

## บทที่ 2

### เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่อง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนการเลี้ยงดู และการรับรู้ภาวะสุขภาพจากการใช้สารเสพติด กับพฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติด ของนักเรียน ประถมศึกษา ในเขตเมือง จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเสนอสาระสำคัญดังนี้

1. พัฒนาการเด็กวัยเรียน
2. แบบแผนการเลี้ยงดู
  - แบบแผนการเลี้ยงดูแบบไทย
  - แบบแผนการเลี้ยงดูรูปในวัฒนธรรมตะวันตก
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
  - แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ
  - การรับรู้ภาวะสุขภาพจากการใช้สารเสพติดของเด็กวัยเรียน
  - ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคล
4. แนวคิดเรื่องสารเสพติด
  - ความหมายของสารเสพติด
  - ประเภทของสารเสพติด และการระบาดในประเทศไทย
  - ปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการเสพสารเสพติด
  - พฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติด
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### พัฒนาการเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่อยู่ในระยะเริ่มต้นเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีอายุ 6-9 ปี จนถึงช่วงปลายของวัยเด็กที่เข้าสู่ช่วงวัยรุ่น โดยเฉลี่ยทั่วไป อายุเฉลี่ยประมาณ 10-12 ปี ในเด็กหญิง และอายุ 11-13 ปี ในเพศชาย (วารุณี อมรทัต, 2530: 34) ได้มีนักจิตวิทยาหลายท่านได้แบ่งช่วงอายุเด็กวัยเรียนไว้ต่าง ๆ ดังนี้

ศรีธรรม ธนะภูมิ (2535: 67) กล่าวไว้ว่า เด็กวัยเรียนเริ่มตั้งแต่อายุ 6 ปี จนถึงอายุ ประมาณ 12-13 ปี โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงอายุ 6-8 ปี เรียกว่า วัยเด็กตอนกลาง (Middle childhood) และช่วงอายุ 9-12 ปี เรียกว่า วัยเด็กตอนปลาย (Late childhood)

สุชา จันทน์เอม (2540) ได้แบ่งเด็ก อายุ 6-9 ปี เรียกว่า วัยเด็กตอนกลาง และอายุ 10-12 ปี เรียกว่า วัยเด็กตอนปลาย

Marlow (1988: 1004) กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุระหว่าง 6-12 ปี และแบ่งเด็กวัยเรียน เป็น 3 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุ 6-8 ปี ช่วงอายุ 8-10 ปี และช่วงอายุ 10-12 ปี

Erickson ผู้ซึ่งสนใจศึกษาพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุ 6-12 ปี และเรียกพัฒนาการในระยนี้ว่า ขั้นพัฒนาความขยันขันแข็ง หรือความรู้สึกด้อย (industry versus inferiority) เนื่องจากเด็กวัยนี้เริ่มไปโรงเรียน มีผลทำให้ดำเนินชีวิตของเด็กเปลี่ยนแปลงอย่างมากสังคมเด็กกว้างมากขึ้น มีประสบการณ์ใหม่ ๆ มากขึ้น และเป็นระยะของการแข่งขัน เพื่อให้ได้มาซึ่งชื่อเสียง การยกย่องจากกลุ่ม และต้องการประสบความสำเร็จในสิ่งที่ทำ ซึ่งความสำเร็จในวัยนี้มีผลต่อบุคลิกภาพของเด็ก ส่วนสำคัญของขั้นตอนนี้อยู่ที่เด็กแสดงถึงความสามารถในการทำงานเป็นเรื่องเป็นราวได้อย่างมีลำดับขั้นตอน มีการก่อสร้างทักษะคลังแห่งความรู้และความสามารถในขั้นก่อนหน้านี้นี้ เด็กมีความกระตือรือร้นอยากรู้งานใหม่ๆ และทักษะใหม่ๆ ความสำเร็จในขั้นนี้นำไปสู่ความปรารถนามากกว่างานใหม่และความชำนาญ ซึ่งทำให้เขาได้รับการยอมรับและเพิ่มความมั่นใจตนเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่า ถ้ามีความบกพร่องของการประสบความสำเร็จในการมีทักษะใหม่จะทำให้รู้สึกเป็นปมด้อย มีคุณค่าในตนเองต่ำในอายุนี้เด็กต้องการได้รับความช่วยเหลือด้านความรู้สึกซึ่งได้รับการยอมรับอย่างเหมาะสม บรรยากาศการแข่งขันมีบ่อยในวัยนี้ที่โรงเรียน เล่นกีฬาและชีวิตบ้านมีผลนำความสามารถเด็กรู้สึกประสบความสำเร็จในการเปรียบเทียบกับผู้อื่น (ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร, 536: 105; Castiglia P. T. and Harbin R. E., 1992: 313-315)

Piaget ผู้สร้างทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาและความคิด กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุ 7-11 ปี และเรียกพัฒนาการในระยนี้ว่าขั้นพัฒนาการเกิดความคิดรวบยอดใช้เหตุผลเชิงรูปธรรม (concrete operations thought phase) เด็กวัยนี้มีพัฒนาการและมีความก้าวหน้าทางสติปัญญาอย่างเห็นได้ชัด รู้จักมองสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตัว ได้กว้างมากขึ้น มีความคิดความเข้าใจดีขึ้น เด็กในวัยนี้แบ่งได้เป็น 2 ช่วง คือ ช่วงอายุ 7-9 ปี เด็กสามารถปฏิบัติการอย่างง่ายได้ เช่น รู้จักการแบ่งกลุ่มการจัดลำดับ รู้ความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งกับอีกสิ่งหนึ่ง ส่วนช่วงอายุ 9-11 ปี เด็กสามารถปฏิบัติการได้ทั้งระบบ สามารถคิดแยกแยะความคิดได้หลายด้านในเวลาเดียวกัน สามารถคิดย้อนกลับสามารถปฏิบัติการได้ทั้งระบบ สามารถคิดแยกแยะความคิดได้หลายด้านในเวลาเดียวกัน สามารถคิดย้อนกลับไปได้ (reversibility) ไม่มองอะไรลักษณะเดียว

(decentration) และสามารถเล่นของเล่นและเกมที่ซับซ้อนตามกติกาได้ ส่วนอายุ 12 ปี จะเริ่มมีความคิดในเรื่องนามธรรม มีความสามารถที่จะคิดอย่างมีเหตุผลกับปัญหาทุกชนิด สามารถที่จะคิดอย่างมีเหตุผล (ศรีธรรม ธนภูมิ, 2535: 30)

สรุปได้ว่า เด็กวัยเรียนแบ่งเป็นอายุ 6-12 ปี เป็นวัยที่มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะเรียนรู้ การประสบความสำเร็จและการได้รับความนิยมนิยมชมเชยจากครู ในกลุ่มเพื่อน เด็กวัยเรียนต้องมีการเรียนรู้ที่ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์จากผู้อื่นเด็กวัยนี้ก็มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในกลุ่มมากขึ้น การได้รับการยอมรับเป็นสิ่งสำคัญซึ่งเด็กจะได้รับจากบ้านและจากโรงเรียนจะส่งผลต่อทัศนคติในการพัฒนาเกี่ยวกับ บทบาทตนเองในการดำเนินชีวิต ในเด็กวัยนี้อาจเกิดความขัดแย้ง ความเข้าใจผิดถ้าเด็กเรียนรู้ว่าโรงเรียนนั้นมีความแตกต่างจากบ้าน อายุ 6-12 ปี เด็กจะเล่นค่อนข้างมีส่วนร่วมกับเพื่อนมากกว่าพี่น้อง การทะเลาะกับพี่น้องในช่วงนี้เป็นเรื่องปรกติ ในวัยนี้เป็นวัยที่จะหันหลังให้กับผู้ใหญ่ และเกาะกลุ่มเด็กวัยเดียวกันรวมทั้งมีการสร้างมาตรฐานแนวปฏิบัติของกลุ่ม ขึ้นมาโดยดัดแปลงมาจากสังคมภายนอก เนื่องจากเด็กวัยนี้มีการรวมตัวกันอย่างเหนียวแน่น จึงเรียกกระแสนี้ว่ากระแสดั้งแก๊ง (gang age) (ศรีธรรม ธนภูมิ, 2535: 46) เด็กวัยนี้ควรพร้อมที่จะออกจากครอบครัวไปสู่สังคมนอกบ้านและเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (Schulte et al., 1997 : 5, ศรีธรรม ธนภูมิ, 2535: 46, 51)

พัฒนาการของเด็กวัยเรียนมีพัฒนาการทางด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ (อัมพล สุอำพัน, 2528: 593)

1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย
2. พัฒนาการทางด้านจิตใจ
3. พัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ และสังคม

#### พัฒนาการทางด้านร่างกาย

ช่วงอายุ 6-10ปี ร่างกายของเด็กวัยนี้มีอัตราการพัฒนาการทางด้านร่างกายช้ากว่าเด็กปฐมวัยและวัยรุ่น ทั้งด้านน้ำหนัก และส่วนสูง อัตราการเจริญเติบโตเป็นไปอย่างช้า แต่สม่ำเสมอจนถึงอายุ 10 ปี ร่างกายของเด็กจะขยายออกทางส่วนสูงมากกว่าส่วนกว้าง ถ้าตัวแบน แขน ขา ยาวออก รูปร่างเปลี่ยนแปลงเข้าลักษณะผู้ใหญ่ อวัยวะภายในและระบบหมุนเวียนของโลหิตเจริญเติบโตเต็มที่ ตาและข้อมือยังเคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กัน เพราะพัฒนาการทางกล้ามเนื้อ มีไม่เท่ากัน เด็กวัยนี้มีพลังงานมากจึงไม่อยู่นิ่ง ชอบทำกิจกรรมและทำอย่างรวดเร็ว ไม่ใคร่ใช้ความระมัดระวังมากนัก จึงมักเกิดอุบัติเหตุบ่อย ๆ

ช่วงอายุ 10-12 ปี วัยนี้จะคาบเกี่ยวกับวัยรุ่นและวัยรุ่นตอนต้น วัยนี้ไม่แตกต่างกับวัยเด็กตอนกลางมากนัก แต่เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเนื่องจากการทำงานของต่อมต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงของโครงกระดูกและสัดส่วนของร่างกายเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยรุ่น เด็กหญิงจะสูงเร็วที่สุดระหว่าง 10 ½ - 14 ปี ส่วนเด็กชายจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระหว่างอายุ 12 ½ - 14 ½ ปี โครงกระดูกและฟันจะงอกอย่างรวดเร็ว จึงมองดูชยาว ส่วนเพศหญิงกระดูกเชิงกรานจะผายออก(สุชา จันทน์เอม, 2541:46, 51) มีการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และกล้ามเนื้อมัดเล็กมากขึ้น เด็กสามารถทำได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ ตามวัย เด็กวัยนี้มีความอยากรู้อยากเห็น และอยากพิสูจน์ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เด็กอยากทดลองทำสิ่งใหม่ ๆ ทำให้เด็กมีทักษะทั้งในการเคลื่อนไหวและการตัดสินใจเพิ่มมากขึ้น (อุบลรัตน์ เพ็งสทิพย์, 2529: 253-256; ศรีธรรม ฐานะภูมิ, 2535: 67)

### พัฒนาการด้านจิตใจ

พัฒนาการทางด้านจิตใจ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ พัฒนาการทางอารมณ์ และพัฒนาการทางสติปัญญา (อัมพน สุอำพัน, 2536: 594)

#### 1. พัฒนาการทางด้านอารมณ์

อารมณ์ คือ การแสดงออกของความต้องการที่ซ่อนเร้นอยู่ ซึ่งพัฒนาการทางอารมณ์นั้น เด็กจะค่อย ๆ พัฒนา รู้จักยับยั้งซึ่งใจไม่แสดงความรู้สึกออกมาเป็นพฤติกรรมที่ไม่ดีทันที ระมัดระวังความรู้สึกที่ผู้อื่นมีต่อตน อารมณ์กลัวจะดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป คือ เลิกกลัวในสิ่งที่ไม่มีความอันตราย และจะกลัวในสิ่งที่จะเกิดได้จริง เช่น กลัวความอดอยาก กลัวไม่มีเพื่อน กลัวเรียนไม่ดี เป็นต้น (สุชา จันทน์เอม, 2540: 122-123) ลักษณะอารมณ์ทั่วไปของเด็กวัยนี้มีดังนี้ได้แก่ (อัมพล สุอำพัน, 2536: 595)

##### 1.1 อารมณ์โกรธ

แต่เดิมเมื่ออยู่ในวัยก่อนเรียน ไม่สามารถระงับอารมณ์โกรธ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะวัยเรียน เด็กสามารถระงับอารมณ์ได้ดี และแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งอยู่กับการได้รับการฝึกอบรมมา

##### 1.2 อารมณ์กลัว

เนื่องจากเด็กวัยนี้มีเหตุผลมากขึ้น สามารถหาเหตุมาอธิบายให้กับตนเองได้ตามสมควร ดังนั้นอารมณ์กลัวจะลดลงอย่างมาก

##### 1.3 อารมณ์รื่นเริง พอใจ

วัยนี้เป็นวัยที่มีความรื่นเริง สดชื่น เด็กแต่ละคนจะแสดงออกถึงความพอใจแตกต่างกัน ความพอใจในขณะนี้ เด็กสามารถจดจำได้ดีกว่าในวัยก่อนเรียน

#### 1.4 อารมณ์วิตกกังวล

วัยนี้เป็นวัยที่มีความวิตกกังวลขึ้นได้มาก เนื่องจากมีการพัฒนาความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ดังนั้นเด็กจะรู้สึกผิดละเอียดง่ายถ้าทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และเด็กจะมีความรับผิดชอบสูงขึ้น ปัญหาที่ทำให้เด็กกังวลมากคือ ปัญหาทางโรงเรียน เช่น เข้ากับเพื่อนไม่ได้ เรียนไม่ทันเพื่อน เป็นต้น

#### 1.5 ความต้องการ

ความต้องการที่สำคัญอย่างยิ่งของเด็กวัยนี้คือ ความต้องการทางด้านจิตใจ และสังคม คือ อยากมีเพื่อน อยากมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม อยากให้กลุ่มยอมรับ

พัฒนาการทางอารมณ์นี้เด็กควรได้รับการสนับสนุนจากบิดา มารดา ครู เพื่อให้มีการปรับตัวที่ดีขึ้น

### 2. พัฒนาการด้านสติปัญญา

พัฒนาการทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และการใช้ความคิดหาเหตุผล การตัดสินใจ และจินตนาการในการประกอบกิจกรรมให้บรรลุผลตามต้องการ หรือเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เด็กที่มีสติปัญญาดี คือ เด็กที่สามารถปรับตัวให้กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถวางแผนการให้สอดคล้องกับเป้าหมายของตนที่ตั้งไว้ (กิตติกร มีทรัพย์, 2527: 315; สุชา จันทน์เอม, 2541: 50-51) พัฒนาการของเด็กวัยเรียนมีรายละเอียดดังนี้

เด็กอายุ 6 ปี สามารถเรียนรู้สิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น เพราะมีความเข้าใจในภาษาพูด สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของตนเองได้มากขึ้น ด้านการรับรู้สามารถมองเห็นความแตกต่างเพียงเล็กน้อย สังเกตระยะทางใกล้ไกล บน ล่าง หน้า หลัง มีความคิดสร้างสรรค์ ชอบแก้ปัญหาเอง มีความสนใจสิ่งรอบตัวแต่มีระยะเวลาสั้น

เด็กอายุ 7 ปี พัฒนาการด้านภาษาเป็นไปอย่างรวดเร็วมาก รู้คำศัพท์ในชีวิตประจำวันมากขึ้น รู้จักใช้ภาษาที่แสดงอารมณ์ และความรู้สึกได้ดี เมื่อเด็กเห็นด้วย หรือโต้แย้ง รักใคร่ หรือเกลียดชัง เริ่มพัฒนาความรู้สึกด้านจริยธรรม เช่น สนใจว่าสิ่งใดถูก ผิด มีความคิดรวบยอดเกี่ยวกับเวลาดีขึ้น เข้าใจเกี่ยวกับเวลา ฤดู ระยะทาง

เด็กอายุ 8 ปี มีความสนใจในสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะสามารถรับรู้และเข้าใจได้กว้างขวางขึ้น มีความรู้สึกอยากรู้ อยากเห็น อยากทดลองทำด้วยตนเองตามสิ่งเร้าที่ให้เห็น เริ่มแก้ปัญหาที่เป็นนามธรรมได้ มีความรู้เรื่องขนาดและสิ่งของ มีการแสดงออกทางศิลปะชัดเจนขึ้น ในวัยนี้เพศชาย ชอบเล่นรุนแรง ส่วนเพศหญิงชอบเล่นแบบเด็ก

เด็กอายุ 9 ปี แม้ได้รับการฝึกฝนการอ่านการเขียนมาบ้างแล้ว แต่ก็ยังไม่คล่องแคล่วที่จะสื่อความหมายตามต้องการได้มากนัก หนังสือที่มีภาพประกอบหรือการ์ตูนช่วยเสริมการใช้ภาษาได้มากขึ้น วัยนี้เป็นวัยที่ชอบอ่านทั้ง 2 เพศ สามารถเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างเวลา กับเหตุการณ์ประจำวันได้ เช่น รู้เวลารับประทานอาหาร เวลานอน โรงเรียนเข้า ชอบสะสมแต่ยังไม่สามารถแยกประเภทของ เริ่มต้นรักการสะสมของ คือ สะสมสิ่งที่พ่อแม่ไม่ใช่แล้วมาเก็บไว้

สำหรับพัฒนาการด้านสติปัญญาเด็กวัย 10-12 ปี ได้มาจากความสามารถในการใช้เหตุผล เข้าใจความหมายของคำพูดได้ถูกต้องสามารถใช้คำจำกัดความแก่คำที่เป็นนามธรรมได้สามารถมองเห็น มีความสนใจสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น ความจำพัฒนาขึ้น มีความสามารถแก้ปัญหาโดยไม่ต้องรอความคิดจากผู้ใหญ่ การตัดสินใจจะอาศัยประสบการณ์และความคิดอย่างไตร่ตรอง วัยนี้ยังคงอยากรู้อยากเห็น แสวงหาความจริง เริ่มสนใจปัญหาสังคมและโลกภายนอก ชอบอภิปรายแสดงความคิดเห็น (สุชา จันทน์เอม, 2541: 53-54)

ความสามารถทางสติปัญญานี้ ไม่ว่าจะเด็กหญิง หรือเด็กชาย เมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว พบว่ามีระดับสติปัญญาพอ ๆ กัน แตกต่างกันที่ความถนัด เด็กผู้ชายมักมีความถนัดเรื่อง คำนวณ วิทยาศาสตร์ เครื่องจักรกล และมีความคิดในเชิงนามธรรมดี ส่วนเด็กผู้หญิงมีความถนัดในเรื่องของภาษา ความหมาย ความไพเราะเชิงกภาพยกลอน (อัมพล สุอำพัน, 2536: 596) เด็กวัยนี้ทั้งเด็กหญิง และเด็กชาย ถ้าได้รับคำแนะนำในเรื่อง การดูแลสุขภาพจากโรงเรียน จากเพื่อน สื่อมวลชน ทางวิทยุ โทรทัศน์ จะทำให้เด็กมีความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพ

จึงสรุปได้ว่าเด็กวัย 6-9 ปี พัฒนาการที่ชัดเจนคือ ส่วนใหญ่ปรากฏด้านพัฒนาการด้านการใช้ภาษา แต่บางครั้งยังอาจสื่อความหมายได้ไม่คล่องแคล่ว สามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ และเข้าใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้มากขึ้น มีจินตนาการสูงขึ้น เพราะได้รากฐานมาจากการอ่าน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และลักษณะเด่นทางด้านพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัย 10-12 ปี คือ มีความกระตือรือร้น มีเหตุผล มีการวางโครงการล่วงหน้า

### พัฒนาการทางบุคลิกภาพ และสังคม

พัฒนาการทางสังคม หมายถึง การพัฒนาความสามารถในการแสดงออกทางพฤติกรรมของมนุษย์ให้สอดคล้องกับแบบแผนที่สังคมยอมรับเพื่อการเข้าสังคมได้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2528 : 220 )

เฮอร์ลอค (Hurlock, 1978 : 238-239) กล่าวว่าพัฒนาการทางสังคม หมายถึง การพัฒนาความสามารถในการแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแบบแผนที่สังคม ยอมรับ เพื่อจะเข้าสังคมได้ การที่เด็กจะเข้าสังคมได้หรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการคือ

1. ลักษณะพฤติกรรมที่เหมาะสม เด็กจะเข้าสังคมได้ดีต้องปฏิบัติตามแนวที่สังคมยอมรับและนิยมชมชอบ ซึ่งสังคมแต่ละสังคมย่อมมีมาตรฐานของตนเอง

2. บทบาททางสังคม หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่ยึดปฏิบัติเป็นธรรมเนียมได้ ซึ่งแต่ละสังคมไม่เหมือนกัน บทบาททางสังคมดังกล่าวได้แก่ บทบาทพ่อแม่ เด็ก ครู ฯลฯ บทบาทเหล่านี้กำหนดเป็นมาตรฐานสำหรับสมาชิกทางสังคม การปฏิบัติตนไม่เหมาะสมกับบทบาทที่สังคมกำหนด ทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวอย่างไม่ปกติสุข

3. ทักษะติดต่อสังคม หมายถึง ความรู้สึกของเด็กที่มีต่อสังคม สร้างสำนึกให้แก่เด็กว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีหน้าที่จะต้องให้ความร่วมมือกับหน่วยต่างๆ ในสังคม และคนที่อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต้องรู้สึกพอใจในสังคมนั้นๆ

ซูซา จันท์เนม (2540: 124) กล่าวว่าสิ่งที่สำคัญที่ช่วยให้เด็กปรับตัวทางสังคมได้ดีคือ เด็กที่เติบโตขึ้นในครอบครัวที่มีความอบอุ่น เป็นมิตร พ่อแม่แสดงความรักและยอมรับเด็ก ไม่ละเลยที่จะส่งเสริมบุคลิกภาพที่ดีให้แก่เด็ก เด็กที่มีบุคลิกภาพที่ดีจะเป็นผู้ที่มี ร่างกายแข็งแรง มีทักษะในการใช้วัยวะเคลื่อนไหว มีอารมณ์มั่นคง แจ่มใส โอบอ้อมอารีและให้ความร่วมมือแก่หมู่คณะเป็นผู้ที่มีเพื่อนมาก เข้ากับใครก็ได้ไม่เป็นที่รำคาญของเพื่อนๆ อัมพล สุอำพัน (2536: 596) กล่าวว่า เด็กในวัยนี้จะแสดงความเป็นตัวของตัวเอง มีความต้องการความเป็นอิสระมากขึ้น ไม่ต้องการความช่วยเหลือมากนัก เริ่มต่อต้านผู้ใหญ่ มีความสนใจที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว มีรสนิยมเฉพาะตัว เด็กมีความโน้มเอียงเข้าหากลุ่ม ช่วยเหลืองานอุทิศตนให้กลุ่ม ทำตัวให้เหมือนเพื่อนทั้งทางด้านการแต่งกาย และความประพฤติต่าง ๆ เช่น ชอบเล่นกีฬา เป็นต้น การห่างครอบครัว และสนใจผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เด็กได้เลียนแบบลักษณะต่าง ๆ (secondary identification) ที่นอกเหนือจากบิดา มารดา สอดคล้องกับ สุรางค์ ด้วงตระกูล (2537: 63) ที่กล่าวว่า เด็กวัยประถมศึกษา เป็นวัยที่จะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน และเริ่มเรียนรู้ที่จะให้ความร่วมมือ รู้จักให้และรับ เด็กจะใช้เวลาอยู่กับเพื่อนมากขึ้น เพื่อนร่วมวัยเป็นสื่อทางสังคมที่สำคัญ เด็กจะเลียนแบบพฤติกรรมต่าง ๆ จากเพื่อน เพื่อนเป็นผู้ที่ให้แรงเสริม ขณะเดียวกันจะเป็นผู้ประเมินพฤติกรรม ให้คำติชม ฉะนั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนจึงสำคัญมาก และศรีธรรม ธนภูมิ (2535: 72) กล่าวว่า เด็กวัยนี้มีความจงรักภักดีต่อกลุ่มมาก เด็กจะมีการเลียนแบบกันเองในกลุ่ม ประพฤติตนให้เหมาะสมกับเพศของตน เช่น การแต่งกาย และกริยาท่าทาง สิ่งเหล่านี้พัฒนาการที่สำคัญเรื่องพฤติกรรมประจำเพศของชายหนุ่ม หญิงสาวในอนาคตต่อไป หากเด็กขาดประสบการณ์การเรียนรู้ในวัยนี้จะทำให้เกิดปัญหาตามมาได้ เช่น ความประพฤติไม่เหมาะสม

ทางเพศ หรือเด็กหญิงชาย ประพฤติตนในทางตรงกันข้ามกับเพศของตน เด็กที่เข้ากับพ่อแม่ไม่ได้ จะแยกตัว อาจเก็บกด ปมด้อย หรือความโกรธไว้ อันจะนำไปสู่ความบกพร่องของบุคลิกภาพ และมีปัญหาสุขภาพจิตได้ ผู้ใหญ่จึงควรช่วยส่งเสริม และสนับสนุนกิจกรรมกลุ่มของเด็กในวัยเรียน ไม่ควรห้ามเด็กเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เพราะกลุ่มเพื่อนในวัยนี้มีอิทธิพลมากต่อพัฒนาการทางบุคลิกภาพของเด็ก

สรุปได้ว่า เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการทางด้านสังคมเป็นสำคัญ มีการเรียนรู้หลายอย่าง ได้แก่ การปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น การรับผิดชอบตนเอง การควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสม การรู้จักคิดด้วยเหตุผล เด็กเรียนรู้ประสบการณ์เหล่านี้จากประสบการณ์ และโอกาสที่ได้ฝึกหัด และเตรียมพร้อมรับผิดชอบตนเองมากขึ้นในวัยรุ่น ซึ่งเด็กวัยนี้มีแนวโน้มของลักษณะบุคลิกภาพเด่นชัดขึ้น

## แบบแผนการเลี้ยงดู

รูปแบบการเลี้ยงดู หมายถึง ลักษณะวิธีการต่าง ๆ ที่ผู้เลี้ยงดูเด็ก ใช้ในการเลี้ยงดูเด็ก ดูแลเด็ก อบรมสั่งสอนเด็ก มีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก การดูแลเด็กเป็นการตอบสนองของความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้เด็กเจริญเติบโตและมีบุคลิกภาพตลอดจนการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

Betz, C. L. et al. (1994:443) กล่าวว่า 4 เป้าหมายหลัก ที่กระตุ้นพฤติกรรมกาเลี้ยงดูเด็กคือ

- ดูแลความปลอดภัยของเด็ก
- ค่อย ๆ สอนเรื่องเกี่ยวกับความเชื่อและศีลธรรมจรรยาของเด็ก
- สอนพฤติกรรมและบทบาททางสังคม
- ช่วยให้เด็กรู้จักดูแลตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้

การเลี้ยงดูของบิดามารดานั้นมีความสำคัญเพราะเด็กจะได้รับความสุข มีการปรับตัวที่ดี แสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม จากงานวิจัยของ Hirschi (1973 อ้างถึงใน ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์, ม.ป.ป. : 1-5) พบว่า เด็กวัย 7-12 ปี ที่มีความรักใคร่กันดีกับครอบครัว มักมีแนวโน้มที่จะไม่ประพฤติผิด เนื่องจากเกรงบิดามารดาจะเสียใจ หรือผิดหวังในตน สอดคล้องกับที่นักจิตวิทยาพบว่าเด็กอายุ 9-11 ปีนั้นถ้าเด็กได้รับประสบการณ์ทางบ้านที่ปลูกฝังให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และเชื่อมั่นในตนเอง จะเป็นรากฐานให้เด็กสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมใหญ่ที่โรงเรียนได้ (สมาคมคณศาศตร์แห่งประเทศไทย, 2524: 50) ถ้าเด็กขาดความเชื่อมั่นแล้วเด็กจะมีพฤติกรรมเก็บตัว ถอยหนี ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ขาด



ความแข็งแกร่ง เมื่อโตขึ้นจะสู้ชีวิตได้ยาก (วิณี ชิดเชิดวงศ์, 2537: 222 และ ผกา สัตยธรรม, 2531: 18)

ดังนั้นความพร้อมของเด็กจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถยืนหยัดด้วยตนเองได้อย่างสมบูรณ์ และเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีมีคุณภาพได้นั้นจะต้องมาจากการเลี้ยงดูที่ได้รับการเอาใจใส่ที่ดี เพราะเด็กจะสั่งสมประสบการณ์จากการเรียนรู้โดยมีบิดามารดาหรือผู้ดูแลเป็นผู้อบรมสั่งสอนในสิ่งที่เหมาะสม

### แบบแผนการเลี้ยงดูแบบไทย

สมาคมคณะเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (2524: 113-115 อ้างถึงใน วิศรภา วราลักษณ์, 2538: 24-25) ได้จำแนกครอบครัวไทยตามลักษณะการจัดการบริหารดูแลภายในครอบครัวได้ดังนี้คือ แบบอิตาเลียน(Authoritarian) แบบตามใจท่าน(Laissez-faire) และแบบเสรีประชาธิปไตย(Democratic)

#### (1) แบบอิตาเลียน (Authoritarian)

มีบิดาเป็นหัวหน้าครอบครัว มีหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัว มีอำนาจเด็ดขาดในการตั้งเป้าหมายของครอบครัวและกฎเกณฑ์ และให้ทุกคนปฏิบัติตาม มารดารับผิดชอบงานบ้านทุกอย่าง ตลอดจนการอบรมเลี้ยงดูบุตร การตัดสินใจในครอบครัวเป็นหน้าที่ของบิดา หรือทั้งบิดาและมารดาเท่านั้น บุตรไม่มีส่วนออกเสียงด้วย ความต้องการของบุตรไม่ได้รับการพิจารณาและตอบสนองเสมอไป บิดามารดาไม่แสดงความรักใคร่ต่อบุตร ความเอาใจใส่ต่อกันมีน้อย ทุกคนปฏิบัติตามภารกิจของครอบครัวตามหน้าที่ แทนที่จะทำด้วยความรัก ความเห็นใจต่อกัน มีน้อย ความเห็นใจบุตรไม่ได้รับอนุญาตให้ออกไปไกลจากบ้านจนกว่าจะพ้นวัยรุ่น กิจกรรมต่าง ๆ ระหว่างเด็กหญิงและเด็กชายแยกกัน บิดามารดาและบุตรอาจมีกิจกรรมร่วมกันบางอย่าง

#### (2) แบบตามใจท่าน (Laissez-faire)

บิดามารดาต่างก็ไปกันคนละทางตามความชอบของตนไม่สนใจในกันและกัน และในบุตรเท่าที่ควร บิดามารดาเชื่อว่า "เด็กจะดีตัวเอง จะชั่วตัวเอง" ทศนคติเช่นนี้ทำให้เกิดความคิดว่าตนไม่ต้องรับผิดชอบในการอบรมสั่งสอนบุตรให้ประพฤติในสิ่งที่ควรประพฤติ เวลามีปัญหาเฉพาะหน้าเกิดขึ้นในตอนที่ยังตัดสินใจไม่เป็น ก็ไม่ช่วยให้รู้ว่าอะไรผิดชอบชั่วดี อะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ อย่างไร เพราะเหตุใด ถ้าเด็กโตขึ้นเสียคน ก็ถือว่าเป็นกรรมของเด็กเอง บิดามารดาเช่นนี้อาจใช้อำนาจรุนแรงกับเด็ก โดยเฉพาะครอบครัวหาเช้ากินค่ำ มักลงโทษเด็กอย่างรุนแรงและปราศจากเหตุผล

### (3) แบบเสรีประชาธิปไตย (Democratic)

บิดามารดาเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน รับผิดชอบร่วมกันในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และในภารกิจอื่น ๆ ของครอบครัว การตัดสินใจใด ๆ ในครอบครัวเกิดขึ้นจากการตกลงเห็นชอบของสมาชิกทุกคน โดยถือความสุขส่วนรวมเป็นใหญ่ บุตรมีโอกาสใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ และรับผิดชอบในกิจการต่าง ๆ ของครอบครัว มีโอกาสให้หัดคิดริเริ่มและตัดสินใจในเรื่องจากเล็กไปหาใหญ่ บิดามารดาสนองความต้องการพื้นฐานของเด็ก ให้ความรัก ความเอาใจใส่และจัดสิ่งแวดล้อมทางกาย เพื่อให้บุตรเจริญเติบโตได้อย่างเต็มที่เท่าที่บุตรได้รับ อนุญาตและให้โอกาสที่จะคบหาสมาคมกับเพื่อน ในสายตาของบิดามารดา เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ทุกคนมีส่วนได้ออก เสี่ยงและแสดงความคิดเห็น ซึ่งถ้าเกิดขัดแย้งขึ้น ก็เป็นโอกาสให้แต่ละคนได้ฝึกการใช้เหตุผล ได้แย้ง

นอกจากการเลี้ยงดูเด็กแบบไทยแล้วได้มีการแบ่งแบบแผนการเลี้ยงดูเด็กในวัฒนธรรมตะวันตก ได้มีผู้ศึกษาแบบแผนการเลี้ยงดูแบบตะวันตก ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้รวบรวมมาดังนี้

#### แบบแผนการเลี้ยงดูในวัฒนธรรมตะวันตก

แบบแผนการเลี้ยงดูในวัฒนธรรมตะวันตกมีได้มีนักศึกษาวิจัย และแบ่งเป็นหลายรูปแบบ ในงานวิจัยนี้ได้ศึกษาแบบแผนการเลี้ยงดูดังนี้

Betz, et al.(1994:443) กล่าวถึง รูปแบบการเลี้ยงดู 3 แบบ คือ

1. การเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (Autocratic หรือ Authoritarian Autocratic หรือ Authoritarian) แนวคิดหลักเด็กจะต้องอยู่ในโอวาท มีความเคารพ ปกครองแบบชอบลงโทษวัด ความพึงพอใจจากความตั้งใจของตนเอง เมื่อเด็กไม่ยอมทำตามกฎเกณฑ์ที่ตั้งไว้จะลงโทษ วิธีการสอนประกาศความคาดหวัง ยืนยันค่านิยมของพ่อแม่ นิยมใช้การเสริมแรงทางลบสำหรับการไม่เชื่อฟัง ไม่ยอมปฏิบัติตาม

2. การเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย (Democratic หรือ Authoritative) แนวคิดหลักมีอิสระในการแก้ปัญหาด้วยตนเองบนพื้นฐานของการดูแลตนเอง ความสอดคล้องกันของระเบียบวินัย ความมีเหตุผล วิธีสอนแบ่งปันเหตุผลในพฤติกรรมที่ต้องการกับเด็ก ยืนยันความต้องการของเด็ก แต่กำหนดขอบเขตในพฤติกรรมที่สามารถยอมรับได้แสดงถึงความยืดหยุ่นในกฎ ผู้ปกครองจะบอกปัญหาและอธิบายกฎช่วยให้เด็กค้นพบตนเองหรือหนทางในการปฏิบัติตามกฎ ใช้การเสริมแรงทางบวกในกรณีที่ทำตาม และใช้การเสริมแรงทางลบในกรณีที่ไม่ทำตาม

3. การเลี้ยงดูแบบตามใจปราศจากความผูกมัด (Permissive) เด็กปราศจากสิ่งที่ผู้ปกครองบังคับกำหนดให้เป็น ไม่ค่อยใช้การลงโทษ วิธีการสอน แนะนำกฎ ให้เหตุผล ให้เด็กเป็น

ผู้เลือกเองว่าจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ บางครั้งจะใช้การเสริมแรงทางบวกถ้าเชื่อฟัง แต่ส่วนมากจะ  
ทำเป็นเมินเฉยหรือทนต่อการไม่เชื่อฟังของเด็ก

Jackson, et al.(1993:44-46) ได้กล่าวถึง รูปแบบการเลี้ยงดูดังนี้

รูปแบบการเลี้ยงดูนั้นแตกต่างกันในแต่ละครอบครัวซึ่งแบ่งได้เป็น 4 แบบในการเลี้ยงดู  
ผู้ปกครองบางคนอาจใช้การเลี้ยงดูแบบหนึ่ง บางคนอาจใช้การเลี้ยงดูอีกแบบหนึ่งหรือบางครอบ  
ครัวอาจใช้การเลี้ยงดูหลายรูปแบบขึ้นกับสิ่งแวดล้อมในความไม่สม่ำเสมอที่อาจยากต่อเด็กขึ้น  
กับอายุ พัฒนาการของพวกเขาเด็กอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อรูปแบบการเลี้ยงดูที่แตกต่างกัน

1. การเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย (Authoritative Parenting) ผู้ปกครองที่มีการเลี้ยงดูแบบ  
นี้จะเลี้ยงบุตรแบบให้เด็กเป็นศูนย์กลาง พวกเขาจะยอมรับและสนองตอบความต้องการของเด็ก  
สิ่งที่เด็กปรารถนา หาเหตุผลแบบซักจงใจแต่พวกเขาได้จัดแบบพฤติกรรมที่ยึดให้ปฏิบัติไว้แล้วและ  
ให้ปฏิบัติตามกฎข้อกำหนดที่มั่นคง พวกเขาสนับสนุนให้มีการสื่อสารกันที่เปิดเผย ให้เหตุผลใน  
การตัดสินใจและการปฏิบัติตามวินัยและฟังความคิดของเด็กเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ที่  
เลี้ยงแบบประชาธิปไตยนั้นจะมีลักษณะมีความมั่นใจ ควบคุมตนเองได้ มีมนุษยสัมพันธ์ดี เป็น  
มิตรและมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง

2. การเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (Authoritarian Parenting) ผู้ปกครองที่มีการเลี้ยงดูแบบนี้  
อาจไม่มีความสมดุลในความต้องการด้านพฤติกรรมที่บรรลุลักษณะกับการยอมรับความ  
ต้องการของเด็ก พวกเขาอาจมีการกำหนดขอบเขตการแสดงออกในสิ่งที่เด็กปรารถนาลักษณะ  
เฉพาะคือไม่มีการพูดบอกกล่าวในกฎของพวกเขาและยับยั้งความสามารถในการแสดงออกของ  
ตนเอง พวกเขาผู้ปกครองที่เลี้ยงดูด้วยวิธีนี้จะใช้กำลังในการลงโทษทำร้ายร่างกายและไม่เห็นด้วย  
อย่างรุนแรง เด็กจะได้รับการเลี้ยงดูแบบจำกัดจินตนาการคือ"จะพูดเมื่อมีคนมาพูดด้วย"พวกเขา  
จะมีความพร่องในการเข้าสังคมและการตอบสนอง ปลีกตัวออกจากสังคมและรู้สึกที่ตนเองมี  
คุณค่าต่ำ

3. การเลี้ยงดูแบบตามใจ (Permissive Parenting) การเลี้ยงดูแบบนี้เป็นการยอมรับมี  
การตอบสนอง ให้ความรักแต่พวกเขามีการควบคุมพฤติกรรมเด็กน้อย คุณลักษณะของพวกเขา  
เป็นพวกที่ปฏิเสธในการสร้างพฤติกรรมที่ตนปรารถนา พฤติกรรมที่ควรเป็น การวางข้อกำหนด  
และการแสดงอำนาจของพวกเขาโดยให้เด็กมีการบริหารจัดการตนเองไม่ว่าจะเป็นเวลานอน เวลา  
รับประทานอาหาร เวลาดูโทรทัศน์ เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบนี้จะเป็นคนที่มีบุคลิกภาพก้าวร้าว  
ไม่มีความรับผิดชอบ ใจร้อน

4. การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย (Indifferent or Uninvolved Parenting) โดยทั่วไป  
จะไม่ปฏิบัติตนในบทบาทของพ่อแม่ มีเวลาให้น้อยและมีการเลี้ยงดูแบบปฏิเสธความ

ต้องการของเด็ก มีแนวทางในการเลี้ยงดูและวินัยในการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอเป้าหมายของพวกเขาคือการเพิ่มความสุขในตนเอง เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบนี้จะเป็นเด็กก้าวร้าว ต่อต้าน ไม่เชื่อฟัง อารมณ์ร้าย มีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำ

Castiglia และ Harbin (1992: 38) ได้แบ่งรูปแบบการเลี้ยงดูเป็น 4 แบบ

1. การเลี้ยงดูแบบอัตตาธิปไตย (Autocratic) เป็นรูปแบบการเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองสร้างความตัดสินใจให้เด็กและเด็กไม่สามารถแสดงความคิดเห็น ผู้ปกครองใช้ตนเองเป็นใหญ่เผด็จการ
2. การเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย (Democratic) เป็นการเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองและเด็กต่างร่วมกันแสดงความคิดเห็น
3. การเลี้ยงดูแบบตามใจ (Permissive) เป็นการเลี้ยงดูที่ตามใจเด็กแล้วแต่เด็กจะตัดสินใจ หรือแม้ไม่ยอมทำตามผู้ปกครอง
4. การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย (Ignoring) เป็นการเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองไม่สนใจเด็ก ละเลยในสิ่งที่เด็กต้องการ

นอกจากนี้ Castiglia และ Harbin (1992: 38) กล่าวว่า การเลี้ยงดูหลายรูปแบบนี้เป็นจุดเปลี่ยนแปลงของบทบาทในการพัฒนาบุคลิกภาพ

จากการวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนการเลี้ยงดูทั้งในรูปแบบไทยและต่างประเทศ ช้างตัน พบว่ามีจุดเด่นและข้อจำกัดของแนวคิดในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้ การแบ่งรูปแบบการเลี้ยงดูแบบไทย ของ สมาคมคณะเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (2524: 113-115 อ้างถึงใน วิศรา วราลักษณ์, 2538: 24-25) นั้นซึ่งแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ อัตตาธิปไตย ตามใจท่าน และเสรีประชาธิปไตย ได้มีการกำหนดมานานมาแล้ว โดยในสังคมปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย เช่น มีภาวะเศรษฐกิจที่บีบคั้น สังคมมีการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามา สภาพสังคมเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมกลายเป็นสังคมอุตสาหกรรม จึงทำให้มีรูปแบบการเลี้ยงดูที่เปลี่ยนแปลงไป วิศรา วราลักษณ์ (2538: 24) กล่าวว่าขนาดครอบครัวของสังคมไทยได้เปลี่ยนจากครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยว นายวัลลภ ตังคณานุกาญจน์ "ครูหนูย" เชาวนิชกร มุลินธิสร้างสรรคเด็กในฐานะประธานและวุฒิสมาชิกกล่าวว่า ปัญหาภาวะวิกฤติเศรษฐกิจของสังคมทำให้เกิดความเครียดกับบิดามารดา จนบางครั้งระบายออกกับบุตรด้วยการทำโทษในลักษณะรุนแรงดังพบจากข่าวการทำทารุณกรรมบุตร และจากสถิติของศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก พบว่ามีเด็กถูกกระทำทารุณกรรมของศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก ในปี 2537 จำนวน 229 คน , ปี 2538 จำนวน 229 คน ปี 2539 จำนวน 207 คน และปี 2540 จำนวน 199คน การแบ่งรูปแบบการเลี้ยงดู จึงควรมีการศึกษาถึงรูปแบบ การเลี้ยงดูแบบทารุณกรรม / และมีการปรับปรุงรูปแบบที่เหมาะสม

สมกับสภาพปัจจุบัน ส่วนแบบแผนการเลี้ยงดูต่างประเทศของ ของ Jackson, et al. (1993) มีความคล้ายคลึงกับ แบบแผนการเลี้ยงดูของ Castiglia และ Harbin (1992) แต่มีคำอธิบายถึงการเลี้ยงดูแต่ละรูปแบบที่ชัดเจนกว่า และครอบคลุมถึงลักษณะการเลี้ยงดูแบบทฤษฎีกรรม การวิจัยครั้งนี้จึงนำแนวคิดของ Jackson, et al. (1993:44-46) และ Betz, C. L. et al. (1994:443) มาประยุกต์เข้าด้วยกัน โดยผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบการเลี้ยงดู เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาตัวแปรดังกล่าว เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้ คือ

1. การเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย (Authoritative Parenting) ผู้ปกครองที่มีการเลี้ยงดูแบบนี้จะเลี้ยงบุตรแบบให้เด็กเป็นศูนย์กลาง พวกเขาจะยอมรับและสนองตอบความต้องการของเด็ก สิ่งที่เด็กปรารถนา หาเหตุผลแบบซักงูใจแต่พวกเขาได้จัดแบบพฤติกรรมที่ยึดให้ปฏิบัติไว้แล้วและให้ปฏิบัติตามกฎข้อกำหนดที่มั่นคง พวกเขาสนับสนุนให้มีการสื่อสารกันที่เปิดเผย ให้เหตุผลในการตัดสินใจและการปฏิบัติตามวินัยและฟังความคิดเห็นของเด็กเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ที่เลี้ยงแบบประชาธิปไตยนั้นจะมีลักษณะมีความมั่นใจ ควบคุมตนเองได้ มีมนุษยสัมพันธ์ดี เป็นมิตรและมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง

2. การเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (Authoritarian Parenting) แนวคิดหลักเด็กจะต้องอยู่ในอิวาทมีความเคารพ ปกครองแบบชอบลงโทษวัดความพึงพอใจจากความตั้งใจของตนเอง เมื่อเด็กไม่ยอมทำตามกฎเกณฑ์ที่ตั้งไว้จะลงโทษ วิธีการสอนประกาศความคาดหวัง ยืนยันค่านิยมของพ่อแม่ นิยมใช้การเสริมแรงทางลบสำหรับความไม่เชื่อฟัง ไม่ยอมปฏิบัติตาม

3. การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย (Neglect Parenting and abuse parenting) โดยทั่วไปจะไม่ปฏิบัติตนในบทบาทของพ่อแม่ มีเวลาให้นุตรน้อยและมีการเลี้ยงดูแบบปฏิเสธความต้องการของเด็ก มีแนวทางในการเลี้ยงดูและวินัยในการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอเป้าหมายของพวกเขาคือการเพิ่มความสบายในตนเอง เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบนี้จะเป็นเด็กก้าวร้าวต่อต้าน ไม่เชื่อฟัง อารมณ์ร้าย มีความรู้สึกว่าตนมีคุณค่าในตนเองต่ำ

## การรับรู้ภาวะสุขภาพ

### การรับรู้

ในด้านการรับรู้ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายแนวคิด คือ

การรับรู้ตามความหมายในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's New World Dictionary, 1988: 1002) กล่าวถึงการรับรู้ คือ การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคล

จำเนียร โชติช่วง และคณะ (2525: 2-3) กล่าวถึงการรับรู้ หมายถึง การตีความตามความรู้สึกทางด้านข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเรื่องที่จะรับรู้ นั้นตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ก็ได้ เพราะการรับรู้ นั้นขึ้นอยู่กับตัวแปรต่าง ๆ เช่น ผลจากประสบการณ์ ความคาดหวังในขณะนั้น สิ่งแวดล้อมและสิ่งเร้าที่จะรับรู้ ซึ่งกระบวนการของการรับรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย การสัมผัส ชนิดหรือธรรมชาติของสิ่งที่มาเร้า การแปลความหมายจากการสัมผัส และการใช้ความรู้เดิม หรือประสบการณ์เดิมเพื่อทำความเข้าใจ

จรรยา สุวรรณทัต (2527: 146-147) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลจะเกี่ยวข้องกับความแตกต่างระหว่างบุคคลอย่างมาก เพราะแต่ละคนจะรับรู้สิ่งต่าง ๆ ตามทัศนคติของตน สุดแล้วแต่ความไวในการรับรู้ ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต ความจำ เจตคติ และค่านิยมต่าง ๆ ที่บุคคลมีต่อบุคคลหรือมีต่อสภาพแวดล้อมในขณะนั้น

กันยา สุวรรณแสง (2532: 127) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การใช้ประสบการณ์เดิม แปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทแล้วเกิดความรู้สึก ระลึกถึงความหมายเป็นอะไร

Roy (1991: 166 อ้างถึงใน วีรยา จึงสมเจตไพศาล, 2537: 37) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นการแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้น และความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้นภายใต้สติสัมปชัญญะ อันเป็นผลมาจากการทำงานของเซลล์สมองส่วนคอร์เทกซ์

สรุปได้ว่าการรับรู้เป็นการแปลความหมาย หรือตีความจากอาการสัมผัสที่รับ ออกมาให้เป็นสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีความหมาย โดยจะต้องมีอวัยวะรับสัมผัส ส่งไปยังสมองให้สมองแปลความหมายจากการสัมผัส โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิม และสิ่งเร้าที่จะรับรู้ แต่การรับรู้ของบุคคลจะมีความแตกต่างระหว่างบุคคลอย่างมาก เพราะแต่ละคนจะรับรู้สิ่งต่าง ๆ ตามทัศนคติของตน สุดแล้วแต่ความไวในการรับรู้ ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต ความจำ เจตคติ และค่านิยมต่าง ๆ ที่บุคคลมีต่อบุคคลหรือมีต่อสภาพแวดล้อมในขณะนั้น

### การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ประกอบด้วย ภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยสลับกัน หรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ตลอดชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้นจะดำเนินไปตามแกนการต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บาง

คนมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการของ พัฒนาการ และการเจริญเติบโต ในขณะที่บางคนรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวน และ คุกคามต่อชีวิตอย่างมาก ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคล ผลที่ตามมาคือ ความกลัว ความท้อแท้ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ มีอิทธิพลต่อกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาที่เข้า มารบกวนชีวิตแตกต่างกันด้วย (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528: 374)

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคล** (Kozier and Erb, 1988: 75-76 ; Harris and Guten อ้างถึงใน Brown and Mc. Greendy 1989: 317 อ้างถึงใน พิภูษณา มั่นเกษตรกิจ, 2535: 15) ได้แก่

1. ปัจจัยด้านประชากร เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่งในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Harris and Guten อ้างถึงใน Brown and Mc. Greendy 1989: 317 อ้างถึงใน พิภูษณา มั่นเกษตรกิจ, 2535: 15) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพดังนี้

อายุ ความคิดเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการของบุคคลเป็น อย่างมาก เพราะความสามารถในการรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความสามารถ ในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับอายุโดยตรง เพราะอายุเป็นองค์ ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบ การณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เหมือนดังที่ Orem (1980: 154 อ้างถึงใน พิภูษณา มั่นเกษตรกิจ, 2535: 16) กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีวุฒิ ภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตัวเขาเองได้ดีกว่าวัยเด็ก

ระดับการศึกษา โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ และปฏิบัติ ตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 182) ในขณะที่บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะเป็นผู้ที่สนใจเรียนรู้มีโอกาสที่จะรับรู้ข่าวสารจาก สื่อต่าง ๆ ได้หลายประเภท โดยสามารถเรียนรู้ และทำความเข้าใจเรื่องต่าง ๆ ได้รวดเร็ว ซึ่งจะ เป็นการเพิ่มความรู้และความสามารถแก่ตนเองมากขึ้น ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในการรับรู้ และสามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ (พิภูษณา มั่นเกษตรกิจ, 2535: 16)

รายได้ของครอบครัว เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพของ บุคคล ดังที่ Pender (1982: 161-162) กล่าวว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่ สำคัญมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมสูงจะมี

รายได้สูง ซึ่งเชื่ออำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ตลอดจนเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยผู้มีรายได้สูงจะมีการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ

2. อิทธิพลทางสังคม และวัฒนธรรม (Social and culture influence) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความรู้สึก ความเข้าใจ ความนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพ โดยแต่ละวัฒนธรรมจะมีแนวคิดสุขภาพแตกต่างกันไป ปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับความเชื่อของตน และความต้องการทางสังคมรอบข้าง ซึ่งการศึกษาด้านจิตวิทยาสังคมพบว่าการตัดสินใจของบุคคลมักขึ้นอยู่กับอิทธิพลของ ผู้อื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนผู้ใกล้ชิด จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของบุคคลเป็นอย่างมาก (เช่อมพร กาญจนรังสีชัย, 2532: 34 อ้างถึงใน พิภูษณา มั่นเกษตรกิจ, 2535: 15)

3. ประสบการณ์ในอดีต (Previous experiences) ประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยบุคคลบางคนพิจารณาความเจ็บปวด หรือการทำงานของร่างกายที่ผิดปกติได้ เพราะบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์ในอดีตมาก่อน นอกจากนี้ความรู้สึกที่ได้รับจากประสบการณ์ช่วยในการให้ความหมายสุขภาพของบุคคลได้ตามแนวคิดนี้แสดงว่าถ้าบุคคลยอมรับว่าเรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรง ยอมรับว่าการกระทำเพื่อป้องกันโรคนั้นมีประโยชน์ต่อตัวเขาการที่จะกระทำนั้นมีอุปสรรคขัดขวางน้อย และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคนั้น (Becker and Maiman, 1975: 10-24) รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ อันเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตัว

### การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักเรียน

จากทฤษฎีของเพียเจท์เกี่ยวกับพัฒนาการด้านความรู้คิดของเด็กอายุ 7-11 ปี อยู่ในระยะการคิดหาเหตุผลที่เป็นรูปธรรม เด็กสามารถแยกแยะความคิดได้หลายด้านในเวลาเดียวกันและสามารถคิดย้อนกลับได้ (Standhope and Lancaster, 1984: 171) เด็กวัยนี้สามารถบอกสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ถูกต้อง แต่มักบอกได้เพียงสาเหตุเดียว เด็กสามารถเรียนรู้และคิดได้ว่า การรักษาทำให้การเจ็บป่วยดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาดี (อัมพล สุอำพัน, 2528: 558) เมื่อเด็กอายุ 11 ปีขึ้นไป เป็นระยะคิดหาเหตุผลในสิ่งที่เป็นนามธรรม เด็กสามารถคาดการณ์สิ่งต่าง ๆ ได้ ความรู้คิดของเด็กวัยนี้พัฒนาถึงขั้นการแก้ปัญหาโดยการหาเหตุผลอย่างมีระบบจาก



ความรู้ หรือประสบการณ์ของตน (Standhope and Lancaster, 1984: 171) เด็กวัยนี้สามารถบอกสาเหตุของการเจ็บป่วยได้หลายอย่างที่เชื่อมโยงกัน เด็กเข้าใจวิธีการรักษา เข้าใจผู้รักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น (อัมพล สุอำพัน, 2528: 555)

Brewster (1982:355-362) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการด้านความคิดและความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จุดมุ่งหมายในการรักษาของแพทย์ และบทบาทของเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุ 5-12 ปี จากการศึกษาพบว่าเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 7 ปี ให้เหตุผลว่าความเจ็บป่วยเป็นผลจากการกระทำ ความผิด เด็กอายุ 7-9 ปี ขึ้นไป สามารถอธิบายเกี่ยวกับโรค หรือสภาวะที่เกิดขึ้นได้กว้างมากขึ้น สามารถแยกแยะสาเหตุของความเจ็บป่วยออกจากการกระทำของมนุษย์ เข้าใจว่าการรักษาเป็นการช่วยให้หายจากโรค มีเพียงบางคนเข้าใจว่าการรักษาเป็นการลงโทษ เพราะปฏิบัติตัวไม่ดี ส่วนกลุ่มเด็กอายุ 9 ปี ขึ้นไป มีความเข้าใจว่าการเจ็บป่วยเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคได้

Wood (1983: 101-104) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ในเด็กปกติ อายุ 7-11 ปี เกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย โดยศึกษาในด้านความเชื่อ ความคิด และการรับรู้ของเด็ก พบว่าทั้ง 2 เพศ มีความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน แต่อายุมีผลต่อตัวแปรดังกล่าว ในเด็กอายุ 10-11 ปี สามารถเข้าใจเหตุผลได้ดีกว่าเด็กอายุ 7-9 ปี และจากการศึกษานี้ยังพบว่าการรับรู้มีผลมาจากประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมาของเด็กด้วย

สรุปได้ว่าเด็กอายุมาข้างต้นเด็กวัย 9-12 ปีจะสามารถรับรู้ถึงความเจ็บป่วยได้ เพราะความรู้คิดของเด็กวัยนี้พัฒนาถึงขั้นการแก้ปัญหาโดยการหาเหตุผลอย่างมีระบบจากความรู้หรือประสบการณ์ของตนเข้าใจสาเหตุของความเจ็บป่วยได้ เนื่องจากเด็กอยู่ในระยะหาเหตุผลเป็นรูปธรรม ดังนั้นเด็กวัยนี้จึงสามารถรับรู้ถึงผลเสียในการใช้สารเสพติด รับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่เกิดจากการใช้สารเสพติดได้

#### แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 เป็นต้นมา ได้มีผู้เริ่มศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล โดยเริ่มตั้งแต่ Kurt Lewin ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมาย (Theory of goal setting) เพื่อให้เกิดสถานการณ์ที่ต้องการ โดยมีสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลจะขึ้นกับตัวแปร 2 ประการ คือ ค่านิยมของแต่ละบุคคล และการคาดประมาณถึงผลที่ได้รับจากการปฏิบัติ

ภายหลังจากทฤษฎีของ Kurt Lewin ได้มีผู้อธิบายในแนวที่คล้ายคลึงกัน โดยอธิบายถึงการปฏิบัติและการตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์ของบุคคล ได้แก่ การแสดงออกทางพฤติกรรม (Performance Behavior) ของ Tolman การเสริมแรงและการเรียนรู้ทางสังคม (Reinforcement and social learning) ของ Rotter ทฤษฎีการตัดสินใจ (Decision theory) ของ Edwards การนำทฤษฎีแรงจูงใจมาใช้กับพฤติกรรมที่เป็นอันตราย (Risk-taking behavior) ของ Atkinson และการวิเคราะห์การตัดสินใจภายใต้ความไม่มั่นใจ ของ Feather (Maimann and Becker, 1974: 336-351)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1966 Irwin M. Rosenstock, Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles และ Howard Leventhal ทั้งหมดนี้ทำงานให้กับสถาบันให้บริการทางสุขภาพ ได้จัดตั้งเป็นรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น (Health belief model) โดยได้นำเอาจิตวิทยาสังคม (Social-psychological) เข้ามาอธิบายถึงปัญหาสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขในอเมริกา เฉพาะอยู่ในระหว่างปี 1950-1960 พบปัญหาใหญ่คือการที่ประชาชนไม่รับการป้องกันโรค หรือ การทดสอบเพื่อตรวจหาภาวะแรกเริ่มก่อนมีอาการ ทั้ง ๆ ที่รัฐบาลได้ให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือมีการเสียค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อย ดังนั้นทฤษฎีและพัฒนาการนี้จึงได้มีการปรับปรุงไปพร้อม ๆ กัน กับการแก้ไขในทางปฏิบัติ โดยที่ระยะแรกทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้อธิบายการป้องกันโรคในระดับบุคคล พฤติกรรมของบุคคลว่า บุคคลทั่วไปมักจะไม่แสวงหาการป้องกันโรค หรือการตรวจสุขภาพประจำปี ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ ยกเว้นกรณีที่บุคคลมีการรับรู้ว่าเขาเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ดังนั้น แรงจูงใจ ความรู้เกี่ยวกับโรค เหล่านี้จะทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ จึงไม่รู้สึกยุ่งยากในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (Rosenstock cited in Becker, 1974: 1 และ Becker and others, 1977: 29) รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้ มีความสำคัญตรงที่กระบวนการการรับรู้ ความเข้าใจเกือบทั้งหมดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม (Keplan, et al., 1993: 52-53)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกที่อธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในเรื่องการปฏิบัติตัว เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคของบุคคลในระยะแรกมีองค์ประกอบดังนี้ (Becker and Maiman, 1974: 336 อ้างถึงใน นฤมล รัตนไพจิตร, 2533: 14-18 และ Becker et al., 1977: 349)

1. ความพร้อมของบุคคลที่จะแสดงการที่จะกระทำ (Readiness to take action) หมายถึง ความพร้อมทางจิตใจของปัจเจกบุคคลที่จะแสดงออกถึงการกระทำ ซึ่งสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพดังกล่าว โดยเงื่อนไขทางสุขภาพจะถูกกำหนดโดยการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคและการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับผลของมัน

(1.1) การรับรู้ความเสี่ยงของโรค (Perceived susceptibility)

ปัจเจกบุคคลแต่ละคน มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคในระดับที่แตกต่างกัน เช่น บางคนอาจจะปฏิเสธความเป็นไปได้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดโรค ในขณะที่บางคนรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเหมือนกันแต่ไม่มากนัก และบางคนมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงสูงมาก หรือเป็นบุคคลที่อาจจะได้รับอันตรายอย่างแท้จริงจากโรค กล่าวโดยสรุป ความเสี่ยง หมายถึง ลักษณะความเสี่ยงเชิงอัตวิสัย (Subjective risks) ของบุคคลในการรับรู้ความเสี่ยงในการติดโรค เงื่อนไขหนึ่ง ๆ

#### (1.2) การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค (Perceived severity)

ความเชื่อในเรื่องความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันระดับของความรุนแรงอาจถูกตัดสินโดยการเร้าอารมณ์ (Emotion arousal) ที่ถูกสร้างขึ้นมาจากความคิดของบุคคลที่มีต่อโรคนั้น และความเชื่อของบุคคลภายในสถานการณ์ หรือเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงเกิดขึ้น คงไม่เป็นที่สงสัยว่าบุคคลจะมองปัญหาในแง่ที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ ดังนั้น บุคคลจะพิจารณาว่าโรคนั้นนำไปสู่ หรือโรคนั้นจะมีผลความตายได้หรือไม่ หรือโรคนั้นทำให้เขาพิการไปจนตลอดชีวิตหรือไม่ อย่างไรก็ตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคยังอาจขยายขอบเขต และสลับซับซ้อนแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น บางคนรับรู้ความรุนแรงของโรคว่ามีผลกระทบต่อการทำงาน ต่อชีวิตครอบครัว และอาจมีความสัมพันธ์ทางสังคมของเขาด้วย เช่น บุคคลอาจจะไม่เชื่อว่าวัณโรคเป็นโรคที่มีความรุนแรงทางการแพทย์ แต่กระนั้นเขาอาจเชื่อว่าความรุนแรงของโรคนี้มีมากขึ้น ถ้ามันเพิ่มความสำเร็จทางด้านจิตใจและความกดดันทางเศรษฐกิจภายในครอบครัวของเขา

การรับรู้ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรคเป็นองค์ประกอบในเชิงปัญญา (Cognition) ซึ่งองค์ประกอบนี้อาจน้อยก็เป็นส่วนหนึ่งที่ขึ้นอยู่กับความรู้ที่มีต่อโรคนั้น ๆ ด้วย

2. การประเมินถึงความเป็นไปได้ (Feasible) และผลประโยชน์ (Benefits) ของพฤติกรรมสุขภาพที่ได้รับการแนะนำ โดยที่บุคคลจะเปรียบเทียบกับความสิ้นเปลือง (Cost) ความคุ้มค่า หรืออุปสรรค (Barrier) ที่บุคคลคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้น หมายถึง การรับรู้ ความเสี่ยง และความรุนแรงต่อโรค เป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การกระทำ แต่ไม่ใช่ว่าจะเกิดขึ้นจริง ๆ ทิศทางการกระทำที่เกิดขึ้นจะได้รับอิทธิพลจากความเชื่อด้านประสิทธิภาพของทิศทางการเลือกที่เป็นไปได้ หรือหามาได้ที่จะนำไปสู่การลดการคุกคามของโรค พฤติกรรมของบุคคลจึงขึ้นอยู่กับพิจารณาในแง่คุณประโยชน์ในทางเลือกหลาย ๆ อย่างเหล่านั้น ว่ามีประโยชน์เพียงใดสำหรับเขาในการลดความเสี่ยงและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นไปได้และประสิทธิภาพเป็นไปในเชิงอัตวิสัย (Subjective) มากกว่าเชิง ปรวิสัย (Objective) และในทางตรงกันข้าม ความเชื่อของเขาก็พัฒนามาจากบรรทัดฐาน (Norm) และความกดดันของกลุ่มทางสังคม

ปัจเจกบุคคลอาจเชื่อว่า การกระทำดังกล่าวจะมีประสิทธิผลในการลดการคุกคามของโรค แต่ในขณะเดียวกัน ปัจเจกบุคคลก็พบว่า การกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่อำนวยความสะดวกแก่ตน มีค่าใช้จ่ายสูง หรืออาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สบายใจ เมื่อกระทำพฤติกรรมนั้น ปัจจัยทางลบในแง่ของการกระทำทางสุขภาพเหล่านี้เรียกว่า อุปสรรค (Barriers) ต่อการกระทำ ซึ่งจะเป็นตัวรื้อให้หลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมที่เชื่อว่ามีผลประโยชน์ (Benefits) กับเขา อย่างไรก็ตามถ้าบุคคลมีการรับรู้ผลประโยชน์ และมีความพร้อมที่จะทำสูง และมีอุปสรรคน้อย บุคคลก็น่าจะเป็นไปได้ที่จะแสดงพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าหากว่าบุคคลมีความพร้อมที่จะกระทำต่ำ ในขณะที่ปัจจัยเชิงลบมีศักยภาพสูง ปัจจัยเชิงลบเหล่านี้ก็จะทำหน้าที่เป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้แสดงการกระทำการป้องกัน และถ้าบุคคลมีความพร้อมที่จะกระทำสูงและอุปสรรคสูงด้วย บุคคลจะเกิดความขัดแย้งอย่างมากในการแก้ปัญหา บุคคลมีแนวโน้มสูงที่จะกระทำเพื่อลดความเป็นไปได้ หรือผลกระทบของอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพ แต่กระนั้นบุคคลก็อาจมีแนวโน้มสูงที่จะหลีกเลี่ยงการกระทำ ถ้าเขาพบว่าการกระทำนั้นทำให้เขาไม่สบายใจหรือเจ็บปวดอย่างสูง บางครั้งเป็นไปได้ที่บุคคลจะเลือกการกระทำอื่นที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลที่เกือบจะเท่าเทียมกัน เช่น บุคคลที่รู้สึกว่าคุณค่าโดยวินิจฉัย แต่ก็กลัวอันตรายของ X-rays บุคคลก็อาจเลือกที่จะได้รับการทดสอบหาไวรัสโคโรนาในระยะเบื้องต้นแทน

ในกรณีที่มีความขัดแย้งและสถานการณ์ไม่ให้วิธีอื่นที่จะแก้ปัญหาความขัดแย้งของผลประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้น จากการทดลองเชิงประจักษ์ได้ชี้แนะว่า บุคคลอาจมีแนวทางในการแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้ 2 ทาง คือ

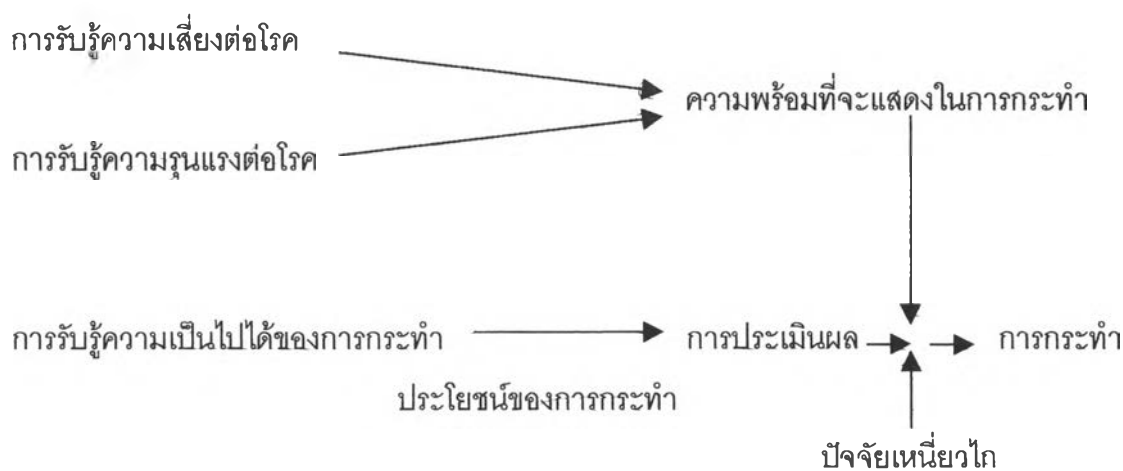
(ก) บุคคลพยายามขจัดความขัดแย้งทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้น โดยการกระทำซึ่งอาจไม่ลดการคุกคามอย่างแท้จริง เช่น บุคคลที่ตนรู้สึกว่าคุณค่าโดยโรคมะเร็งปอด และเชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้นี้ได้ แต่ปัจเจกบุคคลนี้เห็นว่าการสูบบุหรี่มีความจำเป็นมากสำหรับตน ดังนั้นเขาอาจสัญญากับตนเองว่าจะเลิกสูบบุหรี่ในไม่ช้านี้ ดังนั้นปัจเจกบุคคลสามารถลดความขัดแย้งระหว่างรับรู้ผลประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคลงได้

(ข) การตอบสนองที่อาจมีได้ เมื่อมีความวิตกกังวล หรือมีความกลัวเกิดขึ้นอย่างมากจนทำให้บุคคลไม่อาจคิด หรือแสดงการกระทำอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว แม้ว่าเขาจะไม่ยอมรับมันเพราะไม่สามารถที่จะคิดได้อย่างสร้างสรรค์เกี่ยวเนื้อหา ดังกล่าว

3. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) Rosenstock เสนอว่ามีตัวแปรอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีความจำเป็นที่จะทำให้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตัวแปรนี้ถูกเพิ่มเข้าไปในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตัวแปรนี้ถูกเพิ่มเติมเข้าไปใน

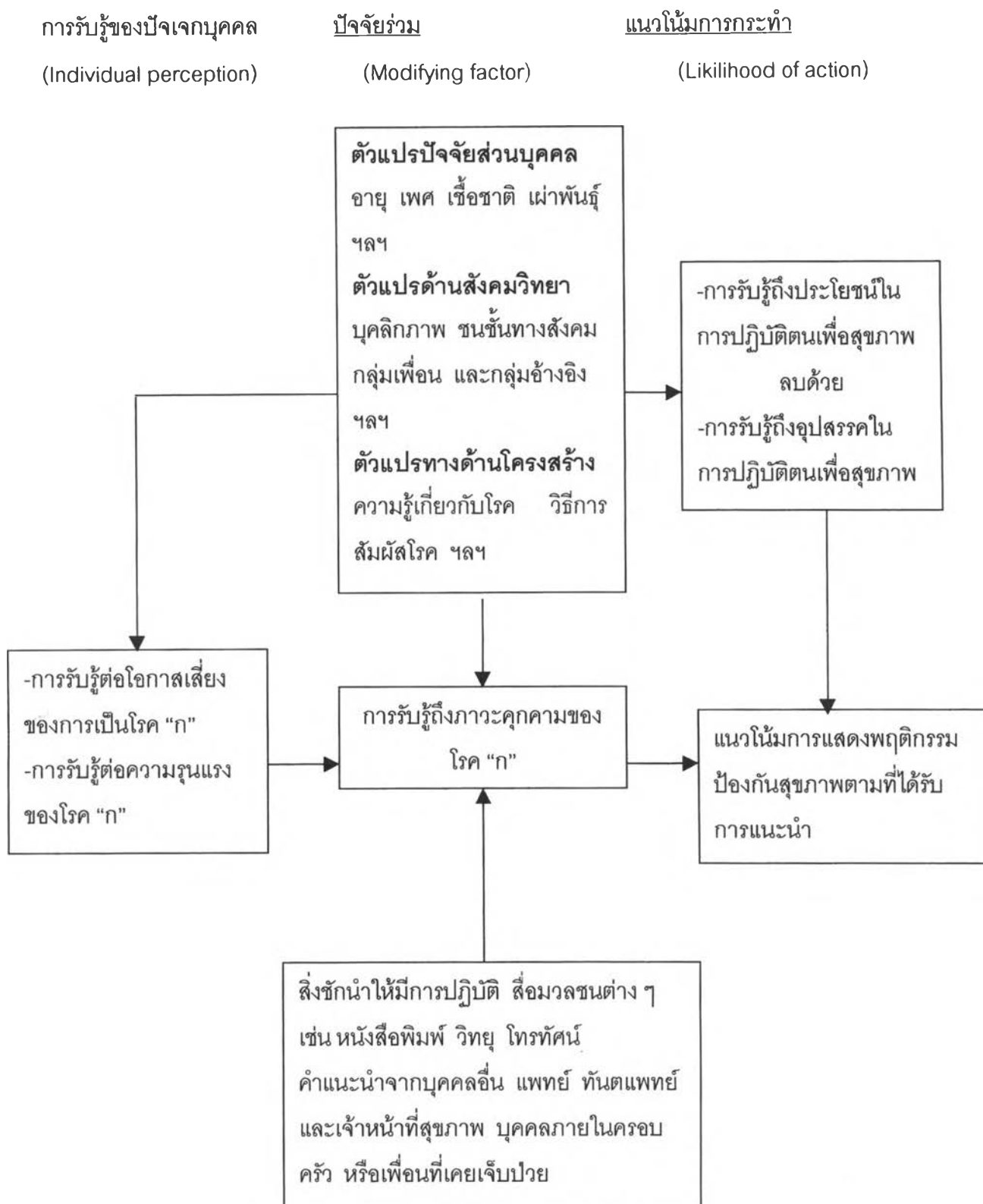
แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ตัวแปรเหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นตัวชี้แนะ (Cues) หรือตัวเหนี่ยวนำ (Trigger) ให้เกิดการกระทำที่เหมาะสมออกมา กล่าวคือ ระดับการเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้ความเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง จะให้พลังที่จะก่อให้เกิดความแสดงการกระทำ และการรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ มากกว่ามีอุปสรรค จะทำให้ทราบแนวทางในการเลือกการกระทำอย่างไรก็ตามเราเชื่อว่าการเชื่อมโยงของตัวแปรเหล่านี้อาจจะไม่ก่อให้เกิดการกระทำ พฤติกรรมก็ได้ ถ้าขาดตัวกระตุ้น หรือตัวเร้าให้เกิดเหตุการณ์ในเรื่องที่เกี่ยวกับที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้น ตัวชี้แนะอาจแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ ตัวชี้แนะภายใน (Internal cues) เช่น การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) ผลกระทบของสื่อ สื่อมวลชนต่าง ๆ (Mass media communication) ที่ใช้ในการติดต่อ หรือการได้รับไปรษณียบัตรจากแพทย์ ความเข้ม (Density) ของตัวชี้แนะเหล่านี้จำเป็นต้องมีเพียงพอที่จะเหนี่ยวนำให้เกิดพฤติกรรมและความเข้มของตัวชี้แนะที่ต้องการจะแตกต่างกันในระดับของการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค เช่นถ้าบุคคลใดรับรู้ความเสี่ยงและมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อยความเข้มของสิ่งเร้าที่เป็นตัวชี้แนะก็จำเป็นที่จะต้องต้องมีมากพอ ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงต่อโรคสูงความเข้มของสิ่งเร้าที่เป็นตัวชี้แนะถึงแม้ว่าจะมีเพียงเล็กน้อยก็เพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมดังกล่าว

#### แผนภูมิที่ 1



แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (อ้างถึงใน Dingwall, 1976: 3)

และในปี ค.ศ. 1974 Becker et al. ได้อธิบายรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มเติม โดยนำเอาตัวแปรด้านประชากร สังคม วิทยา และตัวแปรทางด้านโครงสร้างที่นำไปสู่เงื่อนไขของการป้องกันโรคต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย และแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพของตน ดังแสดงไว้ในดังความสัมพันธ์ของส่วนประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค

(after Becker et al.(1974) cited in Becker, 1974: 7)

ความชัดเจนของแบบจำลองนี้อธิบายตามแนวคิดของ Becker et al.(1974) ได้ดังนี้

### 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ Rosenstock (1974) ได้อธิบายการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคว่า เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสเจ็บป่วยได้ และเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย จะต้อง มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค มีผลทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่บุคคลนั้นคิดว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งได้มีการวิจัยหลายฉบับพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Heinzelman, 1962; Elling et al., 1962 อ้างถึงใน Becker et al., 1977: 140; Hallal, 1982: 137-142)

### 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีผลกระทบต่อให้บุคคลตัดสินใจร่วมมือต่อพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยได้ เนื่องจากเชื่อว่าโรคนั้น ๆ หรือความเจ็บป่วยนั้น ๆ จะทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย สามารถทำลายชีวิต หรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย และมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ความรุนแรงที่รับรู้นี้อาจประเมินได้ในระดับต่าง ๆ กันของการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนึกคิดเกี่ยวกับโรคนั้น เช่น การที่บุคคลมองปัญหาสุขภาพว่าโรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ หรือการเป็นโรคนั้นจะมีผลไปลดระบบการทำงานของร่างกายและจิตใจมากเพียงใด หรือโรคนั้นนำไปสู่ภาวะความพิการในลักษณะถาวรหรือไม่จะมีผลกระทบต่อการทำงานของตนและครอบครัวอย่างไร ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมป้องกันการโรคดีขึ้น ปัจจัยนี้มีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วย มิได้หมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ๆ

### 3. การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน (Perceived benefit and barrier)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรค เป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไป แต่ไม่ได้เป็นสิ่งที่กำหนดไว้ว่าพฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นจะเป็นอย่างไร (Becker et al., 1977: 348) การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างไรขึ้นอยู่กับความพร้อมทางจิตใจ และความเชื่อต่อประโยชน์ ตลอดจนอุปสรรคความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการกระทำนั้น ๆ ด้วย นั่นคือ การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการนั้น ๆ ต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งจะต้องสัมพันธ์กับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและลดความรุนแรงของโรคที่จะคุกคามต่อสุขภาพได้ (Becker and Maiman, 1975: 13-25)



บุคคลจะปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เนื่องจากมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถป้องกันการเกิดโรค หรือลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้ ส่วนอุปสรรคเป็นการขาดการมองเห็นแนวโน้มในแง่ลบ ได้แก่ ปัญหาค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการรักษา เสียเวลา การถูกจำกัด กิจกรรมหลาย ๆ อย่าง ซึ่งลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความขัดแย้งและทำให้เกิดการหลีกเลี่ยง การเกิดพฤติกรรมสุขภาพ (Becker and Maiman, 1975: 206)

#### 4. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying factors)

เป็นปัจจัยต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่ส่งเสริม หรือขัดขวางการปฏิบัติตน พฤติกรรมของบุคคล อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านประชากร สิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในภาวะสุขภาพดีและในขณะเจ็บป่วย

ปัจจัยด้านจิตสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับความเชื่อของตน และความ ต้องการทางสังคมรอบข้าง ซึ่งการศึกษาด้านจิตวิทยาสังคมพบว่าการตัดสินใจของบุคคลมักขึ้นอยู่กับอิทธิพลของ ผู้อื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนผู้ใกล้ชิด จะมีอิทธิพลต่อการ ปฏิบัติตัวของบุคคลเป็นอย่างมาก (เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย, 2532: 34 อ้างถึงใน พิภูษณา มั่น เกษตรกิจ, 2535: 15)

การชี้แนะการกระทำ (Cue to action) ในแบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความจำเป็นในการเพิ่มความสมบูรณ์ให้กับแบบ จ้างลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ข่าวสารจากสื่อมวลชน และการได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น เช่น คำแนะนำจากทีม สุขภาพบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนบ้าน ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลได้รับรู้ข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ อันเป็นสิ่งชักนำให้เอื้ออำนวยให้มี พฤติกรรมสุขภาพ

ตามแนวคิดนี้แสดงว่าถ้าบุคคลยอมรับว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคนั้นมี ความรุนแรง ยอมรับว่าการกระทำเพื่อป้องกันโรคนั้นมีประโยชน์ต่อตัวเขาการที่จะกระทำนั้นมี อุปสรรคขัดขวางน้อย และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพในการป้องกันโรคนั้น (Becker and Maiman, 1975: 10-24) รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ อันเป็น ปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตัว

ในงานวิจัยนี้ได้ นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al. (1974) มาใช้เป็น ส่วนประกอบในการศึกษา เพื่อนำมาอธิบายความเชื่อ การรับรู้ และทำนายพฤติกรรมการที่

บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อปฏิเสธการใช้สารเสพติดนั้น ได้ถูกนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับงานวิจัยในครั้งนี้มีองค์ประกอบดังนี้

(1) การรับรู้ถึงการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สารเสพติด

เป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมื่อมีการใช้สารเสพติด ผลเสียต่อสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และมีผลกระทบไปยังสังคมที่อาศัยอยู่ ซึ่งถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่คิดว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรค ผลเสียอื่น ๆ ที่ตามมา นั้น จะส่งผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมปฏิเสธจากพฤติกรรมที่บุคคลนั้นคิดว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรค

(2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของการใช้สารเสพติด

บุคคลจะมีความเชื่อว่าโรค และผลเสียที่เกิดจากการใช้สารเสพติดนั้นมีอันตรายสามารถทำลายชีวิต หรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย และมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม การที่บุคคลมองปัญหาสุขภาพว่าโรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ หรือการเป็นโรคนั้นจะมีผลไปลดระบบการทำงานของร่างกายและจิตใจมากเพียงใด หรือโรคนั้นนำไปสู่ภาวะความพิการในลักษณะถาวรหรือไม่จะมีผลกระทบต่อการทำงานของตนและครอบครัวอย่างไร ซึ่งจะช่วยทำให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีขึ้น ปัจจัยนี้มีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วย มิได้หมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ๆ

(3) การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อปฏิเสธการใช้สารเสพติด

การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างไรขึ้นอยู่กับความพร้อมทางจิตใจ และความเชื่อต่อประโยชน์ ตลอดจนอุปสรรคความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการกระทำนั้น ๆ ด้วย นั่นคือ การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการนั้น ๆ ต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งจะต้องสัมพันธ์กับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและลดความรุนแรงของโรค บุคคลจะปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เนื่องจากมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถป้องกันการเกิดโรค ผลเสียที่เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้ ส่วนอุปสรรคที่บุคคลไม่ปฏิบัติตาม คือ ปัญหาค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการรักษา เสียเวลา การถูกจำกัด กิจกรรมหลาย ๆ อย่าง (Becker and Maiman, 1975: 206)

## แนวคิดเกี่ยวกับสารเสพติด

### สารเสพติด

สารเสพติด หมายถึง สารเคมี ยา หรือวัตถุใด ๆ ก็ตาม เมื่อร่างกายได้รับเข้าไปแล้ว โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น กิน สูบ ฉีด ดม ฯลฯ จะทำให้เกิดอาการต่อร่างกาย คือ จะต้องได้รับเป็นประจำ จะต้องเพิ่มขนาดของสารนั้นเรื่อย ๆ ในที่สุดทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพของผู้ใช้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของสารชนิดนั้น ๆ สารแต่ละชนิดมีฤทธิ์ทำให้เกิดการเสพติดไม่เหมือนกัน บางชนิดทำให้เกิดการเสพติด ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่วนบางชนิดทำให้เกิดการเสพติดเฉพาะทางด้านจิตใจเท่านั้น แต่โดยทั่วไปมักเรียกกันว่า “ยาเสพติด” (ชวลิต ยอดมณี และคณะ, 2540: 6)

### ประเภทของสารเสพติด

ยาเสพติดที่ปรากฏแพร่หลายอยู่ในปัจจุบันนี้มีจำนวนมาก จึงมีการจัดหมวดหมู่หรือจัดประเภทของยาเสพติดขึ้น เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้เข้าใจตรงกัน แต่การจัดประเภทของยาเสพติดในปัจจุบันนี้ก็ยังคงแตกต่างกันไป ทั้งนี้เนื่องจากใช้หลักเกณฑ์การจำแนกประเภทต่างกัน ในงานวิจัยนี้ได้แบ่งประเภทยาเสพติดจาก 3 หลักเกณฑ์ดังนี้

1. ประเภทของยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (กองนิติกรสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2540: 16) ได้จำแนกยาเสพติดไว้เป็น 5 ประเภทดังนี้

ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin)

ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) โคคาอีน (Cocaine) โคเดอีน (Codeine) ฝิ่นยา (Medical opium)

ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นต้นตำหรับยา และมียาเสพติดให้โทษประเภท 2 ผสมอยู่ด้วย ตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในพระราชกฤษฎีกา

ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride) อาเซติกคลอไรด์ (Acetic Chloride)

ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้อยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา ฝิ่นกระท่อม

2. ประเภทของยาเสพติด ตามแหล่งกำเนิดของยาเสพติด

หากจัดแบ่งประเภทของยาเสพติดตามแหล่งกำเนิดของยาเสพติดแล้วจะจำแนกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 ยาเสพติดตามธรรมชาติ(Natural Drugs) ได้แก่สิ่งที่ได้มาจากพืช หรือ พันธุ์ไม้บางชนิดโดยตรงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่น ฝิ่น กัญชา กระต่อม โคเคอิน เป็นต้น

ประเภทที่ 2 ยาเสพติดสังเคราะห์ (Synthetic Drugs) ได้แก่ ยาเสพติดที่ผลิตขึ้นด้วยวิธีการเคมีและนำมาใช้แทนสิ่งเสพติดตามธรรมชาติได้ เช่น การนำฝิ่นมาทำเป็นมอร์ฟีน ยา ระบุประสาท

### 3. ประเภทยาเสพติด ตามฤทธิ์ของยาที่มีต่อร่างกาย

หากจัดประเภทของยาเสพติด ตามฤทธิ์ที่มีต่อร่างกายแล้ว จะจำแนกได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 ยากดประสาท (Depressant) ทำให้ประสาทสมองมีนชา อารมณ์จิตใจเฉื่อยชา กล้ามเนื้ออ่อนคลายตัว ได้แก่ มอร์ฟีน(อนุพันธ์ของฝิ่น) เฮโรอีนและยานอนหลับ เช่น บาร์บิตูเรท ไดอาซีแพม

ประเภทที่ 2 ยากระตุ้นประสาทสมอง (Stimulant) ทำให้ประสาทและสมองตื่นตัว กระวนกระวาย ได้แก่ กระต่อม แอมเฟตามีน หรือยาบ้า ยาขยัน เป็นต้น

ประเภทที่ 3 ยาหลอนจิตประสาท (Hallucinogen) ทำให้ประสาทหลอน เห็นภาพผิดไปจากปรกติ ความรู้สึกแปรปรวน มีปฏิกิริยาผิดไปจากความจริงทั้งหมด ได้แก่ LSD DMT และ STP

ประเภทที่ 4 ยาที่ออกฤทธิ์ผสมผสานกัน (Mixed) ยาเสพติดบางชนิดเมื่อเสพปริมาณน้อย จะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เช่น กัญชา แต่ถ้าเสพปริมาณมากขึ้นอีก จะทำให้เกิดประสาทหลอน

### ยาเสพติดที่แพร่ระบาดในประเทศไทย (ปรีชา วิหคโต และคณะ, 2540: 9-11)

ยาเสพติดที่แพร่ระบาดอยู่ในประเทศไทยขณะนี้ แบ่งตามคุณสมบัติของยาเสพติดได้ ดังนี้

#### 1. ยาเสพติดประเภทฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่น

1) ยาเสพติดประเภทฝิ่น (Opium) เป็นยาเสพติดชนิดแรกที่แพร่หลายมาก่อนชนิดอื่น ๆ ในโลก เฉพาะประเทศไทยเป็นที่รู้จักดีประมาณ 500-600 ปีมาแล้ว ฝิ่นเป็นพืชล้มลุกที่ ชอบขึ้นอยู่ในพื้นที่ที่สูงกว่าระดับน้ำทะเลประมาณ 3,000 ฟุตขึ้นไป ซึ่งได้แก่ทางภาคเหนือของประเทศไทย บางทีกรีดได้จากผลฝิ่น เรียกว่า ฝิ่นดิบ และเมื่อเอาฝิ่นดิบมาเคี้ยวจนมี สีดำ เรียกว่า ฝิ่นสุก จะมีรสขม มีกลิ่นเฉพาะ

2) มอร์ฟีน (Morphine) เป็นสารแอลคาลอยด์ที่สกัดได้จากฝิ่น สีขาวนวล ไม่มีกลิ่น รสขม ละลายน้ำง่าย ออกฤทธิ์กดประสาทแรงกว่าฝิ่นประมาณ 10 เท่า ยาเสพติดชนิดนี้ในประเทศไทยผู้ผลิตจะผลิตเป็นแท่งสี่เหลี่ยมและมีตราต่าง ๆ เช่น ตรา 99 ตราหัวไก่ ตรา O.K. เป็นต้น

3) เฮโรอีน (Heroin) เป็นยาเสพติดที่ร้ายแรงที่สุดในเมืองไทย ระบาดแพร่หลายทั่วโลก ทำได้จากมอร์ฟีน มีฤทธิ์เสพติดรุนแรงกว่ามอร์ฟีน ประมาณ 10 เท่า และแรงกว่าฝิ่น ประมาณ 100 เท่า ลักษณะเฮโรอีนมีทั้งเป็นเกร็ดและเป็นผง ถ้าเป็นชนิดเกร็ด จะมีสีม่วง สีดินสุกกรัง จะมีเนื้อเฮโรอีนไม่เกิน 10% ไม่มีกลิ่นแต่มีรสขม ถ้าเป็นชนิดผงขาว จะมีความแรงของเฮโรอีนบริสุทธิ์ถึง 80-90% เฮโรอีนมีชื่อเรียกในนามแฝงต่าง ๆ กัน เช่น แค็ป ไก่ เฮ ผงขาว และ ไชระเหย เป็นต้น

## 2. ยาเสพติดประเภทยานอนหลับและยาระงับประสาท

ยาเสพติดกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ไปกดระบบประสาท ที่ใช้ในวงการแพทย์มีประมาณ 30 กว่าชนิดทำให้ประสาทชา มึนเมา อารมณ์ถูกกด ซึมเศร้า บางครั้งก้าวร้าว ขาดความรู้สึกรับผิดชอบ มีอาการทางจิตเหมือนคนเมาเหล้า

1) เซโคโคนาล (เวโคบาร์บิทาลโซเตรียม) เป็นยานอนหลับ อยู่ในแคปซูลเล็กสีแดง มีนามแฝงว่า เหล้าแดง ไก่แดง ปีศาจแดง

2) อิมบาร์บิทัล เป็นยานอนหลับอีกประเภทหนึ่งบรรจุอยู่ในแคปซูล สีเหลือง พวกเสพติดมักเรียกว่า เสื่อสีเหลือง

3) ยากล่อมประสาท เป็นยาสงบอารมณ์ กล่อมประสาทให้หายกังวล หายซึมเศร้า มีผู้นำมาใช้ในทางที่ผิด ถ้าใช้ยานี้บ่อย ๆ จนเสพติดจะเป็นอันตรายต่อประสาทสมอง ระบาดมากในหมู่วัยรุ่นขณะนี้ คือ เมโอบาเมท

## 3. ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

เป็นยากระตุ้นประสาทมีชื่อเรียกในผู้เสพติดว่า ยาขยัน ยาม้า ยาม้าขาว ปัจจุบันเป็น “ยาบ้า” นักเรียนนักศึกษานำมาใช้ในทางที่ผิด เรียกว่า ยาขยัน เพราะทำให้ไม่ง่วง เนื่องจากฤทธิ์ยาจะกระตุ้นสมองให้ตื่นตัวอยู่เสมอ และในขณะเดียวกันร่างกายกลับอ่อนล้าลงทุกที บังคับตัวเองไม่ได้ นานเข้าจะมีอาการของโรคจิตและอาจถึงคลุ้มคลั่งได้ นอกจากนักเรียนนักศึกษาใช้แล้ว ยังมีผู้ทำงานกลางคืน เช่น ผู้ขับรถบรรทุก ชาวประมง ก็ติดยาประเภทนี้มาก

แอมเฟตามีน (เพนซิติริน เดริกซิติริน) ที่ผลิตออกมามีลักษณะต่าง ๆ กัน แต่ส่วนมากจะเป็นเม็ดสีขาว บางบริษัทผลิตออกมาในรูปหัวใจสีส้ม ใช้สำหรับคนที่ต้องการจะลดความอ้วน ให้เบื่ออาหาร

## 4. ยาเสพติดประเภทพืชกัญชาและใบกระท่อม

1) กัญชา เป็นพืชล้มลุก ขึ้นง่ายในประเทศเขตร้อน เช่น อินเดีย เม็กซิโก อาหรับ ลักษณะใบเป็นแฉก ตั้งแต่ 5-9 แฉก สารที่ทำให้กัญชาเป็นยาเสพติดคือ เตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol) ซึ่งเป็นเรซิน มีมากที่ดอก เมล็ดกัญชา กัญชาออกฤทธิ์ต่อร่างกายทั้งกระตุ้นประสาท กดประสาท และหลอนประสาท ทำให้ประสาทปรวนแปร อารมณ์ความรู้สึกนึกคิดสับสน การรับรู้ รับประทานอาหารจะบิดเบือนไปจากปกติ บางครั้งเกิดคุมสติไม่อยู่ มีอาการโรคจิต

2) กระท่อม เป็นพืชต้น มีในประเทศไทย อินเดีย มี 23 ชนิด คือ ก้านใบแดง และก้านใบเขียว เสพโดยเอาใบมาเคี้ยวหรือชงกับน้ำร้อนกิน รสขม กระท่อม เมื่อเสพแล้วจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ใหม่ ๆ จะรู้สึกหายปวดเมื่อย ทำงานไม่รู้เหน็ดเหนื่อย แต่เมื่อเสพมาก ๆ จะเกิดกระวนกระวาย ผิวหนังแห้ง ท้องผูก และมีอาการอยากยา เช่นเดียวกับการขาดฝิ่น คลุ้มคลั่ง เป็นโรคจิตได้ง่ายเหมือนกัญชา

#### 5. ยาเสพติดประเภทหลอนประสาทและไอระเหย

ยาเสพติดประเภทนี้ใช้เพื่อมึนเมาหลอนจิตประสาทตนเอง ผัน เห็นแต่ภาพลวงตา ประสาทรับความรู้สึก การมองเห็น การรับรสกลิ่น และสัมผัสต่าง ๆ ปรวนแปรผิดปรกติหมด เห็นแสงสีวิจิตรพิสดารและได้ยินเสียงแปลกประหลาด ขาดความควบคุมตนเองเป็นอันตรายแก่ชีวิตตนเองและผู้อื่นได้

1) แอล.เอส.ดี. (LSD) เป็นสารสังเคราะห์ได้จากเชื้อราของข้าวไรน์ชนิดหนึ่ง ทำมาในรูปของยาเม็ดกลม ๆ เล็ก ๆ สีฟ้าอ่อน สีเขียวอ่อน สีขาว ไม่มีกลิ่น ไม่มีรส บางครั้งก็ทำมาในรูปของยาน้ำปรกติ ใช้กิน แต่ก็อาจใช้ฉีดได้ ชนิดฉีดบรรจุในหลอดแก้วเป็นน้ำสีน้ำเงินใส

2) สารระเหยจากสารเคมี เช่น ยาชักแห้ง ทินเนอร์ (น้ำยาล้างเล็บ) กาวน้ำเบนซิน มีผู้นำมาสูดดมเพื่อให้เกิดอาการมึนเมา อารมณ์เลื่องลอย เคลิ้มฝัน ถ้าเสพมาก ๆ จะเกิดอาการคลุ้มคลั่งทางจิตได้

3) สุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผู้ที่เสพสุราจนเป็นพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งขณะนี้มีประมาณร้อยละ 5 ของผู้ดื่มสุรา จะมีอาการอดยา คือ หยุดดื่มไม่ได้ ถ้าหยุดก็เกิดอาการไม่สบายใจทั้งใจและกาย ตื่นเช้าขึ้นมาต้องดื่มสุรา

#### ปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการเสพสารเสพติด

จากผลงานวิจัยของ ทิพย์อร ไชยณรงค์ (2535: 33-35; สมจิตต์ ภาติกร และคณะ, 2527: 32; สมศักดิ์ เทศงามล้วน, รตท.; 2539; จำลอง ดิษยวณิช, 2520: 235) พบว่าสาเหตุการติดยานั้นมีการวิจัยใช้จำนวนมาก ซึ่งแต่ละสาเหตุมีการศึกษาไว้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการศึกษาของแต่ละงานวิจัย แต่ไม่ว่าจะมีการศึกษาถึงสาเหตุการติดยาเสพติดไว้กี่ประการก็ตาม เมื่อนำมา

วิเคราะห์แล้วสามารถจำแนกสาเหตุของการติดยา โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือใกล้เคียงกันจะจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน เช่นสาเหตุจากการอยากทดลอง และสาเหตุจากการอยากแสดง ความโก้หรู เป็นสาเหตุที่เกิดจากตัวผู้เสพเอง จึงจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ดังนั้นจึงจำแนกได้ ดังนี้

### เพศ

ในการใช้สารเสพติดพบว่า เพศชายมีการใช้สารเสพติดมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเป็นวัยที่ชอบทดลอง และมีความอยากรู้อยากเห็น ดังนั้นจากการวิจัยที่ผ่านมาจึงพบว่าเพศชายมีอัตราการใช้สารเสพติดสูง กว่าเพศหญิง โสภา ชูพิกุลชัย (2533) ได้ทำการศึกษา เรื่อง การแพร่ระบาดของสารเสพติดติดเด็ก และเยาวชนย่านชุมชนแออัด ศึกษาเฉพาะกรณีในเขต กรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะกลุ่มมาจากเขตที่มีการติดยาเสพติดมากที่สุด พบว่าเด็กและเยาวชนจะเริ่มใช้สารเสพติดมากที่สุด พบว่าเพศชายมีการใช้สารเสพติดมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรีชา วิหคโต และคณะ (2540) ทำการศึกษา เรื่อง การศึกษาสภาพการใช้สารเสพติด ของนักเรียนระดับประถมศึกษา ทำการศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน สำนักงานศึกษา กรุงเทพมหานคร และเทศบาล ทั่วประเทศ พบว่านักเรียนชายมีการใช้สารเสพติดมากกว่าจำนวนนักเรียนหญิงที่ใช้สารเสพติดทุกประเภท

### อายุ

อายุจากการศึกษาเรื่องการใช้สารเสพติดในเด็กวัยเรียนพบว่า อายุส่วนใหญ่ที่พบในการใช้สารเสพติด คือ ช่วง 9 - 12 ปี เนื่องจากเด็กวัยนี้มีความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง (อุบลรัตน์ เพ็งสถิตย์, 2529: 253-256; ศรีธรรม ฐานะภูมิ, 2535: 67) ดังที่สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2534) ได้ทำการศึกษาเรื่องระบาดวิทยาของการสูดดมสารระเหย ผลกระทบต่อสุขภาพในกลุ่มเด็กเร่ร่อนเขตถนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี พบว่า เด็กมีอายุ 11.8 + 2.7 ปี มีการใช้สารเสพติด และโสภา ชูพิกุลชัย (2533) ศึกษาเรื่อง การแพร่ระบาดของสารเสพติด และเยาวชนย่านชุมชนแออัดพบว่าเด็กที่มีการใช้สารเสพติดเมื่ออายุ 11- 14 ปี

### สาเหตุอยากทดลอง

จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่าในเด็กวัยนี้มีความอยากรู้อยากทดลอง ซึ่งมีจำนวนไม่น้อยที่ติดยาเสพติดให้โทษเพียงจากความอยากรทดลอง อยากรู้อยากเห็น อยากรู้รสชาติว่าเสพแล้วจะรู้สึกอย่างไร โดยคิดว่าคงไม่ติดยาเสพติดง่าย หรือเห็นว่าการเสพยาเสพติดนั้นเป็นเรื่องโก้ เพื่อความสนุกสนาน หรือด้วยความคึกคะนอง อดเพื่อนฝูง หรืออดผู้หญิง ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษา (โสภา ชูพิกุลชัย, 2533; สุพัตรา ศิริวณิชชากร และคณะ, 2534; สัญชัย สิงหลกะ, 2537)

### สาเหตุจากเพื่อน

สาเหตุจากเพื่อนนี้ รวมถึงคนใกล้ชิดโดยส่วนมากมักมาจากเพื่อนให้เสพ เพื่อสนุกสนาน และสามารถเข้ากลุ่มเพื่อนฝูง ต้องการให้เป็นที่ยอมรับจากเพื่อน หรือสังคม จึงต้องทดลองใช้ยา เสพยติให้เหมือนกลุ่มผู้ใช้ หรือบางคนอาจถูกเพื่อน หรือคนใกล้ชิดหลอกให้เสพในรูปของสิ่งอื่นๆ เช่น เสพในรูปของทอฟฟี่ บุหรี่ซึ่งสอดใส่ยาเสพยติเอาไว้โดยผู้สอดใส่ต้องการจะมีสมาชิกในการติดยาเสพยติเพิ่มมากขึ้น เพื่อช่วยกันหาเงินในการซื้อยาเสพยติให้ได้ตามต้องการ หรืออาจถูกหลอกให้เสพเพราะความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือบางครั้งอาจเสพเพราะถูกบังคับ อิทธิพล วัยเด็ก เพื่อนมีอิทธิพลต่อเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการการยอมรับของเพื่อน จะส่งผลผลต่อการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กกว่าตนมีคุณค่าได้รับการยอมรับ (โสภา ชูพิกุลชัย, 2533; สุพัตรา ศิริวณิชชากร และคณะ, 2534; สัญชัย สิงหลกะ, 2537; Castiglia and Harbin, 1992: 313-315) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเด็กใช้เวลาส่วนมากอยู่ที่โรงเรียนกับเพื่อนวัยเดียวกันด้วยเหตุนี้เด็กจึงมักตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของเพื่อน การที่เด็กเข้าร่วมกลุ่มกับเพื่อนเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน อาจนำไปสู่การหาประสบการณ์ที่เสี่ยงอันตรายได้ เช่น การทดลองใช้สารเสพยติขั้นแรก เช่น เบียร์ สุรา บุหรี่ เพื่อให้มีค่านิยมเหมือนเพื่อน คือ ชอบหาประสบการณ์ใหม่ ๆ หรือ ของเสี่ยงอันตราย (Kaplan & Martin, 1984)

### สาเหตุจากสภาพจิตใจ

สาเหตุจากสภาพจิตใจนี้มักขึ้นอยู่กับความไม่สบายใจ มีความกลัดกลุ้ม แก้ปัญหาไม่ได้ ซึ่งบางครั้งใช้มาจากปัญหาครอบครัว เช่น พ่อแม่หย่ากัน แยกกันอยู่ ทะเลาะกันเป็นประจำ ลูกขาดความอบอุ่นจากผู้ปกครอง ว่าเหว หรือใช้จากปัญหาในการเรียนของผู้เสพ หรือปัญหาส่วนตัว เช่น เป็นคนที่ขาดความมั่นใจในตนเอง มีความกลุ้มใจ เพราะผลการเรียนไม่ดี หรือหาทางแก้ไขในทางที่ผิดๆ แทนที่จะปรับปรุงการเรียนของตนให้ดีขึ้น โดยการเอาใจใส่การเรียนให้มากขึ้น กลับหันมาเสพยาเสพยติให้โทษ หรือบางคนเสพยาเสพยติเพื่อใช้เป็นกาณ์ผ่อนคลายอารมณ์ ผ่อนคลายความเครียดต่างๆ เพราะเมื่อเสพครั้งแรกนั้นจะรู้สึกเบาสบายโล่งใจ (สัจชัย สิงหลกะ, 2537)



### สาเหตุจากสภาพร่างกาย

สาเหตุจากสภาพร่างกาย ใช้จากเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยในทางร่างกายที่ทำให้ใช้เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดมาก เช่น กระดูกหัก นิ้วในไต เนื่องมาจากอย่าง เจ็บป่วยจากยาเสพติด ซึ่งใช้จากการกระทำของแพทย์ โดยอาจใช้ยาระงับปวดอย่างขาดความระมัดระวัง จนทำให้ผู้ป่วยติดยา หรือแพทย์ใช้ยาเสพติดช่วยระงับอาการปวดชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง แต่เมื่อคนไข้ได้เห็นสรรพคุณของยาระงับปวดก็พยายามหาทางช่วยตนเอง หรืออาจเป็นเพราะอยู่ห่างไกลแพทย์ จึงต้องช่วยตนเอง โดยการใช้น้ำบรรเทาอาการเจ็บปวด และในที่สุดนั้นก็ติดยาเสพติดไป

### สาเหตุจากสภาวะแวดล้อม

สุรพล ปธานวนิช (2525: 32) กล่าวว่า สภาวะแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ หากสภาพแวดล้อมเปลี่ยนไป พฤติกรรมของมนุษย์ก็จะเปลี่ยนตามไปด้วย สาเหตุจากสภาวะแวดล้อมนี้ที่เป็นปัญหาอีกประการหนึ่งที่ชักนำให้ใช้การติดยาเสพติดให้โทษเป็นลະແວກรอบ ๆ บ้านที่มีแต่ผู้ค้า และติดยาเสพติด ตลอดจนพฤติกรรมที่น้องและเพื่อนติดยาเสพติดให้โทษ สมาชิกในครอบครัวเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีในการใช้สารเสพติด ทำให้เด็กมีแนวโน้มปฏิบัติตาม (จำลอง ดิษยวณิช, 2520: 235) เด็กจึงตกอยู่ในสภาพติดยาเสพติดให้โทษได้ง่าย ผู้ที่เด็กรู้จักติดยาเสพติดให้โทษ สภาพครอบครัวขาดความอบอุ่น มีแต่ความทุกข์ หรือสภาพแวดล้อมในโรงเรียนไม่ดี ขาดครูที่มีประสิทธิภาพ ครูไม่สนใจให้การศึกษา อบรมเด็กจริงจัง นอกจากนี้ปัญหาจากสภาพเศรษฐกิจที่บีบรัดตัวทำให้คนเห็นแก่ตัวมากขึ้น ผู้ปกครองไม่มีเวลาเอาใจใส่ดูแล อบรมสั่งสอน ต้องหาเงินตัวเป็นเกลียว หรือแม้แต่คนมีฐานะดีก็ไม่มีเวลาอบรมบุตร

### สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครู

ในชีวิตประจำวันของเด็กนักเรียนครูเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากบิดามารดา หรือผู้ปกครอง (ศึกษาธิการ, กระทรวง และ สาธารณสุข, กระทรวง, ม.ป.ป. : 28) เนื่องจากครูเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม พัฒนาการสติปัญญาและทางสังคมของนักเรียน นอกจากนี้ยังมีผลต่อสุขภาพจิตและการปรับตัวของนักเรียนด้วย (Cohen and Manin, 1978: 228 อ้างถึงใน นรดี กิจบุญณะ, 2537: 1) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครูจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของนักเรียน ถ้าครูไม่เข้าใจเด็กเมื่อเด็กเกิดปัญหา ทำให้เด็กรู้สึกเบื่อหน่าย ทำให้เด็กอึดอัดไม่มีทางระบายออก บางครั้งต้องหนีไปพึ่งยาเสพติด (สุพัตรา สุภาพ, 2525) จากงานวิจัยของสารวัตรนักเรียน , กอง (2536) พบว่าครูที่เคร่งครัดเรื่องระเบียบวินัยมาก ครูช่วยเหลือปัญหา ด้านการเรียนและปัญหาส่วนตัวปานกลาง โรงเรียนเข้มงวดเรื่องการสอนมาก พบว่ามีสัมพันธภาพบวกกับการใช้สารเสพติดของนักเรียน ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์

นั้นรวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างครูกับนักเรียน การตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์และการใช้อำนาจ ปฏิสัมพันธ์ในลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ในด้านการเรียน และความตึงเครียดทางจิตใจ อันอาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายไม่ตั้งใจเรียน ส่งผลไปยังผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็ก (ศิริวัฒน์ นิจนตร, 2526: 85) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสริน ปุณณะหิตานนท์ (2517) ที่พบว่านักเรียนที่ไม่ประสบความสำเร็จในการเล่าเรียนมักจะเป็นผู้ ใช้ยาเสพติดมากกว่าพวกที่เรียนประสบความสำเร็จ

### สาเหตุจากสภาพอื่น ๆ

สาเหตุการติดยาเสพติดที่ไม่อยู่ในประเด็นสาเหตุทั้ง 5 ข้อ เช่น หน้าที่การงานของ บุคคลเหล่านั้น บังคับให้ต้องเสพยาเสพติด หรือบุคคลเหล่านั้นเป็นผู้ชอบเสพยาเมิ่นเมาอยู่แล้ว หรือชอบดื่มสุรา สูบบุหรี่เป็นประจำ หรือเสพยาเสพติดภายหลังดื่มสุราก็ตาม เชื่อว่ายาเสพติดช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ ใช้เพื่อสร้างความกล้าในการเที่ยวผู้หญิง อาจเป็นเพราะ ความเกรงในนิสัยทำตัวให้ตรงข้ามกับสิ่งที่สังคมว่าดี

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้นักเรียนมี การใช้สารเสพติดเนื่องมาจากเพศที่แตกต่างกัน อายุ การคบเพื่อนคือคบเพื่อนที่ใช้สารเสพติด สาเหตุจากสภาพร่างกาย สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพกับครู สาเหตุจากสภาพอื่น ๆ

### **การป้องกันการใช้สารเสพติดและพฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติด**

#### **การป้องกันการใช้สารเสพติด**

การป้องกันการใช้สารเสพติดนั้นควรเริ่มต้นจากวัยเด็ก ทั้งนี้เพราะเด็กมีความสำคัญต่อ ประเทศชาติในอนาคต หากปล่อยให้เด็กของชาติเป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ประเทศชาติต้อง เสียเงินเป็นจำนวนมากในการบำบัดรักษา นอกจากนั้นยังเป็นการสูญเสียกำลังของชาติ

#### **ความหมาย**

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ม.ป.ป.: 2 อ้างถึงใน นพดล ศักดิ์เจริญชัยกุล, 2538: 14-15) กล่าวว่า การป้องกันยาเสพติด หมายถึง การให้การศึกษ่า ข้าราชการ ความรู้และข้อมูลในเรื่องคุณภาพชีวิตยาและสารเสพติด ตลอดจนการป้องกันตนเอง ครอบครัว ชุมชน ให้พ้นจากยาเสพติด ด้วยวิธีการต่าง ๆ ไปสู่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อเป็นภูมิคุ้มกัน ให้สามารถอยู่ท่ามกลางยาเสพติดได้ โดยไม่พึ่งพายาเสพติด ถึงแม้จะประสบปัญหาตนเอง

และครอบครัว รวมทั้งการปรับปรุงสภาพแวดล้อมใกล้ตัวที่มีส่วนผลักดันให้กลุ่มเป้าหมายไปใช้ยาเสพติด

การป้องกันยาเสพติดมี 3 ระดับคือ

**การป้องกันระยะที่ 1 (Primary Prevention)** หมายถึง การป้องกันที่มีการจัดกิจกรรมล่วงหน้า เพื่อเป็นการป้องกันคนในชุมชนไม่ให้ติดยา โดยเน้นเฉพาะผู้ที่มีสุขภาพจิตอ่อนแอ และมีการเสี่ยงในการติดยาสูง เพื่อระงับหรือลดการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและผิดวัตถุประสงค์ หรือให้รู้จักใช้ยาในทางที่ถูก การป้องกันในขั้นนี้จัดทำได้ในโรงเรียนหรือชุมชน โดยการเน้นการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับยาเสพติด ผลของยาที่มีต่อพฤติกรรมของตน และมุ่งเพิ่มพูนประสิทธิภาพในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า กล่าวโดยสรุปคือ การป้องกันไม่ให้มีการทดลองใช้สารเสพติด

**การป้องกันระยะที่ 2 (Secondary Prevention)** หมายถึง การทำกิจกรรมใด ๆ ที่จะแทรกเข้ามาในช่วงเวลาที่คนได้ลองใช้ยาแล้ว และกำลังจะติดยาแต่ยังไม่ติด และเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงในการติดยาสูง การจัดกิจกรรมในระดับนี้เป็นการให้ข้อมูลที่ต้องการเกี่ยวกับการใช้ยา การให้คำปรึกษา ตลอดจนการเยียวยารักษา จัดทำได้ในโรงเรียนและชุมชน

**การป้องกันระยะที่ 3 (Tertiary Prevention)** หมายถึง การทำกิจกรรมใด ๆ ที่เป็นการขยายขอบเขตการป้องกันระยะที่ 2 มิให้เกิดปัญหารุนแรง มุ่งแก้ไขคนที่ติดยาแล้วไม่ใหวนวนกลับไปติดซ้ำอีก เป็นการให้บริการระยะยาว ซึ่งครอบคลุมถึงการให้ความรู้ทางสุขภาพอนามัยและการศึกษา โดยอาศัยบุคลากรหลายอาชีพ (สหชีพ : Interdisciplinary) เข้าไปช่วยเหลือ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อฟื้นฟูให้ผู้ที่ติดยาเสพติดแล้วที่หายแล้วกลับเข้าไปสู่สังคมได้อย่างปกติสุข

## พฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติด

### ความหมาย

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2527: 97) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ซึ่งทั้งที่มีอยู่ภายในหรือแสดงออกมาภายนอก

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527: 155) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ แต่สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษและสามารถบอกได้ว่ามีหรือไม่มีได้ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

เอ็ดมุนด์ ทอกร์ (2530: 3) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำ เป็นลักษณะการแสดงออกที่สังเกตเห็นได้ โดยพื้นฐานทางจิตวิทยามีความเชื่อว่าพฤติกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำย่อมมีสาเหตุ มีจุดมุ่งหมาย และในขณะเดียวกันก็มีแรงจูงใจให้กระทำ ด้วยเหตุที่จุดมุ่งหมายนั้นเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ เมื่อมนุษย์ได้แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความต้องการ หรือจุดมุ่งหมายแล้ว พฤติกรรมก็สิ้นสุดลง มนุษย์อยู่ในภาวะสมดุล (Homeostasis)

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำกิจกรรมทุกอย่างที่มนุษย์แสดงออกมาทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกไม่ว่าการกระทำนั้นจะสังเกตเห็นได้หรือไม่ได้ พฤติกรรมนั้นสามารถวัดได้จากเครื่องมือพิเศษ และสามารถบอกได้ว่ามีหรือไม่มีได้ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

สำหรับการดำเนินงานป้องกันยาเสพติดในประเทศไทยนั้น ได้นำแนวความคิดในรูปแบบของจิตวิทยาสังคมมาเป็นหลักในการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสังคมไทย โดยมุ่งเน้นการพัฒนาตัวบุคคล เพื่อให้มีคุณภาพที่ดีควบคู่ไปกับการมุ่งที่จะนำสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพและทางสังคม โดยมุ่งป้องกันการใช้ยาเสพติด ในขณะที่ตัวบุคคลยังไม่มีประสบการณ์ในการทดลองใช้ยาเสพติดครั้งแรก โดยวิธีการให้การศึกษาเพื่อปลูกฝังทัศนคติที่จะต่อต้านยาเสพติด เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาเสพติดในอนาคต การมุ่งพัฒนาบุคคลเพื่อป้องกันมิให้ใช้ยาเสพติดนี้เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งนอกเหนือจากกระบวนการพัฒนาตัวบุคคลแล้ว ยังรวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในสังคมด้วย (วิสา พานิชัตตรา, 2538: 28)

ดังนั้นการป้องกันปัญหาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ ควรต้องคำนึงถึงองค์ประกอบและหลักการสำคัญที่จะมุ่งส่งเสริมคุ้มกันให้แก่บุคคล โดยหลักการในการป้องกันยาเสพติดที่สำคัญมีดังนี้ (วินัย เกษมเศรษฐ, 2523: 91)

1. การปรับปรุงส่งเสริมทักษะในการตัดสินใจของแต่ละบุคคล
2. การปรับปรุงการสื่อข้อความและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
3. การปรับปรุงนิสัยทางสุขภาพอนามัย
4. การจัดข้อเสนอแนะ ที่มีความแม่นยำเกี่ยวกับเรื่องตัวยา ฤทธิ์ของยา เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจในการใช้ยาที่ถูกต้อง
5. การส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกนับถือตนเอง (Self-esteem)
6. การให้แสดงออกในด้านจินตนาการ ความสนใจ ความคิดสร้างสรรค์
7. การช่วยเหลือให้เรียนรู้ในเรื่องความโกรธ ความเสียใจ และความผิดหวัง

8. การระบุถึงทรัพยากรในชุมชน เพื่อสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมในทางส่งเสริมและสนับสนุนแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
9. การส่งเสริมให้มีโอกาสที่จะได้รับประสบการณ์ที่ดีในบ้าน สถานที่ทำงาน และชุมชน

ดังนั้นในงานวิจัยนี้พฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติดจึง หมายถึง การกระทำที่เป็นการปฏิบัติตน หรือวิธีการที่แสดงออกโดยเจตนาเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองเสพยาเสพติดได้ พฤติกรรมนั้นสามารถวัดได้จากเครื่องมือวัดพฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติด และสามารถบอกได้ว่ามีหรือไม่มีได้ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมมาจากแนวคิด เรื่องวิธีป้องกันการติดสารเสพติด (กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ, 2540: 51; ประเสริฐ ตันสกุล, 2522 ; เรืองชัย บุญศักดิ์, 2527) ดังนี้

1. ไม่ใช้ยารักษาตนเองจนพำเพ็ญ รวมทั้งไม่ใช้ยาชนิดหนึ่งชนิดใดติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ๆ โดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือเภสัชกร ทั้งนี้เพราะยาบางชนิดเสพยาเสพติดได้ หากใช้ผิดหลักการแพทย์ เช่น ยาแก้ปวด แก้ไข ฯลฯ
2. ไม่ทดลองชิมหรือเสพ เพราะสารเสพติดบางชนิด เช่น เฮโรอีน ฯลฯ แม้ลองเสพเพียง 1-2 ครั้งก็ทำให้ติดได้
3. ไม่เชื่อคำพูดที่ว่าสารเสพติดสามารถช่วยให้คลายทุกข์ หรือก่อให้เกิดความสนุกสนานแบบต่าง ๆ ซึ่งผลดังกล่าวเกิดขึ้นชั่วขณะที่ยาออกฤทธิ์ หรือขณะหลงเสพยาใหม่ ๆ แต่ภายหลังการเสพยาติดยาแล้วจะเพิ่มความทุกข์ทรมานมากขึ้น โดยเฉพาะเวลาเกิดอาการขาดยา
4. หากความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งนี้เพราะเคยปรากฏว่าหลายรายไม่มีความรู้ด้านนี้มาก่อน จึงได้ใช้หรือถูกหลอกให้ใช้สารเสพติด โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์
5. รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ไม่มั่วสุม หรือเที่ยวเตร่ เช่น ทำงาน เล่นกีฬา หรือหากิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ ที่น่าสนใจ เมื่อพบกิจกรรมที่น่าสนใจทำให้เกิดความเพลิดเพลิน และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า
6. เมื่อมีปัญหาที่คิดว่าไม่สามารถแก้ไขได้เอง ควรปรึกษาผู้ใกล้ชิดที่เป็นคนดี หรือพึ่งบริการของสังคมสงเคราะห์
7. ไม่รับของขวัญจากคนแปลกหน้าที่หยิบยื่นให้
8. รู้จักปฏิเสธ เมื่อเพื่อนที่เสพยาเสพติด ชักชวนให้ทดลองใช้สารเสพติด
9. ถ้ารู้ว่าใครผลิต นำเข้า ส่งออก หรือจำหน่ายสารเสพติด ควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทางการที่มีหน้าที่ทราบ เพื่อการปราบปรามไม่ให้สิ่งเหล่านี้กระจายไปสู่ชุมชน
10. มีการส่งเสริมการพัฒนาตนเองของตนเองที่เอื้ออำนวยต่อการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา (กระทรวงศึกษาธิการ, 2530)

ด้านร่างกาย ส่งเสริมภาวะที่เอื้ออำนวยต่อความเจริญเติบโตทางร่างกาย คือ การพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา

ด้านจิตใจ มีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม ด้วยกิจกรรมที่สร้างสรรค์ หรือกิจกรรมร่วมกับหมู่คณะ เช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา

ด้านสังคม ส่งเสริมร่วมกับหมู่คณะ การเรียน การทำงาน โดยการพบปะ ทักทายศึกษา

ด้านสติปัญญา รู้จักตัดสินใจ แก้ปัญหาด้วยตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้นพอสรุปได้ว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติดหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับ การให้ความสำคัญต่อปัจจัยต่าง ๆ ในเรื่องการรับรู้ความเสี่ยงต่อการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด การรับรู้ผลดีที่ได้จากการมีพฤติกรรมดังกล่าว ว่าปัจจัยนี้มีความสำคัญสำหรับตนเพียงใด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพจากการใช้สารเสพติด ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ ลักษณะครอบครัว อายุ ลักษณะกลุ่มเพื่อน ความสัมพันธ์กับครู ซึ่งเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติดของเด็ก

## ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก

#### อายุ

Kandel, Isarael, and Myrium (1981: 3) ได้ศึกษาการใช้ยาเสพติดในเด็กวัยรุ่นโดยการสัมภาษณ์ ประชากรตัวอย่างอายุ 14-18 ปี กลุ่มตัวอย่างในประเทศฝรั่งเศส 499 คน ซึ่งอาศัยในเขตนครหลวง คือกรุงปารีสและชานเมืองในปี 1977 อีกกลุ่มเป็นประชากรตัวอย่างอาศัยในประเทศอิสราเอล 609 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ 4 แห่งที่เป็นศูนย์กลางในปี 1979 วัยรุ่นชายหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน แต่อายุต่างกันบ้าง แบ่งวัยรุ่นออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสพมากกว่า 30 วัน และกลุ่มเสพน้อยกว่า 30 วัน ผลการหาความสัมพันธ์ลักษณะทางสังคมและสภาพพื้นที่การใช้ยาต่าง ๆ พบว่า วัยรุ่นทั้ง 2 ประเทศเกือบทั้งหมดใช้ยาเพียง 1 ชนิด จำนวนผู้เสพมากขึ้นตามอายุ ผู้ที่เสพมากที่สุดคือกลุ่มนักเรียนที่มีอายุมาก กลุ่มนักเรียนที่มีอายุน้อยมีจำนวนน้อยกว่า

## เพศ

จากผลการวิจัยต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ปรากฏว่าตัวแปรเพศหญิง และเพศชายเป็นตัวแปรหนึ่งที่จะนำมาศึกษา เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ดวงเดือน พันธมนาวิน (2520) ได้ประมวลงานวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศไว้ พบว่า เพศหญิงมีพัฒนาการทางภาษาเร็วกว่าเพศชาย จึงเป็นผลทำให้เข้าใจกฎเกณฑ์ทางสังคมมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของ Katims and Zapata (1993: 397-401) ได้ศึกษา เรื่อง ความแตกต่างระหว่างเพศกับการใช้สารเสพติดของเด็กแม็กซิกัน-อเมริกันวัยเรียน การวิจัยนี้ทำการวิจัยในเด็กเกรด 4-5-6 ที่ใช้สารเสพติดที่เล็กน้อย เช่น บุหรี่ เบียร์ ไวน์ เหล้ากลั่น หรือกัญชา มีความเชื่อว่าการใช้สารเสพติดที่เล็กน้อยก่อนนั้นจะเป็นจุดเริ่มต้นในการใช้บ่อยขึ้นและมากขึ้น จากนั้นจะเปลี่ยนไปใช้สารเสพติดที่รุนแรงขึ้น ประชากร 2,216 คน ชาย 52% หญิง 48% เครื่องมือเป็นแบบสอบถามเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างความแตกต่างกันระหว่างเพศในเกรด 4-5

## ลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว พิจารณาได้จากจำนวนบุคคลในครอบครัว ครอบครัวเดี่ยวมีจำนวน 1-3 คน มีเฉพาะพ่อ แม่ และลูก ครอบครัวขยายมีขนาดใหญ่จำนวน มากกว่า 5 คนขึ้นไป มีพ่อ แม่ ลูก และเครือญาติที่อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกัน

ครอบครัวไทยที่มีลักษณะสมัยใหม่นั้นจะเป็นครอบครัวเดี่ยวนั่นคือ ประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูก ความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเห็นห่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิระหว่างสมาชิกในครอบครัวระบบนี้จะลดความสำคัญลง ความใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในครอบครัวน้อยลง ต้องไปประกอบธุรกิจนอกบ้านมากขึ้น ทำให้ความใกล้ชิดระหว่างบิดา มารดา และบุตรเห็นห่างกันไป ทั้งนี้เพื่อสนองการดำรงชีพ คือต่างคนต่างต้องหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ซึ่งต่างกับครอบครัวที่มีเครือญาติอยู่ร่วมด้วย เมื่อมีปัญหาเดือดร้อน ก็จะมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความอบอุ่น (บุญลือ วันทายนต์ อ้างถึงใน โกสุม เศรษฐราชวงศ์, 2532: 68-69)

## ลักษณะกลุ่มเพื่อนกลุ่มเพื่อน

นิรมล เปลี้นจตุญ (2530) ศึกษาวิจัย เรื่อง การใช้กัญชาและสารระเหยของนักเรียนวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร: การเรียนรู้ทางสังคม พบว่าการที่นักเรียนคบหาสมาคมกับเพื่อนสนิทที่ใช้ยาเสพติดน้อย หรือไม่ได้ใช้โอกาสที่นักเรียนจะไม่ใช้ยาเสพติดมีมากที่สุด การใช้กัญชานั้นมีผลมาจากการเลียนแบบจากบุคคลมากกว่าสื่อมวลชน นักเรียนที่ใช้สารระเหยเพราะเลียนแบบจากกลุ่มเพื่อนสนิท และจากสื่อมวลชน นอกจากนี้พบว่าความถี่ในการใช้กัญชาหรือสารระเหย

จะเพิ่มขึ้นในกรณีที่นักเรียนได้มีโอกาสคบหาสมาคม หรือเข้าไปอยู่ในแวดวงของผู้ที่ยาเสพติด อยู่เกือบประจำ หรือเป็นประจำของบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาเสพติดมากที่สุด ด้าน การเสริมแรงทางบวกทางสังคมเพียงทางเดียวโอกาสที่นักเรียนจะใช้กัญชาในครั้งต่อ ๆ ไปไม่มีเลย แต่การได้รับการเสริมแรงที่ไม่ทางสังคมในทางบวกทางเดียว พบว่านักเรียนเกือบครึ่งต่อครึ่งที่จะ ไม่ใช้ยาเสพติดต่อไป การคบหาสมาคมหรือการอยู่ในแวดวงของคนที่ไม่ได้ใช้กัญชา และหรือ สารระเหยรวมทั้งการไม่เคยได้รับการให้ความหมายของการใช้ไปในทางบวก จะทำให้นักเรียนมี โอกาสใช้กัญชา และหรือสารระเหยได้น้อยมาก หรือไม่มีโอกาสเลย

ต้นปี 1990 พบว่า สถิติการเริ่มต้นในการใช้สารเสพติดในสหรัฐอเมริกา มีอายุเฉลี่ย ดังนี้ บุหรี่ 11.6 ปี เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 13.1 ปี และกัญชา 13.4 ปี มีการป้องกันการให้สาร เสพติดที่ผิดกฎหมาย พบว่ากลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลในการไม่ใช้ เป็นผู้สร้างบรรทัดฐานในการไม่ใช้ สารเสพติดนั้น เด็กค่อนข้างยอมรับ (Harris, J. L., 1996: 547-8)

Finke and Bowman (1997: 29-34) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้สารเสพติด และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่ามีความแตกต่างในการใช้ในเด็กชายกับเด็กหญิง การใช้สารเสพติดเด็กได้รับอิทธิพลจากสมาชิกในครอบครัวที่ดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด ได้รับ อิทธิพลจากเพื่อน และการรับรู้คุณค่าในตนเองของเด็ก โดยการแบ่งปัจจัยด้านต่าง ๆ นั้น พยาบาลจิตเวชเด็กได้นำมาใช้ป้องกัน ประเมินปัญหา และรักษาปัญหาการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์และใช้ยาเสพติดต่าง ๆ

### ความสัมพันธ์กับทางโรงเรียน

Young, M., Werch, C. E. and Bakema, D. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าใน ตนเองกับการใช้ยาและการคาดหวังในการใช้ยาที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย ในนักเรียน เกรด 4-9 (n= 2,032 คน) จาก 16 โรงเรียนจากรัฐ Arkansas ใช้แบบสอบถามเรื่องการรับรู้คุณค่า ในตนเองที่บ้าน และที่โรงเรียน ผลชี้ว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งการรับรู้คุณค่าของ ตนเองทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน จาก 18 หรือ 19 ตัววัด ผลการวิจัยเสนอแนะว่าการยกระดับการ รับรู้คุณค่าในตนเองที่มีศักยภาพนั้น พบว่าบทบาทของครูและผู้ปกครองมีความสำคัญในการส่งเสริมให้เด็กรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้นทั้งที่บ้านและโรงเรียน

แจ่มจันทร์ เกียรติคุณ (2531 อ้างถึงใน ระพีพรรณ คล้ายแดง 2534: 83) ศึกษา เรื่อง การศึกษาความเชื่อมั่นในตนเองและวินัยในตนเองของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูต่างกัน และอยู่ในชั้นเรียนของครูที่มีพฤติกรรมทางวาจาและ ท่าทางแตกต่างกัน พบว่าการอบรมเลี้ยงดู ของผู้ปกครองและพฤติกรรมทางวาจาของครูมีความสัมพันธ์กัน และส่งผลต่อการพัฒนาความ เชื่อมั่นในตนเอง (เป็นลักษณะที่อาจส่งผลต่อการกล้าแสดงออกและซักถามได้) และมีวินัยในตน



เอง กล่าวคือ ถ้าเด็กปฐมวัยมาจากครอบครัวที่มีเหตุผลได้รับการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม เมื่อมาอยู่ในชั้นเรียนของครูที่มีพฤติกรรมทางวาจาและท่าทางแบบเด็กเป็นศูนย์กลาง ก็ย่อมทำให้เด็กพัฒนาบุคลิกภาพทั้ง 2 ด้านนี้ไปในทางบวกมากขึ้น แต่ถ้าเด็กปฐมวัยมาจากครอบครัวที่อบรมดูแลแบบเข้มงวด เด็กขาดโอกาสที่จะพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง และมีวินัยในตนเอง ครูก็ยังมีส่วนช่วยและมีความสำคัญในการพัฒนาบุคลิกภาพ 2 ด้านนี้ของเด็กให้เกิดขึ้นได้ ดังนั้นเมื่อเด็กมีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครูกล้าปรึกษา เมื่อมีปัญหาการหันไปใช้สารเสพติดก็จะลดลง

สรุปได้ว่าตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กที่ทำให้เด็กมีพฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติดที่เหมาะสมคือ อายุน้อยของเด็กในวัยที่ยังไม่ย่างเข้าวัยรุ่น เพราะเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะยังมีความเป็นตัวของตัวเอง มีความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง และเลียนแบบเพื่อนมากขึ้น เพศหญิงจะมีการใช้สารเสพติดน้อยกว่าเด็กชาย เพราะว่ามีพัฒนาการด้านภาษาเร็วกว่าเพศชายทำให้รับรู้ และเข้าใจท่าทีทางสังคมได้ดีกว่า ส่วนลักษณะกลุ่มเพื่อนนั้นการมีเพื่อนที่ไม่ใช้สารเสพติดจะทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ไม่ใช้สารเสพติดมากกว่าเด็กที่มีเพื่อนใช้สารเสพติด ลักษณะครอบครัว เด็กที่มาจากครอบครัวเดี่ยวนั้นพ่อแม่มีเวลาในการอบรมสั่งสอน หรือให้เวลาในการเลี้ยงดูน้อยกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวขยาย จะทำให้เด็กที่มาจากครอบครัวเดี่ยวมีพฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติดที่เหมาะสมกว่า ความสัมพันธ์กับโรงเรียนที่ดี มีความใกล้ชิดกับครูกล้าปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา จะทำให้เด็กไม่หันไปใช้สารเสพติด

### ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

#### รายได้และการศึกษา

รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปฏิเสธการใช้สารเสพติดของเด็ก เพราะรายได้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างของแบบแผนการเลี้ยงดูบุตร ครอบครัวที่มีฐานะต่างกันย่อมมีค่านิยมที่แตกต่างกัน จึงเป็นผลทำให้บุคคลเหล่านั้นมีแบบแผนการเลี้ยงดูที่แตกต่างกัน (Secord and Beckman cited in Kohn, 1963 อ้างถึงใน ลาดทองใบ ภูอภิรมย์, 2530: 30) จากงานวิจัยของ จิตรา เฝ้าทรัพย์ (2520) รายงานว่า กลุ่มตัวอย่างจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางติดยาเสพติดมากที่สุด (ร้อยละ 58) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (ร้อยละ 25) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีจำนวนผู้ติดยาเสพติดน้อยที่สุด (ร้อยละ 17) ทั้งนี้จิตรา เฝ้าทรัพย์ ได้ให้เหตุผลไว้ดังนี้ ในครอบครัวที่มีรายได้ปานกลาง ทั้งบิดามารดาต้องประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัว สามารถให้ความสุขแก่ลูกด้วยการให้เงินใช้จ่ายเพียงพอ การที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านทั้งคู่ ทำให้ไม่มี

เวลาอบรมลูก ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้ลูกไปคบเพื่อนที่ไม่ดี ประกอบกับการที่มีเงินใช้จ่ายเพียงพอ จึงอาจถูกเพื่อนชักจูงให้มีประสบการณ์เกี่ยวกับยาเสพติดได้ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Boyle et al.(1993: 535-544) ได้ศึกษาคุณสมบัติและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในโรงเรียน พบว่าวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดทุกชนิด

ส่วนเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะต่ำ จะต้องมาจากครอบครัวที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำด้วยเพราะเป็นอาชีพที่ใช้แรงงานเป็นส่วนใหญ่ พบว่าเด็กติดยาเสพติดมากเป็นอันดับรองลงมา อาจอธิบายโดยใช้เหตุผลของ Garrison (1965: 420) ได้ว่าครอบครัวยากจน โดยเฉพาะครอบครัวต้องทำงานหนักตลอดวัน ได้รับประทานอาหารและพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้อารมณ์เสียง่ายประกอบกับมีความเครียดตลอดเวลา เพราะฉะนั้นจึงเป็นการยากที่บิดามารดาจะสร้างสัมพันธ์อันใกล้ชิดกับบุตร ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในครอบครัว

สำหรับเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง และมีความสัมพันธ์กับการศึกษาในระดับสูง ติดยาเสพติดน้อยที่สุดนั้น จิตรา เฝ้าทรัพย์ ให้เหตุผลว่า อาจเป็นเพราะเด็กกลุ่มนี้ไม่มีความคับข้องใจ และไม่ต้องอดทนต่อความกดดันที่จิตใจต้องการ ประกอบกับการที่เด็กกลุ่มนี้มีเงินใช้จ่ายเพียงพอ โอกาสที่จะติดต่อกับกลุ่มที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่าจึงมีน้อย โอกาสที่จะถูกชักชวนให้มีประสบการณ์หาเงินเพื่อเสพยาเสพติดและขายยาเสพติดจึงเป็นไปได้ยาก

#### บุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด

Sutherland & Cressey (1970 Cited in Kandel, 1974) กล่าวว่าครอบครัวอาจเป็นสื่อชักนำทำให้เด็กมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนได้โดยการเลียนแบบการใช้สารเสพติดจากบุคคลในครอบครัว ดังที่ฝน แสงสิงห์แก้ว และคณะ (2524) ได้ทำการวิจัยสำรวจนักเรียนไทยติดยาปี พ.ศ. 2516 พบว่าบิดามารดาของนักเรียนไทยที่ติดยาเสพติดให้โทษ ส่วนใหญ่บิดามารดาสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับ เสริน ปุณณะหิตานนท์ (2517) พบว่าการมีบิดามารดาที่ใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย ไม่ว่าจะในอดีตและปัจจุบัน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับปัญหาการใช้ยาเสพติดของนักเรียน และเยาวชนละแวกบ้าน สอดคล้องกับอรสา โพธิ์ทอง (2533: 19) ได้ทำการสำรวจเยาวชนที่มีประวัติติดยาเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก พบว่าส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่บิดามารดาแยกกันอยู่ สาเหตุที่ใช้ยาเสพติดเกิดจากความอยากรองและเพื่อนชวน รองลงมา มีสภาพแวดล้อมที่ใช้สารเสพติด เช่น อยู่ใกล้แหล่งขาย มีญาติหรือคนในบ้านติดยาเสพติด

สรุปได้ว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติดที่เหมาะสม เนื่องจากเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้สูงนั้น จะมาจากครอบครัวที่มีการเลี้ยงดูแบบให้ความรัก ความอบอุ่น ใช้เวลาอยู่กับครอบครัว เมื่อมีปัญหาสามารถปรึกษาผู้ปกครอง โอกาสที่จะหนีไปมั่วสุมกับเพื่อน และการใช้สารเสพติดจึงน้อยลง และจากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นพอจะชี้ให้เห็นได้ว่าถ้าบิดามารดา และบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลในบ้านไม่ใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของเด็กคือ เด็กมีการใช้สารเสพติดน้อยกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีญาติ หรือบุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด

### ความสัมพันธ์ในครอบครัว กับการเลี้ยงดู

เสริน ปุณณะหิตานนท์ (2517: 4) ใช้แบบสอบถามทำการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหา ยาเสพติดให้โทษในประเทศไทย และปัญหาที่เกี่ยวข้องกันในหมู่นักเรียน นิสิต นักศึกษา สมาชิกในครัวเรือน พบว่าผู้ที่ไม่ใช้ยาเสพติดเป็นผู้ที่มาจากครอบครัวที่เป็นระเบียบเรียบร้อย และรักใคร่กลมเกลียวกัน

ฝน แสงสิงห์แก้ว , เสริน ปุณณะหิตานนท์ และ โรเบิร์ต ซีโนเดอร์ (2524) รายงานว่า นักเรียนที่ติดยาเสพติดมีจำนวนมากที่คิดว่าตนได้รับความรักและความเอาใจใส่ดูแลจากบิดามารดาน้อยกว่าเพื่อน ๆ ที่ไม่ติดยา

สมาน กำเนิด(2520 อ้างถึงใน ผกา สัตยธรรม, 2531) ได้ศึกษาการอบรมเลี้ยงดูสามแบบ คือ ปล่อยบปละละเลย เข้มงวดกวดขัน และประชาธิปไตย ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า วิธีการอบรมเลี้ยงดูของ บิดามารดาที่แตกต่างกัน ทำให้เด็กปรับตัวแตกต่างกัน เด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบอื่น และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิงแล้ว ในกลุ่มที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย เด็กหญิงจะปรับตัวได้ดีกว่าเด็กชาย ในการปรับตัวที่ดีนั้นจะสามารถทำให้เด็กดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่เกิดความเครียด และจะทำให้เด็กหนีไปพึ่งการใช้สารเสพติดลดลง

สนธิ สมัครการ และคณะ (2530) วิจัยเรื่อง พฤติกรรมและทัศนคติเกี่ยวกับยาเสพติดของคนหนุ่มสาวไทย พบว่า สาเหตุจูงใจในการเสพติดที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพคือ ความอ่อนไหวทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้ติดยา ประกอบกับสภาพแวดล้อมทางด้านสังคม โดยเฉพาะสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ราบรื่น

ประไพศรี ช่อนกลิ่น และคณะ (2530) ศึกษาวิจัย เรื่อง การป้องกันและควบคุมการใช้สารเสพติดในนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในโรงเรียนมัธยม 6 แห่ง จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2530 พบว่า อัตราการใช้สารเสพติดของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ใน 6 โรงเรียนเท่ากับร้อยละ 0.43 (23 คนใน 5,326 คน) เป็นเพศชายทั้งหมด สารเสพติดที่นิยม

ใช้สารระเหย ได้แก่ กาว 3K แล็กเกอร์ ทินเนอร์ และเบนซินตามลำดับ อัตราการเสพยาระเหยสูงขึ้นตามชั้นเรียน คือ มัธยมศึกษาปีที่1 มัธยมศึกษาปีที่2 มัธยมศึกษาปีที่3 ร้อยละ 4.35 43.48 และ 52.17 ตามลำดับ บิดามารดาของเด็กทั้ง 2 กลุ่มอยู่ด้วยกัน แต่เป็นครอบครัวที่มีปัญหานักเรียนอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 52 นอกจากนี้ยังทดลองใช้กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุม พบว่า พฤติกรรมที่ลดลงมากที่สุด ได้แก่ การเสพยาระเหย คือ หยุดเสพยาร้อยละ 60.87 (14 คนจาก 23 คน )

มากกว่าความรู้

สรุปได้ว่าพฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติดที่เหมาะสมนั้น ขึ้นกับตัวแปรที่สำคัญอีกตัวหนึ่ง คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวนั่นเอง ถ้าในครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันที่ดีต่อกันแล้ว จะส่งผลให้เด็กไม่ต้องหนีไปพึ่งพาเพื่อน เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาบุคคลในครอบครัว ทำให้เด็กหนีไปใช้สารเสพติดลดลง

## การรับรู้

1. การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรค (Perceived susceptibility) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันสุขภาพ บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคแตกต่างกัน พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความต้องการด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อโรคเอดส์มีอิทธิพลและผลกระทบท่อตัวแปรการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคเอดส์

Robert, S. W. ศึกษาวิจัย เรื่อง การให้ความรู้เรื่องการใช้สารเสพติดที่มีประสิทธิภาพต่อความรู้ ทศนคติ การตัดสินใจ แรงจูงใจ และการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง สมมติฐานการวิจัย คือ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มความรู้ เปลี่ยนทัศนคติ มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจ ให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีขึ้น และทำให้มีทักษะในการตัดสินใจ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) บุคคลจะมีความเชื่อในเรื่องความรุนแรงต่อโรคแตกต่างกันไป ตามการประเมินของแต่ละบุคคลที่มีต่อโรสดังกล่าวว่ามีระดับความรุนแรงต่อตนเองเพียงใด

Coming et al. (1978: 637-649 อ้างถึงใน นฤมล รัตนไพจิตร, 2533: 27) Rundall and Wheeler (1979: 191-200 นฤมล รัตนไพจิตร, 2533: 27) ศึกษาโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อการมารับภูมิคุ้มกันโรค

สมทรง ศุภศิลป์ (2526 อ้างถึงใน นฤมล รัตนไพจิตร, 2533: 27) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

3. การรับรู้ผลประโยชน์ในการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค เมื่อเปรียบเทียบกับความสิ้นเปลืองที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมนั้น (Perceived benefit and cost) บุคคลจะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการประเมินของบุคคลว่าพฤติกรรมที่ได้รับการแนะนำหรือการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว มีผลดีหรือมีประโยชน์แก่ตนเอง เมื่อเปรียบเทียบกับความสิ้นเปลืองที่บุคคลคาดว่าจะได้รับ

Becker et al. (1978: 273) พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาผู้มีบุตรเป็นโรคหอบหืด และมารดาผู้มีบุตรเป็นโรคดังกล่าวจะรู้ว่าโรคนี้ไม่สามารถหายได้เองจากการอยู่เฉย ๆ แต่จะหายได้จากการรับประทานยาตามแผนการรักษา นอกจากนี้มารดายังรู้ว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมและป้องกันอาการดังกล่าวได้

Hallal (1982: 137) พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการตรวจเต้านม เพื่อค้นหามะเร็งในระยะแรกจากสตรี 30 คน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการป้องกันความรุนแรงของมะเร็งเต้านม

สมชาย ลักษณะนารักษ์ (2527) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันกามโรคที่ถูกต้อง โดยการทำการศึกษานักเรียนชายจำนวน 3,000 คน ในเขตจังหวัดนครปฐมจากการศึกษา พบว่ากลุ่มที่รับรู้ถึงผลดีของการป้องกันกามโรคมากกว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีกว่า

สรุปได้ว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้ทางภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้น ในงานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Becker ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น พบว่าถ้าบุคคลใดมีการรับรู้ถึงผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรค จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ที่ไม่ดี

งานวิจัยภายในประเทศเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติด

พรศรี พัฒนพงศ์ (2520) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่สนับสนุนและที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในสถานศึกษา" เพื่อสำรวจปัจจัยที่สนับสนุนและที่

เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานป้องกัน โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างประชากรที่เป็นครูผู้ผ่านการอบรมในการประสานงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ของกระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 500 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. การปฏิบัติงานในสถานศึกษาส่วนมากเป็นงานในลักษณะการแก้ไขปัญหามากกว่าการป้องกัน
2. งานที่ทำเป็นหมู่คณะ งานที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรอื่นและการแสวงหาทรัพยากรจากภายนอกนั้น สถานศึกษาปฏิบัติกันเพียงส่วนน้อย
3. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน คือ ผู้บังคับบัญชาไม่ให้ความสำคัญสนับสนุนเท่าที่ควร ขาดความร่วมมือจากครู ผู้ปกครอง นักเรียน ขาดงบประมาณและตัวบุคลากรในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครอง ครู นักเรียน เจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุข และฝ่ายปกครอง ข้าราชการเคลื่อนไหวเรื่องยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และคณะอนุกรรมการฝ่ายเผยแพร่ กระทรวงศึกษาธิการ ควรจะได้ทำเอกสารต่าง ๆ ภาพโปสเตอร์ ส่งไปยังโรงเรียนต่าง ๆ ทั่วประเทศ

กรมสามัญศึกษา (2522) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “สภาพการป้องกันยาเสพติดในโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา” เพื่อสำรวจสภาพการป้องกันยาเสพติด โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างประชากรที่เป็นผู้บริหารโรงเรียนจำนวน 560 คน และครูจำนวน 1,495 คน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1. โรงเรียนส่วนใหญ่มีความสนใจต่อปัญหาเสพติดในโรงเรียนอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง
2. โรงเรียนได้จัดกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดอยู่เสมอ กิจกรรมที่มีจำนวนโรงเรียนปฏิบัติมากที่สุด คือ การแนะนำ การสังคมสงเคราะห์ รองลงมาคือ การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติด
3. ผู้บริหารโรงเรียนมีความเห็นสอดคล้องกันว่า วิธีการแนะนำเป็นวิธีปฏิบัติในการป้องกันนักเรียนติดยาเสพติดที่ดีที่สุด รองลงมาคือ การให้การอบรมนักเรียน
4. ครูมีความคิดเห็นว่าคุณภาพความสนใจของนักเรียนเรื่องยาเสพติดอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
5. ครูมีความเห็นว่าหลักสูตรใหม่มีเนื้อหาเรื่องการป้องกันยาเสพติดมากกว่าหลักสูตรเก่า
6. ปัญหาที่ครูประสบมากที่สุดในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันยาเสพติดก็คือ การขาดแคลนอุปกรณ์

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เสนอว่า ผู้บริหารควรมีการวางแผนร่วมกับผู้ปกครอง และนักเรียนในการกำหนดนโยบายการป้องกันยาเสพติดให้ชัดเจนต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กีฬา ดนตรี ในสถานศึกษา ครู อาจารย์ บุคลากรทุกคนจะต้องร่วมมือร่วมใจสอดส่องดูแลพฤติกรรมของนักเรียน เพื่อหาทางป้องกันและช่วยเหลือแก้ไขในโอกาสต่อไปได้ทันที่

สุรเดช วงศ์บา (2524) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "มูลเหตุของการติดยาเสพติดให้โทษของนักเรียน และวิธีการป้องกันตามทัศนะของผู้บริหารโรงเรียนมัธยม ในเขตภาคเหนือ" เพื่อศึกษามูลเหตุการติดยาเสพติดให้โทษของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และวิธีการป้องกันไม่ให้นักเรียนติดยาเสพติดให้โทษ โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารโรงเรียนมัธยมในเขตภาคเหนือ จำนวน 160 คน ผลการวิจัยในเรื่องวิธีการป้องกันไม่ให้นักเรียนติดยาเสพติดให้โทษ ผู้บริหารโรงเรียนเห็นด้วยอย่างยิ่งกับการป้องกันในแง่การให้ความช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาในโรงเรียน การจัดบริการแนะแนวในโรงเรียน โดยเน้นในเรื่องภัยยาเสพติดให้โทษ และการแทรกความรู้เรื่องยาเสพติดในบทเรียนขณะการสอน แต่ในเรื่องการบริหารโรงเรียน การจัดกิจกรรมในโรงเรียน พบว่าทัศนะของผู้บริหารโรงเรียนรัฐบาลกับทัศนะของผู้บริหารโรงเรียนเอกชนแตกต่างกันในเรื่องการพานักเรียนไปทัศนะศึกษาดูงานบำบัดรักษาผู้ป่วยจากยาเสพติดให้โทษ

โสภา ชูพิกุลชัย และคณะ (2529) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "การศึกษาวิธีการนำศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมช่วยแก้ปัญหายาเสพติด" เพื่อให้ทราบถึงความเป็นไปได้ในการนำวิธีการดังกล่าวมาช่วยในด้านการป้องกันตนเองและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามกับกลุ่มประชากรในประเทศไทย มาเลเซีย และอินโดนีเซีย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และประสบการณ์ทางด้านยาเสพติดทั้งภาครัฐบาลและเอกชน ประเทศละ 150 คน รวมทั้งสิ้น 450 คน ผลการวิจัยเฉพาะด้านป้องกัน ประชากรส่วนใหญ่เห็นด้วยในการนำหลักธรรมของศาสนาเข้ามาช่วยในการป้องกันยาเสพติด เพราะหลักธรรมของศาสนาจะช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจมิให้คนไปติดยา ทำให้คนมีสติรู้จักระวังในการดำเนินชีวิต และทำให้คนเข้าใจสภาพความเป็นจริงของชีวิตและรู้จักทางแก้ไขปัญหา

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจุบันปัญหาการใช้สารเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและทวีความรุนแรงมากขึ้นในกลุ่มเยาวชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา เรื่อง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนการเลี้ยงดู และ การรู้ภาวะสุขภาพจากการใช้สารเสพติด กับพฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติด

ของนักเรียนประถมศึกษา ในเขตเมือง จังหวัดชลบุรี โดยผู้วิจัยนำแนวคิดเรื่องพัฒนาการของเด็กวัยเรียน แบบแผนการเลี้ยงดูซึ่งเป็นแนวคิดของ Jackson, et al. (1993:44-46) และ Betz, C. L. et al. (1994:443) มาดัดแปลงและการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Becker et al.(1974) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



### แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

