร็ว คึกคัก ไม่อยากรับประทานอาหาร ไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย ปากแห้ง ลมหายใจเหม็น จุดดำตามือกกว้าง มักสวมแว่นเพื่อซ่อนเร้น เหงื่อออกมาก ชอบเลียริมฝีปาก ชอบจูและเกาขมุก ขุนนุหรือจัด (สำนักงาน ป.ป.ส., 2538)

1.6 การป้องกันและการรักษาผู้เสียหาย

การป้องกันการเสียหาย หมายถึง การให้การศึกษา ข่าวสาร ความรู้และข้อมูลในเรื่องคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับยา ตลอดจนการป้องกันตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้รอดพ้นจากยาเสพติดได้

มาตรการป้องกันการเสพยาเสพติดในปัจจุบัน

1) มาตรการทางการศึกษา (Education Measure) เป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาจิตใจและทักษะชีวิต โดยเน้นทักษะการปฏิเสธ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับกลุ่มเป้าหมาย อันจะเป็นภูมิคุ้มกันยาเสพติด โดยบรรจุเนื้อหาผสมผสานไปกับการสอนวิชาต่าง ๆ ในระบบปกติ

2) มาตรการบริการสารสนเทศ (Information Measure) เป็นการให้ความรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับโทษพิษภัย อันตรายของยาเสพติด และวิธีการป้องกัน โดยผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อที่จะให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักและตื่นตัวต่อปัญหายาเสพติด และเพื่อสร้างเจตคติค่านิยมที่ถูกต้องให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยมุ่งหวังที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีผลต่อการป้องกันและต่อต้านยาเสพติด

3) มาตรการทางเลือก (Alternative Measure) เป็นการจัดกิจกรรมที่จะช่วยในการส่งเสริม สนับสนุน และตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อให้รู้จักหาทางเลือกที่เหมาะสม และเป็นประโยชน์ต่อตนเอง สามารถนำตนเองไปสู่การมีชีวิตอย่างมีคุณภาพโดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติด

4) มาตรการสอดแทรก (Intervention Measure) เป็นการจัดกิจกรรมที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มีปัญหา ให้สามารถรู้จักการหลีกเลี่ยงและแก้ไขปัญหา หรือเอาชนะปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และถ้าบุคคลมีการเสพยาเสพติดอยู่แล้ว ก็ให้รู้จักเลือกและตัดสินใจในการที่จะใช้บริการทางสังคมต่าง ๆ ที่มีอยู่ เพื่อแก้ปัญหานั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสม

5) มาตรการใช้นวัตกรรมใหม่ ๆ (Innovation Measure) เป็นการนำเอาวิธีการ กระบวนการหรือเทคนิคใหม่ ๆ ที่ใช้ในการดำเนินการป้องกันสารเสพติดให้เกิดประสิทธิภาพ

การป้องกันการเสียหายสามารถเริ่มต้นได้จากครอบครัว พ่อแม่ผู้ปกครองสามารถสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดให้แก่บุตรหลานได้โดย

1) พ่อแม่ผู้ปกครองประพฤตินั้นเป็นแบบอย่างที่ดีของบุตรหลาน บุตรหลานมักจะเลียนแบบหรือเคยชินต่อการกระทำของผู้ที่เขาใกล้ชิด โดยไม่รู้ตัวหรือมิได้ตั้งใจ พ่อแม่ผู้ปกครองจึงควรวางตัวเป็นแบบอย่างที่ดีของบุตรหลาน ทั้งในเรื่องของกฎธรรม ความประพฤติ ความขยันหมั่นเพียร และความเป็นระเบียบวินัย รวมทั้งไม่หมกมุ่นในอบายมุขและสิ่งเสพติด

เพราะอาจเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีแก่ลูกหลาน ซึ่งอาจจะเลียนแบบหรือประพฤติตาม เพราะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา

2) สร้างความอบอุ่นในครอบครัว พ่อแม่ผู้ปกครอง ควรสร้างบรรยากาศในบ้านให้น่าอยู่ มีความอบอุ่น และมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว โดย

2.1 มีเวลาให้กับบุตรบ้าง เพื่อพูดคุยเป็นที่ปรึกษา ให้ความใกล้ชิดสนิทสนม หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันในครอบครัว

2.2 ควรใช้เหตุผลและความเข้าใจในการอยู่ร่วมกัน โดยไม่ใช่อารมณ์เลี้ยงบุตรหลาน เนื่องจากการใช้อารมณ์ที่ขาดเหตุผลเป็นต้นเหตุสำคัญของการทะเลาะเบาะแว้ง และทำลายความสงบสุขในครอบครัว ทำให้ขาดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ลูกรู้สึกขาดความอบอุ่นและขาดความมั่นคงทางจิตใจ พ่อแม่ควรเรียนรู้และเข้าใจพฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติของลูก โดยเฉพาะลูกที่เป็นวัยรุ่น

3) อบรมเลี้ยงดูลูกหลานอย่างถูกวิธี โดย

3.1 ควรสอนให้ลูกได้รู้วิธีการใช้ยาในทางที่ถูกต้องและปลอดภัย รู้เกี่ยวกับโทษพิษร้ายของยาเสพติดตั้งแต่ลูกยังเล็ก ๆ และเปิดโอกาสให้ลูกรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติดในแง่บวกต่าง ๆ จะช่วยป้องกันลูกไม่ให้ถูกล่อลวงให้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด หรือการใช้ยาในทางที่ผิดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์

3.2 ชี้แจงให้ลูกได้เข้าใจและยอมรับสภาพที่แท้จริงของครอบครัว ควรใช้ชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง รู้จักช่วยเหลือตนเอง และรู้จักใช้ธรรมะในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากถ้าลูกใช้ชีวิตที่เกินสภาพที่เป็นอยู่ หรือคิดในสิ่งที่เป็นไปได้ อาจมีความกดดันและเกิดปัญหาชีวิตขึ้นได้ ลูกอาจหาทางออกโดยใช้ยาเสพติดเป็นที่พึ่ง

3.3 สอนให้ลูกรู้จักยอมรับในสิ่งที่ดี และรู้จักปฏิเสธในสิ่งที่จะทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ชีวิต

3.4 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ลูกได้รู้จักใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น ฝึกดนตรี เล่นกีฬา อ่านหนังสือ ตลอดจนให้ลูกรู้จักเรียนรู้ลงมือทำในสิ่งที่ ถูกต้องและมีโอกาสได้แสดงออก

3.5 ให้ความสนใจและเอาใจใส่ต่อการคบเพื่อนของลูก พร้อมทั้งคอยสนับสนุนให้ลูกได้มีโอกาสนับเพื่อนที่ดี (สำนักงาน ป.ป.ส., 2540)

การรักษาผู้เสพติดยาบ้า

การบำบัดรักษาผู้เสพติดยาบ้า สิ่งที่สำคัญที่สุดอยู่ที่ความตั้งใจจริงในการเลิก เนื่องจากยาเสพติดประเภทนี้มีคุณสมบัติทำให้ผู้เสพมีอาการอยากเสพอย่างรุนแรง เช่นเดียวกับ เฮโรอีน ทินเนอร์

ขั้นตอนการบำบัดรักษาที่สำคัญมี 4 ขั้นตอน ดังนี้ (ฉวีวรรณ ศิริพันธุ์, 2521)

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนรักษา (Pre-admission)

ใช้เวลาประมาณ 1-4 สัปดาห์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานของนักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่สัมภาษณ์ ชักถามประวัติ เชิญบ้าน และให้คำปรึกษาแนะนำ เพื่อให้ผู้เสพยาบ้าพร้อมที่จะปรับตัวก่อนการรักษา โดยสถาน ลาโรงเรียน และไม่มีภาระกิจใด ๆ ทั้งสิ้น เพื่อจะได้เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวของผู้เสพติดต้องร่วมมือ ผู้เสพติดและครอบครัวต้องมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ เพราะบางครั้งผู้เสพติดอาจจะไม่อยู่ในสภาพที่จะรับคำแนะนำได้ ครอบครัวจะต้องเป็นผู้รับคำแนะนำไปถ่ายทอดให้แก่ผู้เสพติดได้

2. การรักษาทางยา หรือขั้นตอนพิษยา (Detoxification)

การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า ต้องมีการควบคุมอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากการขาดยา เช่น อาการซึมเศร้า (Depression) ความวิตกกังวลที่ฆ่าตัวตาย อาการทางจิต หรือการก่อความไม่สงบ เป็นต้น จึงจำเป็นต้องใช้ยาลดอาการทางจิต (Antipsychotic Drugs) สำหรับวันแรก ๆ ของการรักษาหรือลดอาการทางจิต และอาการคลุ้มคลั่ง (Paranoid and delusion symptoms) ส่วนอาการขาดยาทางจิตนั้น ควรใช้ยาในกลุ่มไตรไซคลิกแอนติดีเพรสแซนต์ (Tricyclic antidepressant) ในระยะเวลา 1 เดือน หรือมากกว่านั้น แล้วแต่อาการที่ปรากฏ ส่วนในรายที่ไม่มีอาการทางจิต ใช้ยา ไดอะซีแพม (Diazepam) ขนาด 5-10 มิลลิกรัม รับประทานหรือฉีดทุก 3 ชั่วโมง จะช่วยลดอาการตื่นตระหนก หรืออาการกระตือรือร้น (Agitation and Hyperactivity) อาการหัวใจเต้นผิดปกติ สามารถบรรเทาได้ด้วยยาโพรปราโนโลล (Propranolol) ขนาด 10-20 มิลลิกรัม ด้วยการรับประทานทุก 4 ชั่วโมง

3. การรักษาทางจิตบำบัด (Psychosocial Treatment) ในรายที่ยังไม่กลับไปใช้ยาอีก การติดตามบำบัดรักษาโดยจิตแพทย์สามารถช่วยให้ผู้เสพสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำในการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การพบปะกับบุคคลที่ไม่ควรพบ สถานที่ที่จะไป และสิ่งที่จะนำไปสู่การกระตุ้นให้เสพยาอีก

การฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องเน้นที่การปฏิเสธการเผชิญหน้ากับยาเสพติด การดูแลเอาใจใส่เด็กเช่นบุคคลอื่น การหลีกเลี่ยงสถานการณ์และภาวะทางจิตที่จะนำไปสู่ความต้องการเสพ (ธีระ ชัยพิริยะศักดิ์, 2541)

4. การติดตามดูแลภายหลังการบำบัดรักษา (After care)

นักสังคมสงเคราะห์ จะต้องคอยติดตามดูแล ให้คำแนะนำต่ออีกระยะหนึ่ง อย่างน้อย 1 ปี หรือประทับประคอง และส่งเสริมให้ผู้เสพสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในครอบครัว ในชุมชนในการรักษาผู้ติดยาบ้า จำเป็นต้องรักษาครอบครัวด้วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจธรรมชาติของผู้ติดยาทั้งขณะติดยา ขณะรักษา และภายหลังการรักษา เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างถูกต้อง ครอบครัวต้องดูแล เอาใจใส่ ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ติดยาได้แล้ว สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตลอดไป

ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า และยาเสพติดทั่วไป

ในปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าและยาเสพติดทั่วไปในประเทศไทย มีการดำเนินงานอยู่ 3 ระบบคือ

1. การบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจ (Voluntary System) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เสพยาเสพติดที่มีความต้องการจะเลิกใช้ยาเสพติดได้สมัครใจที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน
2. การบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ (Correctional System) เป็นการบำบัดรักษาผู้ติดยาที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติด และถูกจับกุม ซึ่งต้องได้รับการบำบัดรักษาภายใต้ขอบเขต ข้อบังคับของกฎหมาย โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กรมคุมประพฤติ (กระทรวงยุติธรรม) และทัณฑสถานบำบัด (กระทรวงมหาดไทย)
3. การบำบัดรักษาในระบบบังคับ (Compulsory System) เป็นการใช้กฎหมายบังคับผู้ติดยาเสพติดให้เข้ารับการรักษาในสถานที่ที่จัดตั้งขึ้นเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรมคุมประพฤติ สังกัดกระทรวงยุติธรรม เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินงาน

1.7 โทษและผลกระทบของการเสพยาบ้า

โทษของการเสพยาบ้า

โทษเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ซึ่งอาจจะมีอาการทางสมองปรากฏให้เห็น ได้แก่ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ ตัวสั่น ตกใจง่าย ช่างพูด ประสาทตึงเครียด โกรธง่าย อ่อนเพลีย เป็นไข้ จิตใจสับสน บางครั้งมีอาการมึนงง กระวนกระวาย เพ้อคลั่ง ประสาทหลอน ถ้าเป็นผู้ป่วยโรคจิต อาจจะมีความรู้สึกลอยจากตัวตายหรือฆ่าผู้อื่น ส่วนอาการที่เกี่ยวกับการไหลเวียนของโลหิตที่ปรากฏให้เห็นได้แก่ ปวดศีรษะ หนาวสั่น หน้าซีด หรือหน้าแดง หัวใจเต้นแรง และจังหวะการเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ ปวดหน้าอกด้านซ้าย เหงื่อออกมาก หรือ

ความรู้สึกในรสอาหารผิดไป เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดินและปวดท้องอย่างรุนแรง ถ้าอาการรุนแรงมากก่อนตายมักจะมีอาการชัก หมดสติ

โทษจากการใช้ยาในระยะเวลาานาน ถ้าใช้ยาในกลุ่มนี้านาน ๆ จะทำให้สมองและร่างกายถูกกระตุ้นอยู่เสมอ โดยไม่ได้รับการพักผ่อน ร่างกายจะถูกฝืนให้ทำงานหนักอยู่ตลอดเวลา ในที่สุดก็จะทำให้สุขภาพทรุดโทรมลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่นเดียวกันกับการเกิดโทษเฉียบพลัน และทำให้ร่างกายเกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย โรคที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ โรคตับอักเสบ ไตไม่ทำงาน โรคเกี่ยวกับปอด นอกจากนี้การใช้กลุ่มยาแอมเฟตามีน เป็นระยะเวลาานาน จะทำให้เกิดอาการประสาทหลอนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนขับรถ เวลามีอาการประสาทหลอนจะรู้สึกเหมือนกับว่ามีใครติดตามมาและพยายามที่จะจับตัว จึงต้องขับรถเร็วเพื่อจะหนี ซึ่งอาจจะทำให้ประสบอุบัติเหตุและเสียชีวิตได้ หรือในระหว่างที่ขับรถเร็ว ๆ อาจจะมีหน้ามืดทันที ทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นได้

นอกจากนี้ในหญิงที่ตั้งครรภ์ หากใช้ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน บุตรที่เกิดมาจะมีอาการคล้ายคนติดยาและมักจะเสียชีวิตตั้งแต่แรกคลอด ส่วนนักเรียนที่โกส้อบ ซึ่งเข้าใจผิดคิดว่า จะช่วยให้ดูหนังสือได้มากและความจำดีขึ้นนั้น ไม่เป็นความจริง เพราะทุกรายที่เสพยาบ้าแล้วจะเข้าทำนองยิ่งอ่านยิ่งลืม

ผลกระทบของการเสพยาบ้า

ผลกระทบของการเสพยาบ้า หรือแอมเฟตามีน ต่อการดำรงชีวิตประจำวันในสภาพสังคมปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น คือ

1. ต่อตัวผู้เสพ
2. ต่อครอบครัว
3. ต่อเศรษฐกิจ
4. ต่อสังคม

1. ผลกระทบต่อตัวผู้เสพ

การเสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีนเป็นประจำจะถูกฤทธิ์ยากระตุ้นอยู่เสมอ ดังนั้น เมื่อหมดฤทธิ์ยา ผู้เสพจึงมักจะมีสภาพที่อ่อนเพลียอย่างหนัก หลับอย่างทันทีทันใด ระบบประสาทการรับรู้อ่อนลง นอกจากนั้นหากเสพเกินขนาดหรือเสพติดต่อกันเป็นเวลานาน ยังก่อให้เกิดโทษและพิษภัยต่อร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อจิตใจ มักเกิดอาการประสาทหลอนหรือเกิดอาการของโรคจิตได้

การใช้ยาบ้า มีผลกระทบต่อตัวผู้เสพเอง หลายประการ คือ

1) สูญเสียอวัยวะร่างกาย พิการ ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิต เนื่องจากประสบอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งปัจจุบันเกิดขึ้นอยู่ประจำ ส่วนใหญ่จะเป็นรถยนต์บรรทุกต่าง ๆ และรถยนต์โดยสารประจำทาง

2) ความเสียหายต่อทรัพย์สิน ที่จะต้องสูญหาย อันเนื่องจากอุบัติเหตุ

3) ถูกดำเนินคดี จากกรณีซื้อ-ขายยาบ้า

4) ว่างงาน หรือถูกให้ออก ไล่ออก ปลดออก จากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจาก

การเสพยาบ้า อันทำให้ร่างกายพิการ สูญเสียทรัพย์สิน หรือเสียชื่อเสียงของผู้ว่าจ้าง หรือเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง จนขาดความเชื่อถือ

5) สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ทำให้เสียการเรียน และเป็นที่ยังเกียดของสังคม

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

ผลที่จะกระทบไปสู่บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวนั้น อาจแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าผู้ที่เสพยาบ้า นั้น มีบทบาทหน้าที่อย่างไร ในครอบครัว โดยอาจได้รับผลกระทบ ดังนี้

1) รายได้ลดน้อยลง หรือประสบกับภาวะฝืดเคือง หากผู้เสพซึ่งเคยเป็นกำลังสำคัญในการหารายได้ให้กับครอบครัว ต้องถูกดำเนินคดีทางกฎหมาย และไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป

2) เป็นภาระให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เสียเวลาดูแลชีวิต ความเป็นอยู่ หากบุคคลในครอบครัวเสพยาบ้า และเกิดอุบัติเหตุสูญเสียอวัยวะร่างกาย พิการหรือทูพพลภาพ

3) บุตรธิดาขาดการดูแลจากบิดา อาจเกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปในทางที่ผิด หรือหันไปพึ่งยาเสพติดต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังจะต้องขาดโอกาสทางการศึกษาโดยไม่สามารถศึกษาต่อได้เพราะต้องหันมาทำงานเพื่อช่วยเหลือครอบครัวแทน

4) สภาพจิตใจของคนในครอบครัวถูกกระทบกระเทือน เมื่อเกิดความรู้สึกผิดหวัง เพราะหากลูกซึ่งพ่อแม่ฝากความหวังไว้ อยากเห็นอนาคตที่ดีสดใส มีชีวิตที่ดี กลับหันมาเรียนไปมั่วสุมเสพยาบ้า สร้างปัญหานั้นทอนกำลังใจ สภาพจิตใจของพ่อแม่จะทรุดโทรมลง

3. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

1) ประเทศชาติขาดกำลังแรงงานในช่วงวัยสำคัญไปอย่างน่าเสียดาย ทั้งกำลังแรงงานในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพัฒนาการศึกษาของชาติ

2) รัฐบาลต้องขาดรายได้ ในรูปภาษีเงินได้จากการว่างงาน ไม่มีงานทำ จากแรงงานที่อ่อนแอและไร้ฝีมือ

3) สูญเสียงบประมาณของรัฐบาลในการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า การดำเนินงานปราบปรามแหล่งผลิต แหล่งจำหน่ายยาบ้า ซึ่งมีแนวโน้มจะแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น โดยปริมาณการจับกุมผู้จำหน่ายและแหล่งผลิตยาบ้าทั้งรายใหญ่และรายย่อยมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ

4. ผลกระทบต่อสังคม

1) เกิดปัญหาอาชญากรรม จากกรณีผู้เสพยาบ้า มีอาการทางจิต กลุ่มคลั่ง เกิดภาพหลอนต่าง ๆ มีการจี้ตัวประกัน หรือก่อเหตุการณ์ที่ทำลายขวัญของประชาชนทั่วไป ซึ่งบุคคลที่ต้องรับเคราะห์กรรม บางครั้งเป็นเด็กไร้เดียงสา เป็นบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลทั่วไป เมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้จะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต เป็นผลกระทบต่อความปลอดภัยของคนในสังคมอย่างมาก

2) เกิดความสูญเสียต่อสังคมส่วนรวม ทั้งนี้ เพราะการเกิดอุบัติเหตุ นอกจากจะสร้างความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินของผู้เสพยาบ้าหรือผู้ว่าจ้างแล้วยังสร้างความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่บุคคลอื่น หรือสังคมส่วนรวม โดยที่กลุ่มคนเหล่านี้มิได้เกี่ยวข้องอย่างใดด้วยเลย ในการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง มีตัวเลขของการสูญเสียที่สูงมาก รวมทั้งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสภาพจิตของผู้ที่ประสบเหตุด้วย

3) เกิดปัญหาการว่างงาน เนื่องจากการเสพยาบ้าเป็นเวลานานยอมทำให้ศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคคลนั้นสูญเสียไป ทำงานได้ช้าลง ขาดประสิทธิภาพ ไม่ได้รับความเชื่อถือ หรือไว้วางใจจากผู้ว่าจ้าง

4) เกิดปัญหาในครอบครัว เด็กขาดความอบอุ่นอันเนื่องมาจากสูญเสียบิดา ทูพพลภาพ หรือบิดาว่างงานไร้อาชีพ ส่งผลถึงบุตรธิดาโดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น ทำให้เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปในทางลบ

1.8 มาตรการทางกฎหมาย และพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

เดิม แอมเฟตามีน เป็นวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 2 ตาม พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

ปัจจุบัน แอมเฟตามีน ถูกเปลี่ยนเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีน ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 97 (พ.ศ. 2539) ลงวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2539 มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2539 เป็นต้น

การเปรียบเทียบปัญหาและอัตราโทษของผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาบ้า
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2541

กรณีที่ทำผิด	บทกำหนดโทษ	โทษปรับ
● เสพเข้าสู่ว่างาย	จำคุก 6 เดือน - 10 ปี	5,000 - 100,000 บาท
● หลอกหลวง/ขู่เชิญ/ข่มขืนใจ ให้ผู้อื่นเสพ	จำคุก 2 - 20 ปี	20,000 - 200,000 บาท
- ถ้ากระทำโดยมีอาวุธ	จำคุก 4 - 30 ปี	40,000 - 300,000 บาท
- ถ้ากระทำกับหญิงและผู้ที่ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ	ประหารชีวิต	-
- ขูยส่งเสริมให้ผู้อื่นเสพ	จำคุก 1-5 ปี	10,000-50,000 บาท
● จำหน่าย หรือมีไว้ใน ครอบครองเพื่อจำหน่าย ปริมาณคำนวณเป็น สารบริสุทธิ์เกิน 20 กรัม ขึ้นไป	จำคุก 5 ปี ถึงตลอดชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือประหารชีวิต)100กรัมขึ้นไป	50,000-500,000 บาท (20 กรัมขึ้นไป แต่ไม่เกิน 100 กรัม)
● ครอบครอง (มีปริมาณคำนวณเป็นสาร บริสุทธิ์ไม่ถึง 20 กรัม)	จำคุก 1 - 10 ปี	10,000 - 100,000 บาท
● ผลิต, นำเข้า, ส่งออก (มีปริมาณคำนวณเป็น สารบริสุทธิ์ตั้งแต่ 20 กรัม ขึ้นไป)	จำคุกตลอดชีวิต ประหารชีวิต	-

จากการเปรียบเทียบปัญหาและอัตราโทษของผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาบ้าดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลง แอมเฟตามีนให้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีนแล้ว ผู้ที่กระทำความผิดเกี่ยวกับยาแอมเฟตามีนจะได้รับโทษขั้นสูงสุดถึงประหารชีวิต และเมื่อเปรียบเทียบข้อหาที่กระทำผิดฐานเดียวกันแล้วจะเห็นได้ว่า ผู้กระทำความผิดจะได้รับโทษสูงขึ้นทุกกรณี โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะไม่มีการอนุญาตให้นำแอมเฟตามีนมาใช้เพื่อการรักษาพยาบาลและเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์อีกต่อไป

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

แบ่งยาเสพติดให้โทษออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

ประเภท 1 ได้แก่ เฮโรอีน อะซิโพรพิน อีโพรพิน แอมเฟตามีน
เดกแอมเฟตามีน แอลเอสดี (เป็นยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง)

ประเภท 2 ได้แก่ มอร์ฟิน ฟีน เอธิลมอร์ฟิน โคลเคอิน โคคาอิน
โคฟีนิลออกซีเลท ฯลฯ (เป็นยาเสพติดให้โทษทั่วไป)

ประเภท 3 ได้แก่ ยาแก้ไอที่มีฝิ่นหรือโคลเคอินเป็นส่วนผสม ยาแก้ท้องเสีย
ที่มีโคฟีนิลออกซีเลทเป็นส่วนผสม ฯลฯ

ประเภท 4 ได้แก่ อะเซติกแอนไฮโดรด์ อะเซทิลกลอไรด์ (เป็นสารเคมีที่
ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2)

ประเภท 5 ได้แก่ กัญชา ฝิ่นกระท่อมและเห็ดขี้ควาย (เป็นยาเสพติดให้
โทษที่มีได้เข้าข่ายอยู่ในประเภท 1-4)

1.9 วัยรุ่นกับปัญหาการใช้ยาบ้า

“วัยรุ่น” เป็นวัยที่สำคัญวัยหนึ่งในชีวิตมนุษย์ ปัจจุบันสังคมทุกแห่งได้ให้ความสนใจ
สนใจช่วงวัยนี้มาก ทั้งนี้เพราะวัยนี้เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อสำคัญของชีวิต เป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลง
ทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงทำให้มีพฤติกรรมและแนวความคิดที่แปลก ๆ ออกมาเสมอ เด็กวัยนี้มี
อารมณ์อ่อนไหว ง่ายต่อความเปลี่ยนแปลงทั้งทางที่ดีและเลว เด็กวัยนี้จึงดูเป็นเด็กที่สังคมมองว่ามี
ปัญหาอยู่ตลอดเวลา บิดา มารดา ครูอาจารย์ และ ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด จึงมีส่วนสำคัญที่จะช่วย
ประคับประคองเอาใจใส่ต่อเด็กวัยนี้มากเป็นพิเศษ การจัดกิจกรรมและการดำเนินการต่าง ๆ จึง
ต้องสอดคล้องและสามารถสนองตอบต่อความต้องการของเด็กวัยนี้ได้เหมาะสม

วัยรุ่น หมายถึงอะไร

ความหมาย คำว่าวัยรุ่น ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Adolescence หมายถึง
การเจริญเข้าสู่ภาวะการเป็นผู้ใหญ่ (to go to adulthood) (Steinberg, 1993 อ้างใน ภาวิณี
อยู่ประเสริฐ, 2540)

สแตนเบิร์ก (Steinberg, 1993) ได้ให้ความหมายไว้ว่า วัยรุ่นหมายถึงวัยที่กำลัง
เจริญเติบโตเข้าสู่ภาวะการเป็นผู้ใหญ่ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ
เศรษฐกิจ (อ้างใน สุชา จันทร์อม, 2538)

ดูเสก (Dusek, 1987) ได้ให้ความหมายว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่เป็นสะพานจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ และเป็นช่วงเวลาที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงและจัดพฤติกรรมจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ (อ้างใน ภาวินี อยู่ประเสริฐ, 2540)

สุชา จันทน์เอม (2538) ให้ความหมายว่า วัยรุ่นคือวัยที่สิ้นสุดความเป็นเด็ก เป็นวัยที่เป็นสะพานไปหาผู้ใหญ่ ไม่มีเส้นขีดขั้นที่แน่นอนว่าเริ่มเมื่อใดและสิ้นสุดวัยเมื่อใด แต่เป็นการกำหนดที่ความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และรูปร่างเป็นสำคัญ และถ้าจะกำหนดลงไปว่า เริ่มเมื่อใดก็ต่อระยะที่เพศหญิงเริ่มมีประจำเดือน (Menstruation) และเพศชายเริ่มมีการหลั่งน้ำอสุจิ (Sperm)

ช่วงอายุของวัยรุ่น การแบ่งอายุของวัยรุ่นจะถือเกณฑ์ที่แน่นอนไม่ได้ เพราะเด็กแต่ละคนย่างเข้าสู่วัยรุ่นไม่พร้อมกัน มีนักสังคมวิทยา (Kagan and Coles, 1972; Keniston, 1970; Lipsitz, 1977 อ้างใน สุชา จันทน์เอม, 2538) ได้แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไว้ดังนี้

ช่วงอายุ 11-14 เป็นระยะวัยรุ่นตอนต้น (early adolescence)

ช่วงอายุ 15-18 เป็นระยะวัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence)

ช่วงอายุ 18-21 เป็นระยะวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence)

ลักษณะเด่นของเด็กวัยรุ่น

ธรรมชาติของเด็กวัยรุ่นที่เห็นเด่นชัด ได้แก่

1. มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นภายในร่างกายมากเป็นผลให้อารมณ์ของเด็กเปลี่ยนแปลง
2. ความต้องการบ้านที่มีความอบอุ่น ต้องการบิดามารดาที่อบรมสั่งสอนด้วยความเข้าใจ และไม่บังคับเข้มงวดจนเกินไป
3. ต้องการเพื่อนมาก กลัวคนในสังคมโดยเฉพาะเพื่อน ๆ ไม่ยอมรับ มักจะเจ็บใจแทนเพื่อนและจะทุ่มเทความสนใจ และความรักให้เพื่อนมากกว่าวัยอื่น ๆ จะกิน จะนอน จะเที่ยว ก็ต้องไปด้วยกัน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แม้ว่าจะอยู่ห่างไกลเขาก็จะติดต่อสื่อสารถึงกันอยู่ตลอดเวลา
4. เด็กวัยรุ่นชอบที่จะคบเพื่อนเป็นกลุ่ม และแสดงออกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เป็นต้นว่า มีท่าทางและคำพูดแปลก ๆ หรือแต่งกายคล้ายคลึงกัน

5. เริ่มมีความสนใจเพื่อนต่างเพศ จึงพยายามกระทำตัวให้เด่นเพื่อเรียกร้องความสนใจ ความรักในวัยนี้ เป็นความรักที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจรูปร่างหน้าตาภายนอกมากกว่าอุปนิสัยใจคอ หรือองค์ประกอบอื่น ๆ

6. วัยรุ่นมักคิดว่าตนเป็นผู้ใหญ่แล้ว จึงมักเลียนแบบผู้ใหญ่ แสดงความคิดเห็นต่าง ๆ อย่างรุนแรง และไม่ชอบที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างเด็ก ๆ

7. ไม่ต้องการที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนให้บิดามารดา รู้โดยสิ้นเชิงในทุกเรื่อง

8. ต้องการได้รับการยกย่อง วัยรุ่นจะโกรธมากถ้าได้รับการดูถูกเหยียดหยามจากเพื่อน ครู หรือบุคคลอื่น รวมถึงการล้อเลียนปมด้อยของตนเอง และไม่ต้องการให้ผู้ใหญ่นำตนเองไปเปรียบเทียบกับผู้อื่น

สภาพที่มีอิทธิพลเหนือพฤติกรรมของเด็กวัยรุ่น

1) สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจของเด็กวัยรุ่น

ความแตกต่างกันในฐานะของเด็กอาจทำให้เกิดปมด้อย มีทัศนคติไม่ดีต่อสังคมที่อยู่อาศัย หรืออาจมีพฤติกรรมฟุ้งเฟ้อฟุ่มเฟือยเกินความเป็นเด็ก

2) สุขภาพร่างกายและพัฒนาการทางสุขภาพกาย

สุขภาพอนามัยมีผลโดยตรงต่อระดับสติปัญญา อารมณ์ โดยเฉพาะหากร่างกายไม่สมบูรณ์ มักเป็นผลให้เด็กวางตัวไม่เหมาะสม เกิดน้อยเนื้อต่ำใจและหาทางชดเชยในแบบผิด ๆ

3) ความสามารถทางสมองกับพฤติกรรม

เด็กจะมีพฤติกรรมไปในทิศทางใด ขึ้นอยู่กับระดับเชาว์ปัญญา ความคิดความอ่านที่มีอิทธิพลจากสื่อต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

4) พฤติกรรมที่เกี่ยวกับบ้านและครอบครัว คนในครอบครัว

5) การใช้เวลาว่างของเด็ก

6) การเลือกคบเพื่อน

เด็กวัยนี้ชอบอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม และจะคบเพื่อนที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งคล้ายคลึงกับตน อิทธิพลของเพื่อนสามารถโน้มน้าวจิตใจของเด็กวัยนี้ ให้กระทำตามกลุ่มเพื่อนได้ โดยไม่ยาก ทั้งในเรื่องที่ดีและเลว

การใช้ยาบ้ากับเด็กวัยรุ่น

เมื่อเข้าวัยรุ่น เด็กกลุ่มนี้จะมีการเลียนแบบและทำตามกลุ่มเพื่อนใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน ทำให้เวลาที่จะอยู่กับครอบครัวน้อยลงและวัยนี้เป็นวัยที่เปลี่ยนจากวัยเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นจึงมีความวิตกกังวลสูงและปรับตัวไม่ค่อยถูก เมื่อเข้ากลุ่มเพื่อนจะทำให้เขารู้สึกมั่นใจในตนเองมากขึ้น กลุ่มเพื่อนจะช่วยลดหรือผ่อนคลายความวิตกกังวลได้มาก เพราะความรู้สึกของวัยรุ่นกับเพื่อนจะเป็นความรู้สึกนึกคิดที่เหมือน ๆ กัน ทัศนียภาพความสนใจคล้าย ๆ กัน พูดกันรู้เรื่อง แม้กระทั่งเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ จนถึงเรื่องใหญ่ มีเรื่องอะไรมักจะเล่าให้เพื่อนฟัง หรือขอความเห็นคำปรึกษา และปรับทุกข์ร้อนกับเพื่อน มากกว่าจะหันไปหาบิดามารดา มักคิดว่าบิดามารดาไม่เข้าใจตนเอง หรือพูดกันไม่รู้เรื่อง จึงจะเห็นได้ว่าวัยรุ่นกับวัยรุ่นจะถ่ายทอดความรู้สึก ความสนใจ ความปรารถนาให้กันและกันได้ เพราะไม่มีช่องว่างระหว่างวัย เด็กวัยรุ่นจะรู้สึกว่าการคบเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญมาก ดังนั้นอิทธิพลของกลุ่มจึงมีความสำคัญต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นเช่นกัน ถ้าวัยรุ่นคบกับกลุ่มเพื่อนที่มีความประพฤติไม่ดี เช่น หนีโรงเรียน เกเร เสพยาเสพติด วัยรุ่นก็จะมีพฤติกรรมเช่นนั้นตามไปด้วย เพราะเขาจะเรียนรู้พฤติกรรมและมีพฤติกรรมตามกลุ่มนั้น ถ้าไม่มีพฤติกรรมตามเพื่อน เพื่อนก็จะไม่ให้เข้ากลุ่มด้วย สาเหตุหนึ่งของการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นจึงเกิดจากการมีเพื่อนใช้สารเสพติด (Coombs, et al. อ้างใน ภาวิณี อยู่ประเสริฐ, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บรุก และคณะ (Brook, et al. 1982 อ้างใน ภาวิณี อยู่ประเสริฐ, 2540) ที่ว่า วัยรุ่นที่ใช้กัญชา เนื่องจากอิทธิพลของเพื่อนและมีความผูกพันกับเพื่อนมากกว่าบิดามารดาและครอบครัว สปริงฮอลล์ และคณะ (Sprinthall, et al. 1995 อ้างใน ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2541) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นเริ่มใช้สารเสพติดและป้องกันการเริ่มใช้สารเสพติด ซึ่งเหมือนกับการศึกษาของ Schuster และ Kilbey ที่กล่าวว่า การใช้สารเสพติดของวัยรุ่นเนื่องมาจากพฤติกรรมของเพื่อนดื่มเหล้า หรือสูบบุหรี่ วัยรุ่นก็จะมีพฤติกรรมเช่นนั้นด้วย (Schuster and Kilbey, 1992 อ้างใน ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2541)

จากการศึกษาสาเหตุของการเสพยาบ้าในกลุ่มนักเรียน นักศึกษาพบว่า สาเหตุการติดยาที่สำคัญ เกิดจากความอยากลองถึงร้อยละ 70 (สมโภชน์ มณฑิธรอาสน์, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มของฉันทพล หาญโสภี (2540) ที่พบว่าส่วนใหญ่เสพเนื่องจาก อยากลองเมื่อถูกเพื่อนชวน ต้องการหาประสบการณ์ให้ชีวิต และเพื่อให้ทำงานกลางคืนได้โดยไม่มีง่วง ในขณะที่ส่วนหนึ่งเสพเนื่องจากมีเหตุบางอย่างทำให้ต้องใช้ เช่น ต้องทำงานพิเศษ เนื่องจากมีรายได้น้อย กินไปเพื่อไม่ให้ง่วงนอนเวลาเรียนหนังสือ และบางส่วนกินเวลาสอบ ซึ่งต้องดูหนังสือมากและอดนอน

ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเสพยาบ้า

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2524) ได้ให้ความหมายของ “พฤติกรรม” ว่าหมายถึง ปฏิกริยา หรือกิจกรรมทุกชนิด ของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตามบลูม (Bloom อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534) ได้แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมกรรมด้านพุทธิศึกษา (Cognitive Domain) หรือองค์ประกอบด้าน ความรู้ความคิด (Cognitive domain) เป็นความสามารถทางด้านความรู้ การใช้ความคิดและ พัฒนาการทางด้านสติปัญญา ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

2. พฤติกรรมทางด้านทัศนคติ (Affective domain) หมายถึง ความสนใจ ความ รู้สึก ท่าที ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของ แต่ละบุคคล พฤติกรรมด้านทัศนคตินี้เป็นตัวควบคุมพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลโดยการวาง แนวทางของการปฏิบัติและแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่บุคคลนั้นกำหนดขึ้น

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นการปฏิบัติที่แสดงออก ในสถานการณ์หนึ่งหรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป เป็นพฤติกรรม ขั้นสุดท้ายที่จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยพฤติกรรมด้านความรู้ ทัศนคติ เป็นพื้นฐานซึ่งสามารถประเมิน ผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางสุขภาพถือว่า พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

ชวาร์ซ (Schwartz, 1974 อ้างใน อังณา เชาวร์ประยูร, 2531) ได้กล่าวถึงการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคน ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการ ปฏิบัติ ซึ่งสามารถสรุปความสัมพันธ์ได้เป็น 4 รูปแบบ

1. ทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติ ดังนั้น ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและผลต่อการปฏิบัติ

2. ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันและทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

3. ความรู้และทัศนคติต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่ จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน

4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมี ทัศนคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล รูปแบบพฤติกรรมนี้อาศัยแนวคิดหลักการจากจิตวิทยาสังคมพบว่า “การตัดสินใจของคนส่วนใหญ่ มักเกิดจากบุคคลผู้ที่มีความสำคัญ หรือมีอำนาจเหนือกว่าตัวเรดตลอดเวลา”

รูปแบบนี้ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านด้วยกันคือ

1) การที่คนเราจะมีพฤติกรรมนั้นเนื่องมาจากผู้ให้แรงสนับสนุน ก็คือกลุ่มบุคคลหรือบุคคล ตัวอย่าง เช่น บุตร สามี ภรรยา เพื่อน ผู้บังคับบัญชาญาติ พี่น้อง เจ้าหน้าที่ ฯลฯ เป็นสื่อสารให้ ผู้รับแรงสนับสนุน มีพฤติกรรมได้ โดยการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุนนั้น ซึ่งจะต้องให้ผู้รับแรงสนับสนุนมีความรู้สึกที่เชื่อว่าผู้ให้แรงสนับสนุนนั้น ให้ด้วยความรักหวังดี และห่วงใย

2) ให้ผู้รับแรงสนับสนุนเชื่อว่า ถ้าหากเขากระทำสิ่งนั้น ๆ (พฤติกรรม) แล้วตัวของเขาจะมีคุณค่าต่อตนเองและสังคม

3) ต้องให้ผู้รับแรงสนับสนุน รู้สึกว่าตัวของเขาเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวชุมชน และสังคม ซึ่งแรงสนับสนุนที่ให้นั้นจะเป็น ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของหรือจิตใจก็ได้

2.3 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม (PRECEDE Framework)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีหลายทฤษฎีที่ได้พยายามหาเหตุผลมาอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ เกิดขึ้นได้อย่างไร ซึ่งสามารถสรุปแนวคิดเรื่องพฤติกรรมเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2530)

แนวความคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra individual causal assumption)
รากฐานของแนวความคิดมาจากสมมติฐานเบื้องต้นที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจไม่พฤติกรรม เป็นต้น

แนวความคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra individual causal assumption)
กลุ่มนี้มีพื้นฐานแนวความคิดมาจากสมมติฐานที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบทางด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนอย่างไร

แนวความคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple individual causal assumption) แนวคิดนี้มีสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมของคนนั้นเกิดมาจากปัจจัยทั้งภายใน และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่

1. ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง และการตั้งต่อการติดโรค
4. องค์ประกอบทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม
5. ความรู้
6. องค์ประกอบด้านประชากร

แนวความคิดของกลุ่มที่ 3 นี้ ได้นำทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคมวิทยาและประชากรศาสตร์ เข้ามาประยุกต์ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพฤติกรรม และพยายามหาวิธีแก้ปัญห โดยผสมผสานวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการ

กรีนและคณะ (Green et al., 1980) เป็นผู้พัฒนารูปแบบเพื่อใช้วิเคราะห์และวางแผนด้านสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้เห็นว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) ดังนั้นการดำเนินงานหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลาย ๆ ด้านประกอบกันและจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ก่อนจึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการที่ต้องการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่ง PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึงกระบวนการของการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ในการวินิจฉัย และประเมินผลของพฤติกรรม (Green et al., 1980)

กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) สามารถนำไปใช้ในงานสุขภาพได้อย่างกว้างขวางในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน อาทิ การวางแผน การดำเนินงานในปัญหาต่าง ๆ และการประเมินผลในระดับต่าง ๆ นอกจากนั้นยังสามารถนำไปอธิบายถึงการเกิดพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในเรื่องอื่น ๆ อีกด้วย อีกทั้งยังมีความเชื่อว่ากรอบแนวคิดนี้สามารถวิเคราะห์ให้มองเห็นปัญหาทางสุขภาพ สามารถแก้ปัญหาและวางแผนได้ต่อเนื่อง ซึ่งกรอบแนวคิดนี้มีความสามารถสูงหรือเป็นรูปแบบที่ชัดเจนสามารถนำมาใช้ได้ทุกสถานการณ์ (Green et al., 1980)

กระบวนการวิเคราะห์ในกรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจากผลที่ได้รับ (Outcome) ที่ต้องการ หรืออีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 7 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1 : Social Diagnosis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ "คุณภาพชีวิต" ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงาน หรือผู้บริโภค สิ่งที่สามารถประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยา จะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (Phase 3 : Behavioral Diagnosis)

จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขภาพจะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4 : Educational Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพ โดยขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐาน และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลที่ได้มาจากการสภรณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทาง

สนับสนุน หรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ ทศนคติ หรือเจตคติ และค่านิยม เป็นต้น ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยด้านประชากร ดังนั้น ปัจจัยประชากรจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยนำด้วย

1.1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ รายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับ และรวบรวมสะสมไว้ (Good VC., 1973) ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำแนกได้ อาจโดยการฝึก มองเห็น ได้ยิน จำได้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น

การเพิ่มความรู้ ไม่ใช่สาเหตุที่จะช่วยให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป เพียงแต่พบว่าความรู้และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กัน ดังการศึกษาของ คาร์ทไรท์ (Cartwright) ที่ศึกษาจากชุมชนในสแตนฟอร์ด ความรู้เรื่องสุขภาพบางครั้งก็จำเป็นต้องให้ทราบก่อนที่บุคคลจะสามารถกระทำได้ แต่พฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดบางครั้งก็ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะบุคคลนั้นไม่ได้รับความรู้ที่เข้มพอที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจ ให้กระทำหรือเกิดพฤติกรรมได้ การให้ความรู้ควรกระทำทันที เพราะความรู้เป็นเรื่องจำเป็น แต่บางทีก็ไม่เป็นปัจจัยที่ช่วยให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Green et al., 1980)

1.2 ทศนคติ (Attitude) มีวคิลลี (Mucchielli) ได้อธิบายว่าทศนคตินั้นเป็นเรื่องของจิตใจที่สัมพันธ์กับความรู้ดีกว่ามีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือสภาวะใดสภาวะหนึ่ง (Mucchielli, 1970 ใน Green et al., 1980) ส่วนเคิร์ช (Kirscht) ได้ชี้แจงว่าทศนคตินั้นเป็นการรวบรวมความเชื่อ ที่รวมถึงการประเมินค่าไว้ด้วยทศนคติจะเป็นการประเมินรูปแบบของสิ่งที่ดีมากกว่าสิ่งที่ไม่ดี หรือในด้านบวกมากกว่าด้านลบ (Kirscht, 1974 ใน Green et al., 1980) ดังนั้นจึงมักจะจำแนกความคิดทั้งสองไว้เสมอว่า ทศนคติเป็นความรู้ที่สัมพันธ์ต่อเรื่องต่าง ๆ (หรือต่อบุคคล การกระทำ หรือความคิด) โครงสร้างของทศนคติต้องมีการประเมินค่าที่แสดงให้เห็นทั้งด้านดี และไม่ดีด้วย

สวาง สุทธิเลิศอรุณและคณะ (2522) ได้สรุปความหมายของทศนคติว่า หมายถึง สภาพจิตใจ หรือความรู้ที่นึกคิดของบุคคล หรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมา เป็นที่ปรากฏต่อบุคคล หรือสาธารณชน (อ้างใน จีรพร ทรัพย์สุวรรณ, 2539)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) อธิบายว่า ทศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้ที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ รวมทั้งท่าทีแสดงออก

ที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ ความพร้อมที่จะได้ตอบ และแสดงให้ทราบถึงแนวทางการตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า (อ้างใน จีรพรศรียสุวรรณ, 2539)

1.3 ความเชื่อ (Belief) คือ ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่า สิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริง ให้ความไว้วางใจ อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล เป็นผลที่เกิดขึ้น หลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว ไม่ว่าจะโดยทางตรง หรือโดยทางอ้อมและจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล และประสบการณ์จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกให้สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) (Green et al., 1980) เป็นต้น

ความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา ได้มีการนำเอาแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมในด้านการป้องกัน เพื่อสุขภาพและพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย แบบแผนทางสุขภาพนี้ ได้ประยุกต์มาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของเลวิน (Lewin's field theory) และทฤษฎีเชิงพฤติกรรม (Behavior theory) ซึ่ง โรเซนสตอก Rosenstock (1984) ได้สรุปว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) อย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ

- 1) เชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค
- 2) เชื่อว่าโรคหรือความเจ็บป่วยนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อชีวิต
- 3) เชื่อในการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคจะให้ผลดีในการลด

โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และมีผลประโยชน์คุ้มค่ามากกว่าสิ่งที่ต้องลงทุนไป

เบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้นำแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาอธิบายเพิ่มเติมว่า การทราบองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ จะช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทำให้การรักษาได้ผล องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมีดังนี้คือ

1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) คือการที่เขารู้ว่าตนเองมีโอกาสร้อยหรือไวต่อการเจ็บป่วยเพียงใด ถ้าทราบว่ามีโอกาสเจ็บป่วยง่าย และรับรู้ถึงความน่ากลัวของโรค (Perceived threat) จะส่งผลต่อพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคยิ่งขึ้น

2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น ๆ (Perceived seriousness) กล่าวคือ รับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น ๆ ว่าอาจจะถึงตายหรือพิการได้

3) การรับรู้ถึงผลประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค หรือพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วย (Perceived benefit and barriers) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันการเจ็บป่วยนั้นมีประโยชน์คุ้มค่า ถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคในการปฏิบัติแต่ก็สามารถคิดปฏิบัติได้อย่างมีเหตุผล

4) สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Cue to action) สิ่งกระตุ้นให้เกิดความรู้และการรับรู้ถึงความน่ากลัว หรืออันตรายที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยโดยสื่อมวลชนต่าง ๆ การให้สุขศึกษาข่าวสาร โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือการได้เห็นการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน อันก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

5) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ได้แก่ ตัวแปรทางด้านสังคม ประชากร ทัศนคติ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะให้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง เวลา นอกจากนั้นที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของบุคคลนั้น ๆ สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับ อาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบ ที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน ผู้บังคับบัญชา แพทย์ เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคล และสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว กรีน และคณะ (Green et al.) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้ง 3 กับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว ดังแผนภูมิที่ 1 โดยในการวิเคราะห์จะกำหนดว่า สาเหตุทางพฤติกรรมควรเรียงลำดับตามหมายเลขดังต่อไปนี้

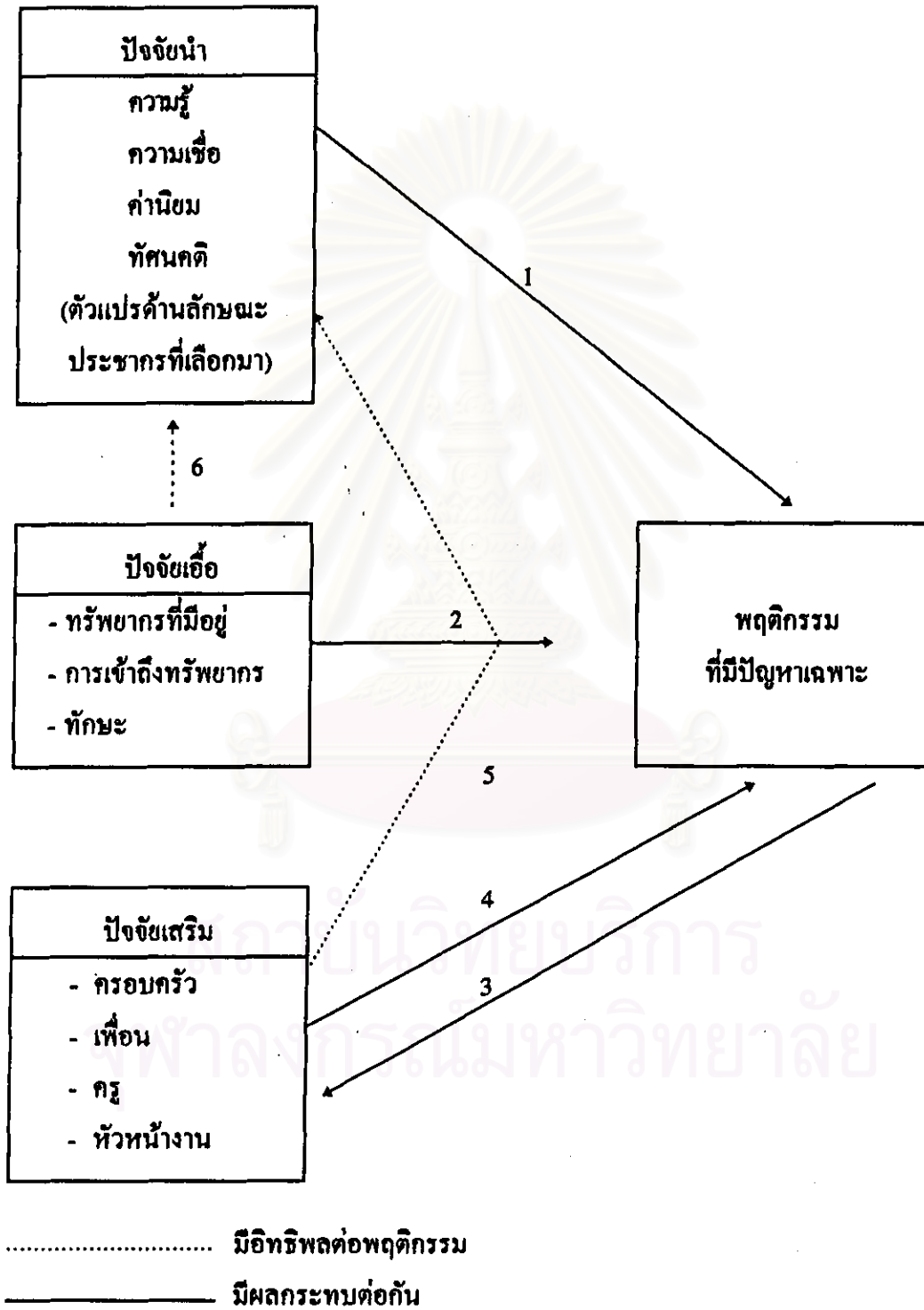
1. เป็นแรงจูงใจที่จะต้องกระทำให้ได้
2. การคัดแปลง หรือหาแหล่งทรัพยากรที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้

3. เป็นปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลอื่นแสดงออกให้ทราบหลังจากทำพฤติกรรม
นั้นแล้ว
4. ต้องมีการเสริมแรง และทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป
- 5,6. ในการเสริมแรง หรือการลงโทษของพฤติกรรมนั้นอาจมีผลกระทบบถึง
ปัจจัยนำรวมทั้งปัจจัยเอื้อด้วยเช่นกัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 1 แสดงปัจจัย 3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ



ที่มา: Green, Lawrence W, et al. 1980

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Selection of Educational Strategies)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรวมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้ การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานเทคนิคกลวิธีด้านสุขภาพที่หลากหลายเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6 : Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการสำเร็จบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร ดังนั้น ในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขภาพใด ๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่น ๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7 : Evaluation)

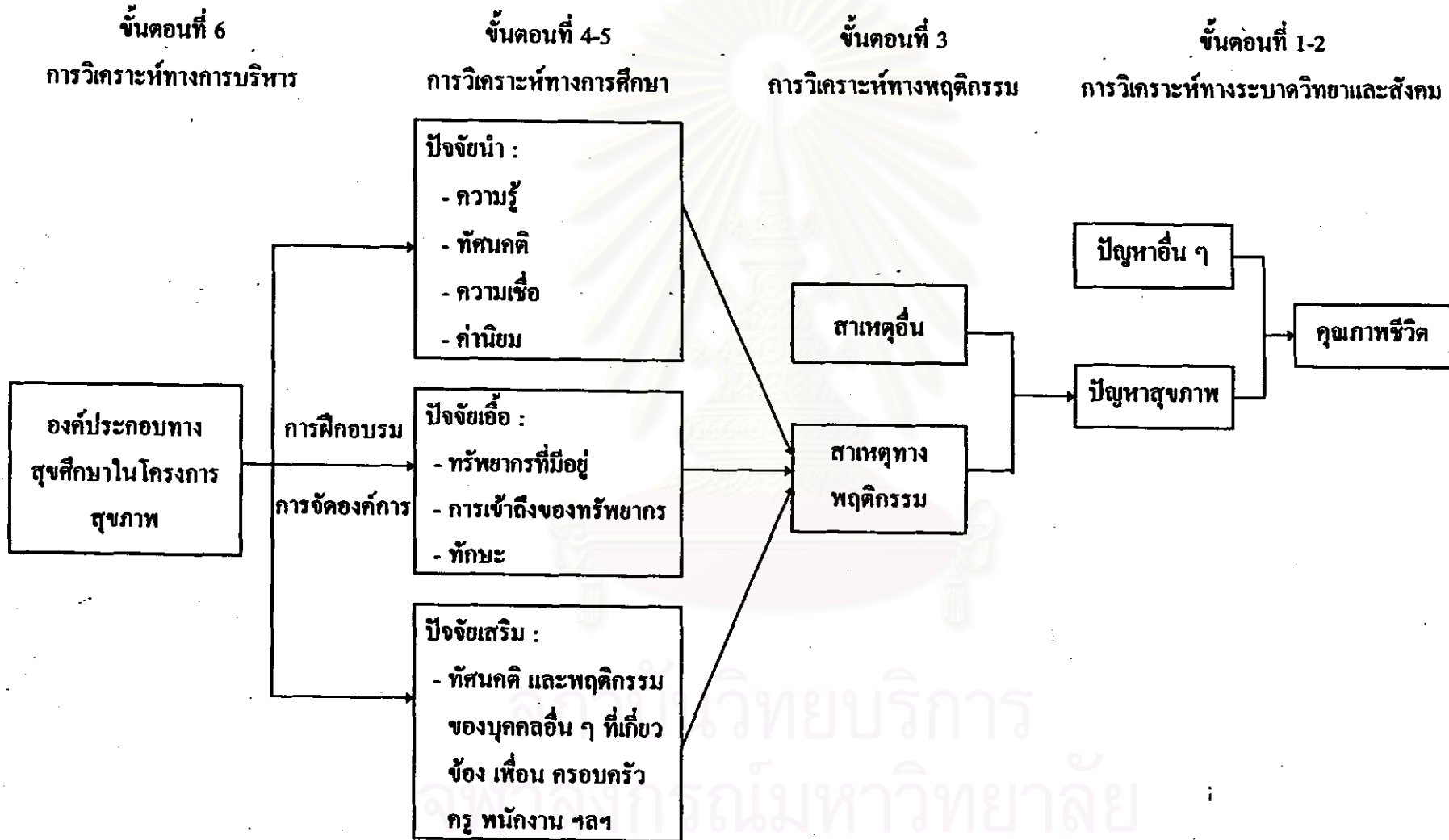
ขั้นตอนนี้ไม่มีแสดงอยู่ในแผนภูมิ แต่จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับคือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขภาพ การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด คือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

ในการดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework ในการวิเคราะห์ตามขั้นตอนดังกล่าว ต้องอาศัยวิทยาการสาขาต่าง ๆ รวม 4 สาขา คือ

1. สาขาวิทยาการระบาด
2. สาขาวิทยาการทางสังคม/พฤติกรรมศาสตร์
3. สาขาวิทยาการบริหาร
4. สาขาวิทยาการศึกษา

โดยในแต่ละสาขานำมาใช้ในขั้นตอนต่าง ๆ ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Green et al., 1980)



ดังนั้นการนำกรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) ไปใช้ผู้ใช้งานเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานในวิทยาการสาขาท่าง ๆ ดังกล่าว สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ก็คือต้องทำความเข้าใจร่วมกันในเบื้องต้น สำหรับการนำกรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) 2 ประการ เพื่อที่จะประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมคือ

ประการแรก ต้องเข้าใจว่าพฤติกรรมมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors)

ประการที่สอง ต้องเข้าใจว่าการดำเนินงานเพื่อจะให้ได้ผลต่อการดำเนินงานอย่างแท้จริง ต้องอาศัยกระบวนการและวิธีการต่าง ๆ ร่วมกันในลักษณะผสมผสานศาสตร์ทางด้านการแพทย์กับพฤติกรรมศาสตร์ด้านการศึกษาารวมกัน ซึ่งกรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE Framework ได้นำมาใช้ในรูปแบบสังเคราะห์ เป็นวิธีการที่นำความรู้ในหลาย ๆ ด้านมาพัฒนารวมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจพื้นฐาน และสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Green et al., 1980)

กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาในขั้นต้นเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ ของนักเรียนมัธยมศึกษาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ซึ่งตรงกับ แนวคิดในขั้นตอนที่ 4 ของกรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนนี้มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดยได้เลือกศึกษาเฉพาะบางตัวแปรใน แต่ละกลุ่มปัจจัย ที่ผู้วิจัยมีความสนใจ และคาดว่าจะมีผลต่อตัวแปรตาม

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาเสพติดและยาบ้า

ในประเทศไทย

พรศิริ ชาติยานนท์ และคณะ (2520) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ภาวะการติดยาเสพติดซ้ำ” วัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาถึงสาเหตุของการกลับมาติดยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดที่เคยรับการรักษามาแล้ว จากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 112 คน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 23 คน และถ้ากระบอก 43 คน รวม 218 คน จากการศึกษาได้ผลสรุปที่สำคัญคือ

1. สาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยเริ่มติดยาเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่ในแหล่งขายยาเสพติด
2. สาเหตุที่ผู้ป่วยกลับไปเสพใหม่เนื่องจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม
3. การรักษาพยาบาลผู้ติดยาเสพติดตามสถานที่รักษา ต่างมุ่งรักษาเฉพาะทางกายเท่านั้น แต่ยังขาดการรักษาขั้นฟื้นฟูจิตใจ และการติดตามผลหลังการรักษา เนื่องจากขาดอุปกรณ์และเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่รักษาแล้วกลับไปเสพยาซ้ำ

สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย (2522) ศึกษาเรื่อง “สภาวะการติดยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์” เพื่อศึกษาถึงลักษณะเฉพาะตัว และสังคมแวดล้อมในผู้ป่วยติดยาเสพติดซ้ำ รวมถึงลักษณะที่เหมือนและต่างแตกต่างกันระหว่างผู้ติดยาเสพติดซ้ำที่มีระยะเวลาการอดที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดยาเสพติดที่มารับการบำบัด จำนวน 246 คน ด้วยการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิท ทั้งเพื่อนสนิทที่ติดยาเสพติดและเพื่อนสนิทที่ไม่ติดยาเสพติดอยู่ในละแวกเดียวกัน สาเหตุการติดครั้งแรก เกิดจากการอยากทดลองและมีเพื่อนชักจูง ร้อยละ 36.60 บริเวณที่อยู่อาศัยเป็นแหล่งค้ายาเสพติด ส่วนสาเหตุการกลับมาติดยาในครั้งสุดท้าย ก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้ เพราะเพื่อนแนะนำชักชวน และมีเรื่องที่ไม่สบายใจ

นพพร พานิชสุข (2523) ศึกษาเรื่อง “อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยากระตุ้นประสาทแอมเฟตามีนในเด็กวัยรุ่น” เพื่อศึกษาลักษณะของครอบครัว สาเหตุและปัญหาครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาประเภทแอมเฟตามีนรวมถึงแนวทางป้องกัน และแก้ไขการใช้ยาประเภทแอมเฟตามีนของวัยรุ่นทั่วไป ด้วยการสัมภาษณ์ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มนักเรียนชาย 44 คน และกลุ่มผู้ติดยาเสพติด จำนวน 49 คน พบว่า ปัญหาและสาเหตุในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยากระตุ้นประสาทแอมเฟตามีนจากสภาพครอบครัวที่หย่าร้างทำให้เด็กขาดความรัก ความอบอุ่น ขาดที่ปรึกษา ทำให้เด็กเกิดความสับสน ขาดที่ยึดเหนี่ยวทางใจ ขาดคำปรึกษาหารือและคำแนะนำที่ดี การคบเพื่อนที่ใช้สารเสพติดจะทำให้เด็กถูกชักจูงไปในทางที่ผิดได้ง่ายจนมีผลทำให้เกิดการใช้สารเสพติด

ธวัชชัย ไทยเขียว (2526) ศึกษาถึงเรื่อง “สาเหตุของการเสพยาเสพติด” เพื่อศึกษาถึงสาเหตุของการเสพยาเสพติด และเป็นแนวทางในการป้องกันการเสพยาเสพติด ด้วยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูดดมสารระเหย จำนวน 162 คน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้สูดดมสารระเหย ส่วนใหญ่เริ่มสูดดมสารระเหยครั้งแรกอายุเฉลี่ย 14-15 ปี มีการศึกษาดำ ไม่มีรายได้ ไม่ได้

ประกอบอาชีพ หรือเป็นนักเรียน เคยหนีออกจากบ้านและหนีโรงเรียน ในวัยเด็กมีความสุขบ้าง ทุกข์บ้าง ขาดการอบรมหรือโดนปล่อยตามสบาย และเป็นบุคคลค่อนข้างดี อยู่ในครอบครัวที่แตกแยก คือ บิดามารดาแยกกันอยู่หรือบิดามารดาเสียชีวิต มีพี่น้องร่วมบิดามารดามากกว่า 4 คน ขึ้นไป

วิโรจน์ คู่่มใหญ่ (2526) ศึกษาถึงเรื่อง “ความสัมพันธ์ ระหว่างการใช้แอมเฟตามีน กับการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มคนขับรถบรรทุกทางไกล” เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและลด การเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มคนขับรถบรรทุกในกรุงเทพฯ จำนวน 475 คน พบว่า การเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับการใช้แอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากกลุ่มผู้ ใช้แอมเฟตามีน ร้อยละ 79 เคยประสบอุบัติเหตุในการขับรถมาแล้ว โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นไม่ต่ำกว่า 3 ครั้ง ส่วนในกลุ่มผู้ไม่ใช้แอมเฟตามีน มีเพียงร้อยละ 46 ที่เคยประสบอุบัติเหตุ โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นระหว่าง 1-2 ครั้ง

ศรีสมบัติ บุญเมือง (2527) ศึกษาเรื่อง “การรับข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดที่มีผลต่อการ ดิตยาเสพติดของวัยรุ่น” เพื่อทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดที่มีผลต่อการดิตยาของวัยรุ่นและ ศึกษาถึงลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการดิตยาเสพติดของวัยรุ่น ด้วยการ สัมภาษณ์วัยรุ่นที่ดิตเฮโรอีน จำนวน 200 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่ดิตเฮโรอีนส่วนใหญ่ เริ่มเสพยาเฮโรอีนครั้งแรกเมื่ออายุ 12-19 ปี เป็นเพศชายรายได้ต่ำ บิดามารดาเลี้ยงดูมาตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อวัยเด็กมีความสุขบ้าง ทุกข์บ้าง และไม่ได้รับการอบรมที่ดีพอ ส่วนใหญ่มีผู้ดิตยาเสพติดและ ขายยาเสพติดในละแวกบ้าน มีเพื่อนดิตยาเสพติด เคยพูดปด เคยเล่นการพนัน ชอบชกต่อยทะเลาะวิวาท

สมจิตต์ ภาคิกร และคณะ (2527) ทำการศึกษาเรื่อง “มูลเหตุของใจเสาะสารให้ โทษและสารเสพติดของเด็กชายวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่” เพื่อศึกษาสาเหตุบางประการ เช่น เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยาที่มุ่งใจในการเสาะสารให้โทษ และสารเสพติดของเด็กชายวัยรุ่น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและวิทยาลัย จำนวน 458 คน พบว่า มูลเหตุของใจเสาะสารเสพติดของเด็กชายวัยรุ่นนั้นมี องค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ การ มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์และมั่วสุมกับเพื่อน ผู้ที่มีผลการเรียนต่ำ ใช้สารเสพติดมากกว่าผู้ที่มีผลการเรียนดีและดีมาก

ลาตทองไบ ฎอภิมย์ (2530) ศึกษาเรื่อง "บทบาทของครอบครัวในการป้องกันการติดยาเสพติด" เพื่อศึกษาถึงบทบาทของครอบครัว ลักษณะการเลี้ยงดูของบิดา-มารดา และลักษณะของผู้ปกครองว่ามีความสัมพันธ์กับภูมิด้านทานการเสพติดของเด็กอย่างไร เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ 3 จำนวน 667 คน พบว่าปัจจัยทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับภูมิด้านทานยาเสพติดของเด็ก คือ การอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลมาก ได้รับความรักความเอาใจใส่มาก จะทำให้เด็กมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการใช้สารเสพติดเสพติด และปฏิเสธการชักจูงจากเพื่อน ได้มากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลน้อย ได้รับความรักความเอาใจใสน้อย

พ.ต.ท.จิรุจจ์ พรหมโมบล (2530) ทำวิจัยเรื่อง "การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ต้องขังในเรือนจำทัณฑสถานพิเศษบางเขน" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยทางสังคม เช่น อายุ ระดับการศึกษา และการคบเพื่อนที่ติดยาเสพติด มีความสัมพันธ์กับการกลับมาเสพยาเสพติดอีก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ต้องขังในเรือนจำทัณฑสถานบำบัดพิเศษบางเขน จำนวน 165 ราย ด้วยแบบสอบถาม ผลจากการวิจัยพบว่าปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการกลับมาเสพยาอีก ข้อมูลปรากฏว่าผู้เสพยาเสพติดให้โทษ เมื่อพ้นโทษแล้วกลับมาเสพยาเสพติดอีก มีจำนวนร้อยละ 67.4 สาเหตุที่กลับมาเสพยาอีก คือ เพราะกลับไปถิ่นที่อยู่อาศัย ร้อยละ 20.9 และเมื่อพ้นโทษแล้วมีปัญหาไม่สบายใจ จึงกลับมาเสพยาอีกร้อยละ 18.6 ส่วนสาเหตุสำคัญคือกลับไป คบเพื่อนกลุ่มเดิม และชักชวนให้เสพยาจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 27.9 เมื่อถามถึงความต้องการเลิกเสพยา ร้อยละ 59.8 ยังไม่แน่ใจว่าจะกลับมาเสพยาอีกหรือไม่

ผลการวิจัย อายุมีความสัมพันธ์กับการกลับมาเสพยาเสพติด มีอายุมากจะกลับมาเสพยาติมากกว่าผู้มีอายุน้อย ระดับการศึกษา การศึกษาต่ำจะกลับมาเสพยาเสพติดให้โทษมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ผลการวิจัยที่น่าสนใจคือ ลักษณะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ามาเสพยาเสพติดหรือไม่ ผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่มีลักษณะบิดามารดาอยู่ด้วยกัน หรือบิดามารดา "ไม่ได้อยู่ด้วย" ไม่มีผลต่อการกลับเข้ามาเสพยาเสพติด สำหรับการคบเพื่อน มีความสัมพันธ์กับการ กลับมาเสพยาเสพติด

สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ (2534) ศึกษาเรื่อง "การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ในชุมชนกะเหรี่ยง เขตพื้นที่แม่สวรงค์น้อย ต.แม่เหาะ อ.แม่สะเรียง จ.แม่ฮ่องสอน" เพื่อทราบทิศทางการแพร่ระบาดของสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในชุมชนกะเหรี่ยง ด้วยแบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน จำนวน

200 ราย พบว่า การแพร่ระบาดของแอมเฟตามีนได้กระจายวงกว้าง ครอบคลุมในหมู่บ้านชาวเขาที่ออกไปขายแรงงาน ส่วนใหญ่เสพแอมเฟตามีนเพื่อเพิ่มการทำงานให้ได้ปริมาณมากขึ้น สาเหตุของการได้รับแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำโดยตรงจากนายจ้าง คนเมือง คนมั่ง จากที่เคยได้รับฟรี ก็เป็นการใช้เงินซื้อกินเอง ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้ที่ยังไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผลหรืออันตรายของแอมเฟตามีน ในหมู่บ้านชาวเขาเหล่านั้น

วีรวรรณ สุธีรไกรลาส (2536:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง “ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการด้านทานการติดยาเสพติด ของนักเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร” เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความสามารถในการทำนาย และความแปรปรวนของตัวแปรด้านภูมิหลังและชีวสังคมกับลักษณะทางการด้านทานการติดยาเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และปีที่ 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 600 คน พบว่า ความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวกับยาเสพติด ร่วมกับทัศนคติ และความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถทำนายการปฏิเสธการชักจูงให้เสพยาเสพติดได้ที่ $P < 0.01$ นอกจากนี้ยังพบว่า นักเรียนชายที่มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติดน้อย จะมีการปฏิเสธยาเสพติดน้อย เช่นกัน

กัญญา ศรีนวล (2536) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุในจังหวัดสระบุรี” โดยนำกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นพระภิกษุที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ จำนวน 266 รูป โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ระยะเวลาในการบวช ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และค่านิยมเกี่ยวกับกับสูบบุหรี่ กับปัจจัยเสริม คือ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่และการยอมรับ หรือต่อต้านการสูบบุหรี่จากเจ้าอาวาสและพระภิกษุในวัดเดียวกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การใช้เวลาของภิกษุ และการถวายบวชให้แก่พระภิกษุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

กองสารวัตรนักเรียน กรมพลศึกษา (2537) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาเสพติดในกลุ่มนักเรียนไทย” เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดในกลุ่มนักเรียนไทย และศึกษาความคิดเห็นของนักเรียนเกี่ยวกับการเลิกใช้สารเสพติด เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีประสบการณ์ในการใช้สารเสพติดซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยม

ศึกษาสายสามัญศึกษา และระดับอาชีวศึกษา จำนวน 1,102 คน พบว่า ปัจจัยที่ผลต่อการเสพยาเสพติด ได้แก่ การที่ครูเคร่งครัดระเบียบวินัยมากเกินไป ครอบครัวยุติธรรมระหว่างที่-น้องไม่เท่ากัน ส่วนอิทธิพลต่อการเสพยาเสพติดครั้งแรก คือ เพื่อน นักเรียนเห็นว่าการติดสารเสพติดสามารถรักษาให้หายขาดได้ และบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลิกใช้สารเสพติดคือ บิดา-มารดา ของนักเรียน

อรอนงค์ หงษ์ขุมแพ (2538) ได้ศึกษาเรื่อง “ความรู้และการป้องกันตนเองจากการเสพยาบ้า ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความรู้กับการป้องกันตนเองจากการเสพยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 272 คน เป็นชาย 117 คน และหญิง 155 คน ด้วยการสนทนากลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับแอมเฟตามีน เฉลี่ยอยู่ในระดับดีมากตามเกณฑ์ของกระทรวงศึกษาธิการ คือ ร้อยละ 81.3 มีผลต่อการป้องกันตนเองจากการเสพยาบ้า ในกรณีที่มีผู้ชักชวนให้เสพยา โดยส่วนใหญ่จะหลีกเลี่ยงและปฏิเสธการใช้ รวมทั้งชี้แนะผู้ชักชวนให้เลิกเสพยาด้วย สภาพแวดล้อมทั้งในโรงเรียนและนอกโรงเรียน ปรากฏว่ามีการใช้แอมเฟตามีน มีการซื้อขายและชักชวนให้เสพยาแอมเฟตามีน

พรณิภา นวกุล (2538) ทำการศึกษาเรื่อง “ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ประเภทแอมเฟตามีน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ของอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี” เพื่อศึกษาถึงระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวต่อสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 402 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากเพียงร้อยละ 7.7 ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ทักษะคิดของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.2 มีทักษะคิดที่ดีเพียง ร้อยละ 12.7 การปฏิบัติตัวพบว่า นักเรียนเคยเสพยาแอมเฟตามีน ร้อยละ 8.2 แต่ปัจจุบันเลิกเด็ดขาด ร้อยละ 9.2 ยังเสพยาอยู่นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 2.5 เสพเป็นประจำร้อยละ 1.2

สายพิน คงมาลัย, คำธร ไพจิตร (2539) ศึกษาเรื่อง “ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว ต่อการเสพยาแอมเฟตามีนของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรี” เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวต่อการเสพยาแอมเฟตามีนของนักเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 836 คน พบว่านักเรียนมีความรู้และทักษะคิด ในระดับปานกลาง การปฏิบัติตัวของนักเรียน เคยเสพยาแอมเฟตามีน ร้อยละ 6.9 ยังเสพนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 1.2 และยังมีเสพยาเป็นประจำร้อยละ 0.6 จากการศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเสพแอมเฟตามีน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นางลักษณ์ ไตบันลือภพ (2539) ได้ศึกษาเรื่อง “ การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการพึ่งยาแอมเฟตามีนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง” เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ในการป้องกันการพึ่งยาแอมเฟตามีน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยให้โปรแกรมสุขศึกษาที่เหมาะสมกับนักเรียน 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 64 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 62 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และเก็บตัวอย่างปัสสาวะตรวจหาสารแอมเฟตามีน ใช้เวลานาน 16 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของการพึ่งยาแอมเฟตามีน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพึ่งยาแอมเฟตามีน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการพึ่งยาแอมเฟตามีน และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของการปฏิเสธการพึ่งยาแอมเฟตามีน เพิ่มขึ้นจากเดิมและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพึ่งยาแอมเฟตามีน

โสภณ เมฆชน และคณะ (2539) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาญจนบุรี” เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีนในนักเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 1,092 คน เป็นเพศชาย 594 คน และเพศหญิง 498 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ทักษะติดต่อแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์กับการใช้แอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฉัฐพล หาญโสภี (2540) ศึกษาเรื่อง “โปรแกรมการสร้างพลังในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเสพแอมเฟตามีนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดสระบุรี” เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเสพแอมเฟตามีน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบ่งนักเรียนเป็นกลุ่มทดลอง 45 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อน และหลังการทดลอง และเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาในการทดลอง 14 สัปดาห์ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า นักเรียนทราบสถานที่จำหน่ายยาบ้า

ร้อยละ 67 โดยหาซื้อได้จากเพื่อนร้อยละ 65 ปิมน้ำมัน ร้อยละ 25 และคนขับรถบรรทุก ร้อยละ 10

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง (2541) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง” เป็นการสำรวจปัจจัยต่าง ๆ ในการส่งเสริม พฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 420 คน ในจังหวัด อ่างทอง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้นักเรียนตอบแบบสอบถามภายใต้การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้อ่านง่ายต่อการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริงที่สุด ผลการศึกษาพบว่า

- ปัจจัยทางจิตวิทยา สิ่งชักนำพฤติกรรมและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ปัจจัยทางจิตวิทยา สิ่งชักนำพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้าได้ร้อยละ 44.17 โดยการรณรงค์ทางสื่อมวลชนเป็นตัวทำนายพฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้าได้ดีที่สุด

ในต่างประเทศ

อะดูโรจา (Aduroja, 1985) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “อิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลของนักเรียนระดับมัธยมปลาย ในประเทศไนจีเรีย” (The influence of predisposing enabling and reinforcing factor on certain health behaviors) ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่อง โภชนาการและการสุขาภิบาลของกลุ่มตัวอย่าง

2. เมื่อรวมตัวแปรของพฤติกรรมทางด้านโภชนาการ และสุขาภิบาลเข้าด้วยกัน ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ไม่สามารถอธิบายตัวแปรดังกล่าวได้

3. เมื่อพิจารณาระดับของความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางด้านโภชนาการมากที่สุด รองลงมาเป็นปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขาภิบาลพบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาเป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยนำตามลำดับ

พอลสัน (Paulson, 1971: 5455-5456) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อการใช้ยาของนักศึกษาในวิทยาลัยชุมชน” (Psychosocial Factors in Drug Among Community

College) เพื่อศึกษาผลของการใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนกับนักศึกษาวิชาเอกพลศึกษา ของมหาวิทยาลัยในกรุงนิวยอร์ก พบว่า นักศึกษาที่ใช้สารเสพติดกับ นักศึกษาที่ไม่ใช้สารเสพติด มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับปัญหาภายในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ นักศึกษาที่ใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวจะห่างเหิน ขาดความสัมพันธ์ที่ดี มีความรัก ความอบอุ่น น้อยกว่านักศึกษากลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด

อะลัมซาฮี (Alamshahi, 1985) ทำการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดรวบยอดของตนเองและทัศนคติต่อสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนของนักเรียนเกรด 6” (The Relationship Between Self-Concept and Attitude Toward School Environment of Selected Group of Sixth-Grade Student) มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดรวบยอดของตนเองและทัศนคติของนักเรียนซึ่งมีต่อสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนของนักเรียนเกรด 6 ในโรงเรียนที่คัดเลือกมาแล้วของรัฐเทนเนสซี ศึกษาองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนทั้ง 3 ด้าน คือความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับนักเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างครูกับนักเรียน และองค์ประกอบทั่ว ๆ ไปในโรงเรียน โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ตนเอง และแบบสอบถามทัศนคติต่อโรงเรียนผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของตนเองและทัศนคติต่อสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนจะเพิ่มมากขึ้น ถ้าคะแนนการรับรู้ของตนเองเพิ่มขึ้น และคะแนนทัศนคติต่อสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนจะลดลง ถ้าคะแนนการรับรู้ของตนเองลดลง

เดียนนา เจ และคณะ (Deanna J. and others, 1990) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “แอลกอฮอล์และยาเสพติด : การประเมินความต้องการของผู้ให้คำปรึกษาที่อยู่ในชนบท” (Alcohol and Drug Abuse: A Needs Assessment of Rural Counselors) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาสาเหตุ ซึ่งถูกมองว่าเป็นปัญหาของโรงเรียนมัธยมศึกษาในชนบทกับในเขตเมือง ความต้องการ การป้องกันและการฝึกอบรมของผู้ให้คำปรึกษา และความแตกต่างในรูปแบบการใช้ยาเสพติด และความต้องการ การฝึกอบรมระหว่างโรงเรียนมัธยมศึกษาในชนบทกับในเขตเมือง โดยการสำรวจผู้ให้คำปรึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา และระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา จำนวน 343 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้คำปรึกษาในโรงเรียนในชนบทเห็นว่า การใช้ยาในทางที่ผิดนั้นเป็นปัญหาของโรงเรียนน้อยกว่าโรงเรียนในเมืองที่เป็นคู่เปรียบเทียบกันและผู้ให้คำปรึกษาในโรงเรียนชนบทต้องการการฝึกอบรมมากกว่าผู้ให้คำปรึกษาในโรงเรียนในเมือง

มัลฮอลล์ (Mulhall, 1995) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การตรวจสอบผลการใช้หลักสูตรและไม่ใช่หลักสูตรในโครงการป้องกันยาเสพติด ในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเกี่ยวกับการใช้ยาของวัยรุ่น” (Examining curriculum and noncurriculum effects a middle school - based drug prevention program on early adolescent drug outcomes) เพื่อประเมินผลกระทบของโครงการป้องกันการเสพยาเสพติดในเด็กวัยรุ่น โดยการใช้หลักสูตรและไม่ใช่หลักสูตร ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลอง ผลการวิจัยพบว่าโครงการป้องกันยาเสพติดของโรงเรียนสามารถให้ผลทางบวกต่อความรู้และทัศนคติ แต่มีผลทางลบต่อแอลกอฮอล์ บุหรี่ และยาเสพติดอื่น ๆ หลังการทดลองและติดตามผล 1 ปี พบว่าโครงการไม่มีผลกระทบต่อการเพิ่มทักษะการด้านในกลุ่มเพื่อน หรือลดความไวต่อความกดดันของกลุ่มเพื่อน

สรุปผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากรายงานการวิจัยในประเทศและต่างประเทศ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการเสพยาบ้า และยาเสพติดชนิดอื่น พอสรุปได้ดังนี้ ผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชายเริ่มเสพเมื่ออายุ 14-15 ปี สาเหตุที่เสพยาเสพติดครั้งแรกคือ อยากรลอง เพื่อนชวน ส่วนใหญ่จะเสพทุกวัน ผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่เคยเลิกเสพยามาแล้ว แต่เลิกไม่สำเร็จ เนื่องจากจิตใจไม่เข้มแข็งพอ และอยู่ในแหล่งที่มีการซื้อ-ขายยาเสพติด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ลักษณะที่พักอาศัย การมีเพื่อนเสพยาเสพติด ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นต้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย