

ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด
แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด
ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การกรุ่นคิด
แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด
ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

อูชา น่วมเพชร

นางสาวอูชา น่วมเพชร

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รุ่งนภา ภาณิตรัตน์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เชษฐา ยุทธไกร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไกร,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ธีร ช่าง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทวัช สิริทรัพย์,

พ.บ., ป.ชั้นสูง, ว.ว. จิตเวชศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ธีร ช่าง

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด
แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด
ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2554

ศุภา น่วมเพชร

นางสาวศุภา น่วมเพชร

ผู้วิจัย

ศุภา น่วมเพชร

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริธมมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศุภา น่วมเพชร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รุ่งนภา ภาณิตรรัตน์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประภา มนต์ใจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร,

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประภา มนต์ใจ

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อรุณ ฤทธิชัย

นายอรุณ ฤทธิชัย ฤ พัทลุง,

พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อรุณ ฤทธิชัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทวิช สิริธรรักษ์,

พ.บ., ป.ชั้นสูง, ว.ว. จิตเวชศาสตร์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อรุณ ฤทธิชัย

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา พาณิชย์รัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.นันทวัช สิทธิรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเมตตา เอาใจใส่ สนับสนุนให้กำลังใจ และเป็นแบบอย่างที่ดี แก่ผู้วิจัยเสมอมา รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ นายแพทย์ อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณอธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ผู้อำนวยการ นักจิตวิทยารวมทั้งเจ้าหน้าที่ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณาทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณกองทุน ศิริอร สันธูและพยาบาลล้วยลักษณ์ 2548 ที่สนับสนุนทุนการศึกษา และมอบโอกาสในการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑาทิพย์ กมลาคน์ ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ที่มอบทุนส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่างๆ ด้านแก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณอาจารย์ อรเพ็ญ สุขะวัลลิ และอาจารย์จิตชนก มยุรภักดิ์ ตลอดจนพี่ๆ เพื่อนๆ รหัส 51 ทุกท่านที่เป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือเสมอมา

ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณดีให้แก่เพื่อนๆ ทุกคนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณาที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี คุณค่า และประโยชน์ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแก่บุพการี คณาจารย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

อุษา น่วมเพชร

ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

RELATIONSHIPS AMONG NEGATIVE LIFE EVENTS, RUMINATION, LEARNED RESOURCEFULNESS AND PSYCHIATRIC PROBLEMS IN JUVENILES WITH SUBSTANCE ABUSE IN INCARCERATION

อุษาน่วมเพชร 5137705 NSMH/M

พช.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: รุ่งนภา พาณิชย์รัตน์, Ph.D. (NURSING), ประภา ยุทธไตร, พช.ด., นันทวัช สิริธีรภัย, พ.บ., ป.ชั้นสูง, ว.ว. จิตเวชศาสตร์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยใช้ทฤษฎีแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned resourcefulness) ของ Michael Rosenbaum (1990) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น อายุ 14-18 ปี จำนวน 110 ราย ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและเข้ารับการอบรมในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายบ้านกรุณา โดยใช้เครื่องมือวิจัยจำนวน 5 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ 3) แบบวัดการควบคุมตนเอง 4) แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และ 5) แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (M.I.N.I.)- Thai Version 5.0.0 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุอยู่ในช่วง 15-18 ปี อายุเฉลี่ย 16.9 ปี (S.D. = 1.02) ใช้สารเสพติดในครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 14.25 ปี (Min = 10, Max = 17, S.D. = 1.68) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาทางจิตเวช (ร้อยละ 80) และพบว่า การครุ่นคิด มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการซึมเศร้า (OR=1.07; 95%CI: 1.01-1.13; $p < 0.05$) และกลุ่มอาการวิตกกังวล (OR=1.09; 95%CI: 1.03-1.17; $p < 0.05$) สำหรับแหล่งทักษะภายในตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (OR=0.94; 95%CI: 0.91-0.97; $p < 0.05$) โดยการครุ่นคิดสามารถทำนายกลุ่มอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 9 และสามารถทำนายกลุ่มอาการวิตกกังวลได้ร้อยละ 22 สำหรับแหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมได้ร้อยละ 23

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตเวชในวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนนั้น ควรส่งเสริมทักษะในการควบคุมตนเองและการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปัญหาทางจิตเวช/ เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ/ การครุ่นคิด/ แหล่งทักษะภายในตนเอง/สถานพินิจ

RELATIONSHIPS AMONG NEGATIVE LIFE EVENTS, RUMINATION,
LEARNED RESOURCEFULNESS AND PSYCHIATRIC PROBLEMS IN
JUVENILES WITH SUBSTANCE ABUSE IN INCARCERATION

USA NUAMPET 5137705 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: RUNGNAPA PANITRAT, RN, Ph.D.
(NURSING), PRAPA YUTTATRI, RN, D.N.S, NANTAWAT SITTIRAK, M.D.,
Dip. PSYCHIATRY

ABSTRACT

This descriptive research was aimed at studying the relationships among negative life events, rumination, learned resourcefulness and psychiatric problems in juveniles with substance abuse in incarceration. The learned resourcefulness theory of Michael Rosenbaum (1990) was used as a conceptual framework for this study. The sample included 110 juveniles aged 14-18 years with histories of substance abuse at the Ban Karuna Juvenile Vocational Training Center for Boys. The data were collected by using 5 sets of research instruments: 1) demographic data questionnaires, 2) Ruminative Response Scale (RRS), 3) The Self-Control Schedule (SCS), 4) The Negative Event Scale (NES), and 5) Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) – Thai Version 5.0.0. Data were analyzed by using descriptive statistics and logistic regression.

According to the research findings, the sample group was aged 15-18 years with an average age of 16.9 years (S.D. = 1.02) and substance abuse for the first time occurred at an average age of 14.25 years (Min = 10, Max = 17, S.D. = 1.68). Most of the sample group had mental health problems (80%). Rumination predicted a relationship with depressive disorders (OR = 1.07; 95%CI: 1.01-1.13; $p < 0.05$) and anxiety disorders (OR = 1.09; 95%CI: 1.03-1.17; $p < 0.05$). Learned resourcefulness predicted a relationship with an antisocial personality disorder (OR = 0.94; 95%CI: 0.91 - 0.97; $p < 0.05$). Rumination predicted 9% of the depressive disorders and 22% of anxiety disorders. Learned resourcefulness predicted 23% of the antisocial personality disorder.

Based on the study's findings, it is recommended to develop a program to reduce the risk of psychiatric problems in juveniles with substance abuse in Juvenile Vocational Training Center, to promote self-control and effective coping skills for problems.

KEY WORDS: PSYCHIATRIC PROBLEMS/ NEGATIVE LIFE EVENTS/
RUMINATION /LEARNED RESOURCEFULNESS/
INCARCERATION

171 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
วัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	11
ความหมายและพัฒนาการ	11
การใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	16
ปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	21
ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นในสถานพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชน	27
เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	27
การครุ่นคิด	29

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แหล่งทักษะภายในตนเอง	31
สรุป	38
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
แหล่งเก็บข้อมูล	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41
การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	47
วิธีการรวบรวมข้อมูล	47
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	51
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	65
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	79
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	85
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	103
บรรณานุกรม	121
ภาคผนวก	138
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	139
ภาคผนวก ข ค่าความเชื่อมั่นของข้อมูลวิจัย	149
ภาคผนวก ค หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	151
ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการอบรมการใช้เครื่องมือวิจัย	156
ภาคผนวก จ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	158
ภาคผนวก ฉ หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล	159

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ข ตารางแสดงช่วงคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อ ของแบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ แบบวัดการควบคุมตนเองและแบบวัดการตอบสนองทางความคิด ต่อสถานการณ์	160
ภาคผนวก ข ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ของปัญหาทางจิตเวช ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	167
ภาคผนวก ฉ การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก	169
ประวัติผู้วิจัย	171

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	52
4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านครอบครัว จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	54
4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านประวัติการใช้สารเสพติด จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	56
4.4 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของคะแนนเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจของกลุ่มตัวอย่าง	57
4.5 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของคะแนนการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง	58
4.6 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของคะแนนการควบคุมตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	59
4.7 จำนวน ร้อยละ ของปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชน	60
4.8 จำนวน ร้อยละ ของปัญหาทางจิตเวชปัจจุบันจำแนกตามกลุ่มอาการ	61
4.9 การทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการซึมเศร้า	62
4.10 การทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการวิตกกังวล	63
4.11 การทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเมเนีย	63
4.12 การทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม	64

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัยโดยอิงแนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเอง	7
2.1 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของแหล่งทักษะภายในตนเอง	35



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาทางสุขภาพจิตในสถานพินิจเป็นปัญหาที่มีอัตราการเกิดสูง ผลจากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในหลายประเทศพบว่าประมาณร้อยละ 50-90 ของวัยรุ่นผู้กระทำความผิดในสถานพินิจเป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15-18 ปีที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต (Stathis et al., 2008; Bickel & Campbell, 2002) โดยพบว่าร้อยละ 15-20 ของวัยรุ่นผู้กระทำความผิดในสถานพินิจป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) หรือโรคจิตเภท (Schizophrenia) (Arredondo et al., 2001) นอกจากนี้รายงานการสำรวจปัญหาทางสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานพินิจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าทุกๆ 5 คนมีปัญหาทางสุขภาพจิต (Pumariega et al., 1999; Lyons, Baerger, Quigley, Erlich, & Griffin, 2001) ผลการสำรวจสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชในกลุ่มวัยรุ่นในสถานพินิจระหว่างปี 1996 ถึง 2006 โดย Fazel, Doll และ Långström (2008) จำนวน 25 ฉบับ พบว่าปัญหาสุขภาพจิตที่พบในเพศชายได้แก่ โรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Conduct disorder) โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD) และโรคซึมเศร้า (Major depression) โดยคิดเป็นร้อยละ 52.8, 11.7 และ 10.5 ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงปัญหาที่พบได้แก่ โรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม, โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น โดยคิดเป็นร้อยละ 52.8, 29.2 และ 18.5 ตามลำดับ สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในสถานพินิจ ของสุวรรณี พุทธิศรี และศศิธร ยิ่งสำหรี (2547) พบว่าวัยรุ่นในสถานพินิจป่วยเป็นโรคทางจิตเวชถึงร้อยละ 96 โรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เป็นความผิดปกติทางจิตที่พบมากที่สุดโดยคิดเป็นร้อยละ 74 ของวัยรุ่นในสถานพินิจที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ความผิดปกติทางจิตที่พบรองลงมาคือ การติดสารเสพติด (Substance dependence) คิดเป็นร้อยละ 66 และโรควิตกกังวลจากการพลัดพราก คิดเป็นร้อยละ 45 จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นในสถานพินิจมีอัตราการเกิดปัญหาทางจิตเวชในระดับสูง นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบความทุกข์ใจจากปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นในสถานพินิจที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชกับของวัยรุ่นทั่วไป พบว่า วัยรุ่นในสถานพินิจที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชมีความทุกข์ใจมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป (Fazel et al., 2008)

นอกจากนี้รายงานการวิจัยเกี่ยวกับการสารเสพติดของวัยรุ่นในสถานพินิจ ระบุว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของวัยรุ่นที่เข้ามาในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มีส่วนเกี่ยวข้องกับ สารเสพติด (เสพติดทั้งเสพติดและจำหน่าย) (Aarons, Brown, Hough, Garland, & Wood, 2001; Stathis et al., 2008; มานพ คณะโต สุชาดา ภัยเหล็กกี้ บังอรศรี จินดาวงค์ และสุวรรณ อรุณพงศ์ ไพศาล, 2547) หรือมีการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (McClelland, Elkington, Teplin, & Abram, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากรายงานของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนของ ประเทศไทยประจำปี 2551 ที่ระบุว่า 1 ใน 4 ของเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมาย และได้รับการ คุ้มครองในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ด้วยฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2551)

ปัญหาทางสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของวัยรุ่นในสถานพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชน ปัญหาทั้งสองอย่างนี้มักจะเกิดร่วมกัน ซึ่งการปรากฏของทั้งสองภาวะ นี้เรียกว่า การเกิดโรคร่วมระหว่างโรคทางจิตเวชและภาวะใช้สารเสพติดที่ผิดปกติ (Dual diagnosis) การเกิดโรคหรือความผิดปกติร่วมกันนี้ไม่เพียงแต่การปรากฏของอาการของโรคหรือความผิดปกติแต่ ละอย่าง สิ่งที่แอบแฝงอยู่คือปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรคหรือความผิดปกติทั้ง 2 อย่างซึ่งส่งผลต่อระยะ ของโรคและการทำนายโรค (Prognosis) (Banerjee, Clancy, & Crome, 2002) จากการทบทวน วรรณกรรมพบว่า บุคคลที่มีภาวะผิดปกติทางจิตใจมีโอกาสที่จะใช้สารเสพติดที่ผิดปกติมากกว่า บุคคลทั่วไปถึง 2.7 เท่า บุคคลที่อยู่ในภาวะติดสุรามากกว่าร้อยละ 70 จะมีความผิดปกติของจิตใจ ร่วมด้วย (Beyer & Antai-Otong, 2008) และพบว่าร้อยละ 53 ของบุคคลที่ติดสารเสพติดอื่นนอกจาก สุราจะมีภาวะผิดปกติทางจิตใจร่วมด้วย และมีโอกาสที่จะมีภาวะผิดปกติทางจิตใจมากกว่าบุคคล ทั่วไปถึง 4.5 เท่า นอกจากนี้พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มที่มีพฤติกรรม ต่อต้านสังคมมีแนวโน้มจะใช้สารเสพติดมากกว่าบุคคลทั่วไป (Conway, Compton, Stinson, & Grant, 2005) บุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีความเสี่ยงต่อการเสพติดและในทางกลับกัน บุคคลที่มีปัญหาการเสพติดเสี่ยงต่อการมีสุขภาพจิต (Kandel, Huang, & Davies, 2001)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Malhotra, Sharma, Saxena และ Ingle (2007) ซึ่งใช้การ สอนทนากลุ่ม (focus group) ในการรวบรวมข้อมูลการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นชายในสถานพินิจ ประเทศอินเดีย พบว่า สารเสพติดถูกใช้เพื่อหลีกเลี่ยงจากความเครียด ความวิตกกังวลจากการสูญเสีย บุคคลในครอบครัวและขาดคนรัก ซึ่งเมื่อบุคคลได้ใช้สารเสพติด สารเสพติดจะมีผลต่อระบบชีว ประสาทที่เรียกว่า “วงจรความเครียดในสมอง”(Brain stress circuits) (Al' Absi, 2007) และการ ทำงานของสารสื่อประสาทบริเวณสมองส่วน Reinforcement rewarding system ใน Limbic area ซึ่ง

เป็นกลไกของการให้รางวัล ทำให้รู้สึกสบาย มีความสุข พึงพอใจ และต้องการเสพติดต่อกัน (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2543) กล่าวโดยสรุปว่า การใช้สารเสพติดของวัยรุ่นส่วนหนึ่งมักถูกใช้เพื่อลดความทุกข์ใจหรือภาวะความกดดันทางจิตใจและสร้างความสุข ความพึงพอใจจนเกิดการพึ่งพาสารเสพติดและต้องการใช้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้แนวโน้มการกระทำผิดในรูปแบบต่างๆเพิ่มมากขึ้นเมื่อวัยรุ่นใช้สารเสพติด (Malhotra et al., 2007) ในขณะเดียวกันก็จะมีผลตอบกลับมาทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย (Rogers, Pumariega, Atkins, & Cuffe, 2006) แต่อย่างไรก็ตามจะพบว่าไม่มีการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นที่เข้ารับการคุ้มครองในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ด้วยฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษว่าเป็นอย่างไร

ปัญหาทางสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ต่างก็มีปัจจัยหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า สถานการณ์ความเครียดหรือเหตุการณ์ในชีวิตทางลบ (Stressful life events) ที่เกิดขึ้นทั้งประเภทที่รุนแรงหรือมีความสำคัญในชีวิต (major life events) อาทิเช่น บิดามารดาแยกทางกัน บุคคลที่รักเสียชีวิต เป็นต้น หรือเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากใจในชีวิตประจำวัน (Daily hassles) (Kristin & Lisi, 2000) ซึ่งเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตจะส่งผลกระทบต่อประเพณีและการรับรู้ของบุคคล หากเป็นการรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบประกอบกับไม่มีแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถเผชิญต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยมุ่งแก้ไขอารมณ์มากกว่าแก้ไขปัญหา อาจจะมีผลต่อการปรับตัวก่อให้เกิดความเครียดและพึ่งพาสารเสพติดเพื่อลดความตึงเครียดจากสถานการณ์นั้นๆ (Lasarus & Folkman, 1984) ในที่สุดอาจจะแปรเปลี่ยนเป็นปัญหาทางจิตเวชได้ในอนาคต หรืออาจจะกล่าวได้ว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชและการใช้สารเสพติด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สถานการณ์ความเครียดหรือเหตุการณ์ในชีวิตทางลบ มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชทั้งกลุ่มที่อาการแสดงออกภายใน (internalizing) เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล และกลุ่มที่อาการแสดงออกภายนอก (externalizing) เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ใช้สารเสพติด เป็นต้น โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ด้านลบมากกว่า 10 ครั้งในช่วงปีที่ผ่านมา มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชกลุ่มที่อาการแสดงออกภายใน (OR=10.66, 95% CI=5.21–21.80) และกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ด้านลบมากกว่า 6 ครั้งในช่วงปีที่ผ่านมา มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชแบบกลุ่มที่อาการแสดงออกภายนอก (OR=6.30, 95% CI=3.66–10.84) (Liu & Tein, 2005) จะเห็นได้ว่าเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในวัยรุ่นอีกประการหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ลิ้มเพิ่มพูน เกษราภรณ์ เคนบุปผา และ ธรณินทร์ กองสุข (2549) ซึ่งทบทวนวรรณกรรมของประเทศไทยและ

ต่างประเทศใน 10 ปีที่ผ่านมาระหว่าง พ.ศ. 2539-2549 เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า โดยคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีค่าความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า (OR หรือ RR)=2.5 และมีค่านัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และประสบการณ์ในวัยเด็กซึ่งเป็นเสมือนเหตุการณ์ในชีวิตทางลบ มีความสัมพันธ์หรือเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า

ปัจจัยต่อมาคือ ลักษณะการคิดที่มีลักษณะเป็นการครุ่นคิด หรือการคิดซ้ำๆ (Rumination) ต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งจะส่งผลต่อทั้งด้านอารมณ์ และพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นหากมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในลักษณะของการครุ่นคิดทางลบทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม จะส่งผลให้บุคคลขาดสมาธิและทำให้การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ เกิดปัญหาทางจิตเวชได้ง่าย (Nolen-Hoeksema, 2000) จากการศึกษาของ Kuyken, Watkins, Holden และ Cook (2006) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการครุ่นคิดและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีระดับของการครุ่นคิดสูงกว่าวัยรุ่นในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($F = 249.92$ (2, 270), $p < 0.001$) นอกจากนี้ยังมีรายงานวิจัยสนับสนุนถึงการครุ่นคิดมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล (Blagden & Craske, 1996; Moulds, Kandris, Starr, & Wong, 2007; Nolen-Hoeksema, 2000; Robinson & Alloy, 2003) ความผิดปกติของการกิน (eating disorder) และการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (substance abuse) (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, & Bohon, 2007)

นอกจากสถานการณ์ความเครียดหรือเหตุการณ์ในชีวิตทางลบ และลักษณะของความคิดแบบครุ่นคิดซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) แล้ว แหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned Resourcefulness) เป็นทักษะที่สำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญกับปัญหาหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factor) กล่าวคือบุคคลที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองจะสามารถเผชิญกับสิ่งกระตุ้นจากภายในโดยทำให้น้อยลง (minimize) ทำให้ลดลง (reduce) หรือสามารถก้าวผ่านหรือเพิ่มขีดความสามารถอดทน (master or tolerate) ซึ่งถ้าไม่สามารถควบคุมปัญหาภายในได้อาจจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอกได้ (Rosembaum, 1990) หากบุคคลมีแหล่งทักษะภายในตนเองสูง จะมีกระบวนการคิดและพฤติกรรมภายในที่สามารถนำไปสู่การแสดงออกของการควบคุมตนเองและเผชิญปัญหาในรูปแบบต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้ามบุคคลมีแหล่งทักษะภายในตนเองต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งรายงานวิจัยพบว่าในเด็กและวัยรุ่นที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับต่ำจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น โรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า (Chiung-Yu Huang, Sousa, Shu-Yin Tu, & Mei-Yi Hwang, 2005; Chiung-Yu Huang, &

Su-Er-Guo, 2009) และมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (substance abuse) (Wulfert, Block, Ana, Rodriguez & Colsman, 2002) และพบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชและการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น (Pascoe, 2007; Panitrat, 2001)

วัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิตเวชมักจะใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น การหยุดใช้สารเสพติดทำได้ยาก จากรายงานผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะหยุดและหรือไม่ปฏิบัติตามแผนการบำบัดรักษาส่งผลให้มีอัตราค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาที่สูงขึ้น (RachBeisel, Scott, & Dixon, 1999) ในขณะเดียวกันสารเสพติดทำให้อาการทางจิตกำเริบหรือรุนแรง มีภาวะซึมเศร้าหรือการฆ่าตัวตาย (King, Gaines, Lambert, Summeierfelt, & Bickman, 2000) หรือทำให้เกิดความผิดปกติของพฤติกรรม จากงานวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดร่วมกับมีปัญหาทางจิตเวชจะมีแนวโน้มกลับมากระทำผิดซ้ำและเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมซ้ำ (Vermeiren, Schwab-Stone, Ruchkin, De Clippele, & Deboutte, 2002) สูงกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในสถานพินิจที่มีการใช้สารเสพติดที่ผิดปกติหรือมีอาการทางจิตเพียงอย่างเดียว (Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams, & Murray, 2009)

วัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและเป็นกลุ่มเสี่ยงทวิคูณ “Double jeopardy” (McCarty, Stoep, Kuo, & McCauley, 2006) โดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้สารเสพติดที่มักถูกมองว่าเป็นปัญหาพฤติกรรมโดยมองข้ามว่าการใช้สารเสพติดและการกระทำผิดทางกฎหมายนั้นอาจเป็นวิธีการหาทางออกของกลุ่มวัยรุ่นที่อาจมีปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งหากขาดความตระหนักถึงความเกี่ยวข้องกันของภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นที่กระทำความผิดกฎหมายที่มีฐานความผิดที่การเสพยาเสพติดจะส่งผลให้วัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสม มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติดมากขึ้น การฆ่าตัวตาย การเจ็บป่วยทางจิตเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ และการกระทำผิดกฎหมายที่รุนแรงขึ้น ดังนั้นจึงพบว่า วัยรุ่นกลุ่มนี้มีการกระทำผิดซ้ำหรือการกลับเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Vermeiren et al., 2002) และโรคจิตกึ่งจิต ซึ่งการเข้าใจในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นในสถานพินิจจึงมีความสำคัญ เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแล เพื่อส่งเสริมทักษะในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้มากขึ้น

สำหรับในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนยังมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง ปัญหาทางจิตเวช และ

การใช้สารเสพติด ซึ่งส่วนใหญ่มีศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่เข้ามารับการรักษาในสถานบริการทางสุขภาพ (อริญญา แพ้จู้ และนริญชญา ศรีบุรพา, 2549; Duangduen, 2004) หรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ (Pairour, 2003; Pianchob, 2005; Kasornsri, 2006) ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะของบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่มีประวัติการใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์นำไปสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

ปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบัน (กลุ่มอาการซึมเศร้า, กลุ่มอาการวิตกกังวล, ภาวะแมเนีย และความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม) ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบัน (กลุ่มอาการซึมเศร้า, กลุ่มอาการวิตกกังวล, ภาวะแมเนีย และความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม) ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

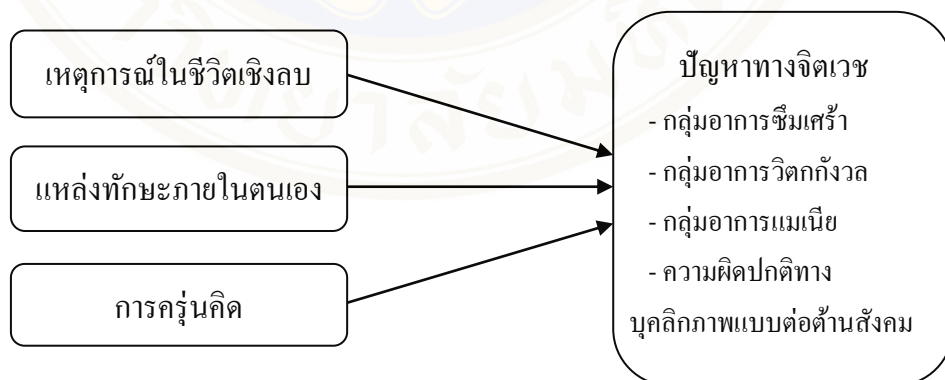
สมมติฐานของการวิจัย

1. เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายกลุ่มอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
2. เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายกลุ่มอาการวิตกกังวลของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
3. เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายภาวะแมเนียของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
4. เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned Resourcefulness) ของ Michael Rosenbaum (1990) มองว่าปัญหาทางจิตเวชเป็นผลมาจากการมีแหล่งทักษะภายในตนเองต่ำ เมื่อมีเหตุการณ์เชิงลบเกิดขึ้นในครั้งหนึ่งของชีวิต บุคคลก็จะปรับตัวโดยใช้กระบวนการคิด นำไปสู่การควบคุมตนเองและการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ หากบุคคลมีลักษณะของการครุ่นคิด คิดวนไปมา หมกมุ่นกับสถานการณ์ความเครียดนั้น จะส่งผลให้ไม่มีสมาธิ ครอบงำกระบวนการคิดในการควบคุมตัวเอง และหากมีแหล่งทักษะภายในตนเองต่ำ ส่งผลต่อการจัดการกับปัญหาจากภายในเช่น อารมณ์โกรธ ความรู้สึกเสียใจ ทุกข์ใจ โดยแหล่งทักษะภายในตนเองทำให้ปัญหาภายในนั้นน้อยลง (minimize) หรือลดลง (reduce) หรือสามารถก้าวผ่านหรือเพิ่มขีดความสามารถ (master or tolerate) ซึ่งถ้าไม่สามารถควบคุมปัญหาภายในได้อาจจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกมามากเกินไป ทำให้มีการยับยั้งหรือควบคุมตนเองได้น้อย รวมทั้งอาจมีพฤติกรรมเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชตามมาได้ในอนาคต

ดังนั้นผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ กระบวนการคิดแบบครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ดังรูป



รูปภาพ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัยโดยอิงแนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเอง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบัน (กลุ่มอาการซึมเศร้า, กลุ่มอาการวิตกกังวล, ภาวะแมเนีย และความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม) ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกรุงเทพมหานคร โดยดำเนินการในระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2553 – พฤษภาคม พ.ศ. 2554

นิยามตัวแปร

เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ หมายถึง การรับรู้ต่อเหตุการณ์ โดยเฉพาะจากเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงชีวิต และ/หรือเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด หรือเป็นเหตุการณ์เชิงลบ (Lazarus & Folkman, 1984) ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากใจ ของวัยรุ่นในสถานพินิจ ซึ่งประเมินโดยแบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES) ของ Maybery (2003) ฉบับภาษาไทยโดย พัทธกัญพล บุญยมาลิก (Boonyamalik, 2005) ประกอบด้วย 11 หัวข้อซึ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์ด้านลบที่สร้างความยุ่งยากใจในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ประกอบด้วย 1) ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน, 2) ปัญหาเกี่ยวกับแฟน, 3) ปัญหาเกี่ยวกับการเงิน, 4) ปัญหาเกี่ยวกับวิชาเรียน, 5) ปัญหาเกี่ยวกับครูอาจารย์, 6) ปัญหาเกี่ยวกับบิดามารดาของตน, 7) ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนคนอื่น, 8) ปัญหาเกี่ยวกับญาติ พี่น้อง, 9) ปัญหาด้านสุขภาพ และ 10) ปัญหาด้านข้อจำกัดในการเรียน, 11) ความสนใจในวิชาเรียน คะแนนรวมทั้งหมด 0-210 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงว่าเหตุการณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นสร้างความยุ่งยากใจในระดับสูง

การครุ่นคิด หมายถึง กระบวนการคิดโดยการคิดซ้ำ โทษตัวเอง หมกมุ่น มองเฉพาะด้านลบในอาการหรือปัญหาหรือสิ่งที่เกิดขึ้น (Nolen-Hoeksema, 1991) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง กระบวนการคิดของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความเครียดโดยการคิดวกไปวนมา หรือคิดในทางลบ ซึ่งสามารถประเมินโดย แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen-Hoeksema & Morrow (1991) ฉบับภาษาไทยแปลโดย วาริรัตน์ ถาน้อย (Thanoi, 2009) ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า (Depression Related) ความโศกเศร้า (Brooding) และการสะท้อนความคิด (Reflection) คะแนนรวมทั้งหมด 22-88 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีการครุ่นคิดในระดับสูง

แหล่งทักษะภายในตนเอง หมายถึง แหล่งทักษะทางความคิดและพฤติกรรมซึ่งบุคคลนำมาใช้ในการควบคุมสถานการณ์ (Rosenbaum, 1990) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับทักษะในการควบคุมตนเองต่อการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS) ของ Rosenbaum (1980) ฉบับภาษาไทยแปลโดย รุ่งนภา ภาณุรัตน์ (Panitrat, 2001) ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเอง มีข้อคำถาม 36 ข้อ ประกอบด้วย ทักษะในการควบคุมตนเอง (Self-control skill) กลวิธีในการแก้ไขปัญหา (Problem-solving strategies) การเลื่อนความพึงพอใจ (Delay Immediate Gratification) และการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived self-efficacy) คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีแหล่งทักษะภายในตนเองสูง

ปัญหาทางจิตเวช หมายถึง ปัญหาของบุคคลที่แสดงออกทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ซึ่งเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานปกติ (ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2543) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ลักษณะทางคลินิกที่บ่งบอกถึงสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่มีประวัติการใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สามารถประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.)- 5.0.0 ฉบับภาษาไทย ของพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และคณะ (2546) จำนวน 16 ชุดวิจัย (Module) เช่น Major depressive episode, Dysthymia, Suicidality, Manic episode, Panic disorder, Obsessive-compulsive disorder, Psychotic disorder, Antisocial personality disorder และ Posttraumatic stress disorder เป็นต้น สำหรับการแปลผล สามารถระบุได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใดบ้าง รวมทั้งสามารถระบุกรอบระยะเวลาอย่างชัดเจน ในการศึกษาครั้งนี้จะระบุเฉพาะปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบัน (current) และศึกษาในภาพรวมโดยจัดเป็น 4 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการซึมเศร้า, กลุ่มอาการวิตกกังวล, ภาวะเมเนีย, และความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลพื้นฐานแก่บุคลากรในทีมสุขภาพและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรม เกิดความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีประวัติการใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เพื่อส่งเสริมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะในการควบคุมตนเองและการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งเพื่อให้วัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้มากขึ้น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยในบทนี้จะกล่าวถึงการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อต่อไปนี้

1. วัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
 - 1.1 ความหมายและพัฒนาการ
 - 1.2 การใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
 - 1.3 ปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
2. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
 - 2.1 เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ
 - 2.2 การครุ่นคิด
 - 2.3 แหล่งทักษะภายในตนเอง
3. สรุป

วัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ความหมายและพัฒนาการ

ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ได้กำหนดว่าวัยรุ่น (Adolescence) คือผู้ที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยให้หมายว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางร่างกายตั้งแต่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศกระทั่งมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์พัฒนาด้านจิตใจโดยเปลี่ยนแปลงจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยจากการพึ่งพาครอบครัวมาเป็นผู้ที่สามารถประกอบอาชีพและมีรายได้ของตนเอง

ศรีเรือน แก้วกังวาน (2549) กล่าวว่าช่วงความเป็นวัยรุ่นโดยประมาณมีอายุตั้งแต่ อายุ 12-25 ปี เนื่องจากวัยรุ่นทุกวันนี้ต้องอยู่ในสถานศึกษานานขึ้น การเป็นผู้ใหญ่ที่พึ่งตัวเองได้ทางเศรษฐกิจต้องใช้เวลาออกไป อีกทั้งรูปแบบชีวิตสมัยใหม่ทำให้วัยรุ่นมีวุฒิภาวะทางจิตใจช้ากว่ายุคสมัยที่ผ่านมา โดยแบ่งวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะคือช่วงอายุประมาณ 12-15 ปี เป็นช่วงวัยแรกรุ่นเพราะมีพฤติกรรมก่อนไปทางเด็กอยู่มาก ช่วง 16-17 ปี เป็นระยะวัยรุ่นตอนกลางซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นแท้จริงมีพฤติกรรมกำลังระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ ช่วงอายุ 18-25 ปี เป็นระยะวัยรุ่นตอนปลายเพราะพฤติกรรมก่อนไปทางผู้ใหญ่

สุชา จันทรเฒ (2544) แบ่งช่วงของวัยรุ่น เป็น 3 ระยะดังนี้ วัยเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น อายุประมาณ 13-14 ปี วัยรุ่นตอนต้น อายุประมาณ 15-17 ปี วัยรุ่นตอนปลาย อายุประมาณ 18-21 ปี

เมื่อพิจารณาตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัว และวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2534แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2548 และตามพระราชบัญญัติแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา(ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2551 กำหนดว่า“เด็ก” หมายความว่า บุคคลอายุเกินสิบปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่เกินสิบสี่ปีบริบูรณ์ “เยาวชน” หมายความว่า บุคคลอายุเกินสิบสี่ปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2551)

อย่างไรก็ตามช่วงวัยรุ่นอายุประมาณ 10-25 ปีสำหรับการศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาในวัยรุ่นที่มีประวัติการใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เพื่อให้สอดคล้องกับช่วงอายุ จึงใช้ความหมายของเยาวชนตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัว และวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2534 ซึ่งวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนหมายถึง วัยรุ่นอายุ 14-18 ปี

ตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ.2534 ศาลเยาวชนและครอบครัวเป็นองค์กรที่ใช้กระบวนการในการบำบัดแก้ไขพฤติกรรม ฟันฟูจิตใจควบคู่ไปกับกระบวนการศาลยุติธรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความคุ้มครองเด็ก

และเยาวชน ดำเนินการแก้ไขจิตใจ หลีกเลียงการลงโทษ ให้ความยุติธรรม คำนึงถึงสวัสดิภาพและอนาคตของเด็กและเยาวชน เนื่องจากมีแนวคิดว่าการกระทำผิดของวัยรุ่นต่างจากผู้ใหญ่ ด้วยเหตุที่ว่าเป็นผู้เยาว์ทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และประสบการณ์การแก้ปัญหา กระทำผิดไปเพราะความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ จึงมีการปฏิบัติต่อวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายต่างจากผู้ใหญ่ นับตั้งแต่การจับกุม การควบคุม การสอบสวน พิจารณาคดี ตลอดจนการให้การศึกษาดูแบบ เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ อุปนิสัย แก้ไขความประพฤติ ทั้งนี้เป็นการกระทำทุกวิถีทางเพื่อให้วัยรุ่นกลับตนเป็นพลเมืองดีมากกว่าการลงโทษให้หลบจำ(ศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง, 2538; ทวีพร ปฐมทอง, 2545)

สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นหน่วยงานรองรับภารกิจของศาล มีหน้าที่ค้นหาสาเหตุแห่งการกระทำผิด ควบคุมตัวเด็กและเยาวชนไว้ตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด ซึ่งสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนได้แบ่งหน่วยงานออกเป็น 2 หน่วยงาน คือ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลควบคุมความประพฤติเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดแต่ยังไม่ได้รับการพิพากษาจากศาลเยาวชนและครอบครัวว่ามีความผิดตามกฎหมายจริง และศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนซึ่งมีหน้าที่ในการฝึกและอบรม ควบคุมดูแลความประพฤติเด็กและเยาวชนที่ได้รับการพิพากษาจากศาลเยาวชนและครอบครัวว่ามีความผิดตามกฎหมายจริง ซึ่งความผิดได้แก่ ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ เช่น ลักทรัพย์ นื้อ โกงทรัพย์ ความผิดเกี่ยวกับชีวิต เช่น ทำร้ายร่างกาย พยายามฆ่าผู้อื่น ความผิดเกี่ยวกับเพศ เช่น กระทำอนาจาร การข่มขืน กระทำชำเรา ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด เช่น เสพยาเสพติด ค้ายาเสพติด ความผิดเกี่ยวกับความสงบ เสรีภาพ ชื่อเสียงและการปกครองของประเทศไทย เช่น การวางเพลิง การพนัน ความผิดเกี่ยวกับอาวุธและวัตถุระเบิด และความผิดอื่นๆ (ศาลเยาวชนและครอบครัว, 2545)

ภายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จะมีครู แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ทำหน้าที่ร่วมกันในการสืบเสาะประมวลข้อเท็จจริงในด้านคดี และดำเนินการควบคุม ดูแล บำบัด แก้ไข พื้นฟู ป้องกัน พัฒนาพฤตินิสัยและสงเคราะห์เด็กและเยาวชน โดยเด็กและเยาวชนที่เข้ามาในสถานพินิจจะได้รับการสอนวิชาสามัญ ด้านหลักสูตรการศึกษาผู้ใหญ่ การสอนวิชาชีพตามความถนัดและความสมัครใจ รวมทั้งขึ้นอยู่กัระยะเวลาที่ศาลกำหนดให้ฝึกอบรมด้วย วิชาชีพที่จัดสอนอยู่ในปัจจุบันมุ่งหมายจะให้ประโยชน์ต่อเด็กและเยาวชนเมื่อพ้นการฝึกอบรมมีความรู้ไปประกอบอาชีพต่อไป ได้แก่ ช่างไม้ ช่างยนต์ ช่างศิลป์ ช่างไฟฟ้า ช่างเชื่อมโลหะ และเกษตรกรรม เป็นต้น การพัฒนานิสัย จัดให้มีการอบรมด้านจริยธรรมเพื่อฟื้นฟูจิตใจให้กลับตนเป็นพลเมืองดี โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้มีความรู้โดยเฉพาะ เช่น นักจิตวิทยา อนุศาสนาจารย์ และผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาสุขภาพอนามัย ให้มีการออกกำลังกาย

กาย เล่นกีฬา และกายบริหาร ตลอดจนด้านการกินอยู่หลับนอนให้ถูกลักษณะโดยจัดที่อยู่ให้มีลักษณะเช่นเดียวกับโรงเรียนกินนอนประจำ โดยจะแบ่งการเข้าฝึกอบรมเป็น 3 ระยะ คือ การฝึกและอบรมระยะสั้น ใช้เวลา 1-6 เดือน การฝึกและอบรมระยะกลาง ใช้เวลา 6-8 เดือน และการฝึกและอบรมระยะยาว ใช้เวลา 18 เดือนขึ้นไปซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วจะไม่เกิน 3 ปี เพราะกฎหมายให้อำนาจส่งเด็กและเยาวชนไปฝึกอบรมจนกว่าเด็กและเยาวชนจะอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์

พัฒนาการของวัยรุ่น

พัฒนาการของวัยรุ่นในช่วงอายุ 14-18 ปี ซึ่งอยู่ในระยะคาบเกี่ยวระหว่างวัยรุ่นตอนต้นถึงตอนปลาย ถือว่าเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่ซับซ้อนที่สุด มีการเจริญเติบโตทางเพศที่ชัดเจนพร้อมกับการเจริญพันธุ์ มีระดับฮอร์โมนทางเพศสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรม และความคิดอย่างมาก ซึ่งสามารถอธิบายพัฒนาการของวัยรุ่นใน 5 ด้านดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย
2. พัฒนาการทางด้านจิตใจ
3. พัฒนาการทางด้านอารมณ์
4. พัฒนาการทางด้านสังคม
5. พัฒนาการทางด้านสติปัญญา และความคิด

พัฒนาการทางด้านร่างกาย การเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย มีทั้งส่วนภายนอกที่มองเห็นได้ง่าย เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก รูปร่าง ส่วนสัดของร่างกาย จะเห็นว่าในเพศชาย ไหล่จะขยายไขว้ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ในขณะที่เพศหญิงจะขยายส่วนเต้านมและสะโพก สำหรับความเจริญส่วนภายใน เช่น โครงกระดูกแข็งแรงขึ้น การทำงานของต่อมฮอร์โมนพิทูอิทารี (pituitary gland) hypothalamic region ซึ่งเจริญขึ้นหลัง growth hormone, gonadotropic hormone, adeno corticotropic hormone เพิ่มขึ้น ทำให้กระตุ้นต่อมอวัยวะเพศให้หลั่งฮอร์โมน เป็นผลทำให้อวัยวะเพศเติบโตและมีการเปลี่ยนรูปร่าง เช่น เด็กหญิงมีเต้านมขยายขึ้น มีขนรักแร้ มีขนที่อวัยวะเพศและมีประจำเดือน ในเด็กชายอวัยวะเพศขยายใหญ่ขึ้นและมีการฝันเปียก (seminal emission) มีขนตามตัวที่รักแร้และอวัยวะเพศ เสียงใหญ่ห้าว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายดังกล่าวทำให้วัยรุ่นบางคนวิตกกังวลกับรูปลักษณ์ตนเอง โดยเฉพาะเมื่อต่อมไขว้มันได้ผิวหนังและต่อมเหงื่อทำงานมากขึ้น ทำให้วัยรุ่นประสบปัญหาเรื่องผิว และกลิ่นตัว หรือกลัวความอ้วน ในระยะนี้เด็กที่เข้าสู่วัยรุ่นเร็ว หรือ

ช้ากว่าผู้อื่น มักประสบกับความวิตกกังวล มีความภูมิใจในตนเองลดลง ประหม่าจากการถูกล้อเลียน (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545)

พัฒนาการทางด้านจิตใจ วัยนี้ให้ความสนใจในตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปร่างหน้าตา จะมีความกังวลกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย กลัวความแตกต่างไปจากคนอื่น มีความไวต่อคำวิจารณ์ ต่อสายตา ท่าทีของผู้อื่น กลัวการถูกตำหนิ จึงปฏิบัติคล้ายหมูเพื่อน นอกจากนี้วัยนี้ต้องการความอิสระ พึ่งตนเอง ไม่ชอบให้ผู้ใหญ่มานั่งจัดการหรือออกคำสั่งควบคุม ซึ่งวัยรุ่นมีความรับผิดชอบมากขึ้น สามารถตัดสินใจในเรื่องส่วนตัว มักแยกตัวอยู่ตามลำพัง เริ่มวิพากษ์วิจารณ์หรือแสดงความคิดเห็นไม่ตรงกับพ่อแม่ ทำให้เกิดความขัดแย้งได้ง่าย แต่มักจะสนใจรับฟังคนนอกกรอบครัว ตลอดจนให้ความสนใจบุคคลที่มีชื่อเสียง

พัฒนาการทางด้านอารมณ์ ความเปลี่ยนแปลงและความเจริญเติบโตทางด้านร่างกายทั้งภายในและภายนอกกระทบแบบแผนอารมณ์ของวัยรุ่น ส่งผลให้ลักษณะอารมณ์ของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงง่าย ไม่คงที่ จึงเรียกวัยนี้ว่าเป็นวัย “พายุบูแคม” (Strom And Stress) กล่าวคือ การมีอารมณ์แปรปรวนและสับสน อารมณ์ที่เกิดกับวัยรุ่นนั้นมีทุกประเภท อาทิ รัก ชอบ โกรธเกลียด อ่อนไหว เห็นอกเห็นใจ สับสน หงุดหงิด เป็นต้น นอกจากนี้อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นนั้นเป็นผลมาจากฮอร์โมนเพศเช่นกัน(ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) แม้แต่ตัววัยรุ่นเองบางคนก็ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่ารู้สึกอย่างไร อาจจะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รุนแรง ซึ่งเกิดจากยังควบคุมอารมณ์ได้ไม่ถนัด บางคนอาจรู้สึกเบื่อบื่องานที่มีอยู่และเคยชอบ แต่ก็บอกไม่ได้ว่าต้องการอะไร วัยรุ่นมักต้องการการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างมาก เหนงาได้ง่าย จึงอาจเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดเพื่อลดลักษณะอารมณ์ดังกล่าว หรือเพื่อความอยากตื่นเต้น อยากรู้ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2543)

พัฒนาการทางด้านสังคม วัยรุ่นจะมีลักษณะการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งลักษณะทางสังคมของวัยรุ่นมีลักษณะเด่น 2 ประการ คือ วัยรุ่นจะมีความสัมพันธ์กับเพื่อนจนยึด “เพื่อนเป็นหลัก” และเริ่มมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ วัยรุ่นจะมีพัฒนาการในการคบเพื่อน เริ่มจากการคบเป็นหมู่คณะในช่วงวัยรุ่นตอนต้น และเปลี่ยนมาเป็นการคบเพื่อนแบบคู่หู ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายการมีเพื่อนนับเป็นสิ่งสำคัญมากในการพัฒนาด้านสังคมและอารมณ์การมีเพื่อนส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรู้สึกรับประกัน แข็งแรง มีพลังอำนาจ มีพวก การยอมรับของเพื่อนและคลุกคลีในหมู่เพื่อนจึงส่งเสริมความภาคภูมิใจและเอกลักษณ์ หรือภาพพจน์ต่อตนเองที่ดี นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้วัยรุ่นเรียนรู้ความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่น รู้จักเอื้ออาทรห่วงใย ในทางตรงกันข้ามหากวัยรุ่นขาดเพื่อนจะทำให้เขามีปมด้อย ขาดมนุษยสัมพันธ์ ความคิดทางลบ มีอารมณ์ซึมเศร้า และหันเข้าหายาเสพติดหรือประพฤติดิ และมีโอกาสเป็นโรคจิตประสาทได้ แต่การคบเพื่อนย่อมมีทั้งคุณและโทษโดยพบว่า อาชญากรวัยรุ่นมากมายในทุกประเทศเมื่อค้นหาสาเหตุมักพบว่าปัจจัย

หนึ่งเกิดจากเพื่อนชักจูง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) นอกจากนี้ครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เด็กที่เจริญพัฒนาตามวัยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่มาตั้งแต่ต้นจะสามารถผ่านพ้นระยะวัยรุ่นและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม หากเด็กมีสัมพันธ์กับบุคคลไม่ดีมาก่อนจะเข้าสู่วัยรุ่นและปรับตัวได้ลำบากและเป็นสาเหตุหนึ่งนำไปสู่ปัญหาทางจิตเวช ซึ่งโรคทางจิตเวชหลายโรคแสดงอาการเริ่มต้นในช่วงระยะวัยรุ่นตอนต้น เช่น โรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood disorders), ความผิดปกติจากการรับประทานอาหาร (Anorexia Nervosa), โรคจิตเภท (Schizophrenia), ฆ่าตัวตาย (Suicide), ภาวะตื่นตระหนก (Panic disorders), โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive disorders) เป็นต้น (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545)

พัฒนาการทางด้านสติปัญญา และความคิด ในระยะวัยรุ่นมีความเจริญเติบโตทางสมองอย่างเต็มที่ มีความคิดเปลี่ยนจากรูปธรรม (concrete thinking) เป็นความคิดแบบนามธรรม (abstract thinking) อย่างค่อยเป็นค่อยไป สามารถเข้าใจในสิ่งที่อาจต้องการความเข้าใจที่ซับซ้อนได้ดี มีแง่คิดที่แตกฉาน หลากหลาย เช่น ในด้านปรัชญา ศาสนา วัฒนธรรม แต่มักยึดความคิดหรือรูปแบบใดมาปฏิบัติหรือยึดเอาเป็นเลิศและถูกต้อง (Idealism) เป็นบางช่วง แล้วอาจจะเสื่อมความชื่นชมแล้วหันไปสนใจเรื่องหรือแนวคิดใหม่ (ปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2543) ถ้าวัยรุ่นสามารถนำความคิดไปใช้ประโยชน์ในทางที่ดีจะช่วยให้ดำเนินชีวิตไปทางที่เหมาะสม เช่น แสดงออกทางด้านศิลปะ กีฬา วิทยาศาสตร์ เป็นต้น ซึ่งวัยรุ่นจะทุ่มเทความสนใจอย่างเต็มที่และจริงจัง วัยรุ่นมีความโน้มเอียงที่จะคิด หรือมองสิ่งรอบตัวในด้านลบ คิดถึงความด้อยสามารถของตนเมื่อเทียบกับผู้ที่โตกว่า อันทำให้ถูกชักนำง่ายไปในทางที่ไม่ดี เช่น การทดลองใช้สารเสพติด

จากพัฒนาการของวัยรุ่นข้างต้นจะเห็นได้ว่าช่วงวัยนี้มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกด้าน ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆมากมาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการปรับตัว ซึ่งวัยรุ่นบางคนผ่านระยะนี้ไปได้ บางคนต้องใช้เวลา หรือบางคนไม่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวรวมทั้งยังขาดประสบการณ์ไม่รู้ถึงอันตรายของการกระทำบางอย่างของตัวเอง ประกอบกับไม่ได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัว หรือครู/อาจารย์ ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดการกระทำผิดได้ง่ายกว่าช่วงวัยอื่นๆ จะเห็นได้จากจากรายงานสถิติคดีเด็กและเยาวชนของสถานพินิจทั่วประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2551 พบว่าผู้กระทำความผิดส่วนใหญ่เป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15-18 ปี คิดเป็นร้อยละ 84.71 ของคดีทั้งหมด และพบว่าผู้ที่กระทำความผิดที่มีอายุ 15-18 ปี เป็นวัยที่มีการกระทำความผิดซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 12.41 ของคดีทั้งหมด (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2551) นอกจากนี้ความยากลำบากในการปรับตัวของวัยรุ่นยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ และอาจเกิดปัญหาทางจิตเวชได้อีกด้วย

การใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

อุบัติการณ์ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ปัจจุบันพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนวัยรุ่นที่เข้ามาในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มีรายงานว่ามากกว่าร้อยละ 50 เกี่ยวข้องกับการสารเสพติด (Aarons, Brown, Hough, Garland, & Wood, 2001; Stathis, Letters, Doolan, Fleming, Heath et al., 2008; มานพ คณะโต และคณะ, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนของประเทศไทยในปี 2551 พบว่า จำนวน 1 ใน 4 ของจำนวนเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมาย ในปี 2551 เป็นคดีที่มีฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2551) หรือมีการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (McClelland, Elkington, Teplin, & Abram, 2004) ส่วนหนึ่งเริ่มด้วยความอยากรู้อยากลอง จนติดสารเสพติดไปตลอดชีวิต

สาเหตุของการติดสารเสพติดของวัยรุ่น

การติดสารเสพติด พบว่ามีสาเหตุร่วมกันจากหลายปัจจัย ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันซึ่งส่วนหนึ่งสามารถอธิบายผ่านกลไกทางสมองของการติดสารเสพติด โดยมีความเกี่ยวข้องกับระบบลิมบิก หรือวงจรสมองของความพอใจ (Limbic reward system หรือ Dopamine reward system) ซึ่งวงจรนี้อยู่ระหว่าง Ventral Tegmental Area (VTA) กับ Nucleus Accumbens สารเสพติดทุกชนิด จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับสมองส่วนนี้ทั้งสิ้น โดยการกระตุ้นให้หลั่งสารสื่อประสาทสมอง โดปามีน (Dopamine) ออกมาในบริเวณนิวเคลียส แอควัมเบน (Nucleus Accumbens) ออกมามาก หรือขัดขวางกระบวนการดูดกลับคืน (reuptake) ของ โดปามีน กลับสู่เวสซิเคิล (Vesicle) เหมือนเดิม ทำให้มีปริมาณโดปามีนค้างอยู่ในบริเวณ Synapse มากและเวลานานขึ้น จึงกระตุ้นที่ตัวรับ (Receptor) ของเซลล์ประสาทอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้เสพรู้สึกสบาย มีความสุขพึงพอใจ และต้องการเสพติดต่อกัน (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2543) นอกจากนี้โดปามีน ยังมีความเกี่ยวข้องในเรื่องของความจำ การเรียนรู้ และการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น (เจริญ จิตวิวัฒน์, 2544) ซึ่งปัจจัยทางด้านชีววิทยา หรือกระบวนการทางสมอง จากการทำงานของเซลล์ประสาทในระบบประสาทกลางนั้น สามารถอธิบายกลไกการติดสารเสพติด การกลับไปเสพติดซ้ำ จากที่สารเสพติดไปปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ ทำให้มีความพึงพอใจ โดยการออกฤทธิ์ที่ระบบประสาท อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางด้านอื่นๆ ก็มีความสำคัญในแง่ของปัจจัยความเสี่ยงต่อการเริ่มต้นใช้สารเสพติด ซึ่งเมื่อเริ่มเสพติดแล้วก็จะเกิดตามกลไกทางสมองดังกล่าวข้างต้น

สมิต วัฒนธัญญกรรม (2544) ได้กล่าวถึงปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมีความเกี่ยวข้องกับสารเสพติด 2 ประการดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านอุปสงค์

1.1 กลุ่มวัยรุ่นมีความเจริญเติบโตทางด้านร่างกายรวดเร็วในปัจจุบัน แต่จิตใจอ่อนไหว ขาดความหนักแน่นมั่นคง ประกอบกับขาดประสบการณ์ โดยพบว่า ความอยากลองเป็นสาเหตุที่สำคัญที่วัยรุ่นเสพยาเสพติด มีพฤติกรรมชอบลองของแปลกในชีวิต ชอบเสี่ยงภัย แสวงหาความสนุกสนาน โดยขาดความรับผิดชอบ วัยรุ่นจึงเป็นวัยที่มีการใช้สารเสพติดสูงเมื่อเปรียบเทียบกับวัยอื่นๆ

1.2 การเปลี่ยนแปลงวิธีการ เช่น การเสพยาบ้า จากการกินไปสู่การสูบ ทำให้ยาบ้าออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทอย่างรวดเร็ว ผู้เสพยาบ้ามีอาการเมาเคลิ้ม สนุกสนานอย่างรวดเร็ว ประกอบกับสังคมข่าวสารในปัจจุบันที่เข้าถึงง่าย การโฆษณา ภาพในสื่อโทรทัศน์ (Straub, Hills, & Thompson, 2003) และการเลียนแบบกันเองในหมู่วัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีวัยรุ่นส่วนหนึ่งที่มีพฤติกรรมชอบเที่ยวกลางคืน มั่วสุมตามสถานบันเทิงซึ่งล้วนแล้วแต่มีความเกี่ยวข้องกับสารเสพติดทั้งสิ้นจึงทำให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว

1.3 ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นสังคมหน่วยเล็กที่สุด หากในครอบครัวไม่มีความสุขแล้วสมาชิกในครอบครัวจะเกิดความเครียดสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะครอบครัวที่มีปัญหาขัดแย้ง หย่าร้าง ขาดความรักความอบอุ่นให้แก่ลูก ปราศจากความเข้าใจและสนใจซึ่งกันและกัน สมาชิกซึ่งรวมถึงตัวเด็กจะไม่มีโอกาสปรึกษา ไม่มีที่พึ่ง ไม่มีความสุขที่แท้จริงในบ้าน จึงหาทางออกโดยการคบเพื่อน หรือพึ่งพาสิ่งอื่นภายนอกบ้าน จึงอาจถูกชักจูงไปใช้สารเสพติดได้ สภาพครอบครัวที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้พ่อแม่ใช้เวลาส่วนใหญ่หารายได้ไม่มีเวลาให้ลูกอย่างเพียงพอ ทำให้วัยรุ่นขาดตัวแบบที่เหมาะสมของวัยรุ่น นอกจากนี้ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ เช่น สุรา บุหรี่ ยาบ้าเกิดเป็นการเคยชิน เลียนแบบ และชักนำไปสู่พฤติกรรมการใช้สารเสพติด

จากการศึกษาของ Mathias (1996) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยสารเสพติดของสหรัฐอเมริกา (National Institute of drug Abuse: NIDA) พบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดระยะต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยภายในครอบครัว ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการของการใช้สารเสพติดในระยะแรก ได้แก่ การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม (ineffective parenting) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ผิดปกติ (conduct disorder) สิ่งแวดล้อม

ในบ้านที่ยุ่งเหยิง (chaotic home environment) เช่น พ่อแม่ใช้สารเสพติด หรือป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และขาดความผูกพันหรือการเอาใจใส่ (lack of attachments and nurturing)

1.4 อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน หากเพื่อนร่วมชั้นเรียนหรือเพื่อนร่วมงานที่ติดสารเสพติด และมีการใช้สารเสพติดเสมอๆ อาจเกิดการชักชวนให้มีการทดลองขึ้น วัยรุ่นมักปฏิเสธความต้องการของเพื่อนไม่ได้เนื่องจากต้องการการยอมรับต้องการเป็นคนเด่น และเป็นที่รักของกลุ่มเพื่อน จึงยินดีที่จะใช้สารเสพติดร่วมกับเพื่อนๆ

2. ปัจจัยด้านอุปทาน

มีแหล่งจำหน่ายสารเสพติดที่สามารถสนองความต้องการของนักเรียนวัยรุ่น โดยเฉพาะโรงเรียนตั้งอยู่ในชุมชนแออัด หรือใกล้ชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของสารเสพติด หรือมีแหล่งค้าสารเสพติดภายในโรงเรียน ซึ่งผู้ค้าอาจเป็นบุคลากร พ่อค้า-แม่ค้า หรือแม่กระทั่งเพื่อนนักเรียนกันเอง และเป็นที่น่าสนใจคือ มีการพัฒนาการจำหน่ายสารเสพติดในรูปแบบระบบขายตรง โดยนักเรียนด้วยกันเองจะชักชวนเพื่อนๆ ให้เสพยาฝิ่นก่อนเมื่อคิดใจแล้วจึงขายให้ในที่สุด ซึ่งสถาบันการศึกษาควรให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติด มีการติดตามสังเกตพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

บุญธรรม บุญหมื่น (2545) ได้กล่าวถึงสภาพแวดล้อมในชุมชน หากในชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของสารเสพติดชนิดต่างๆ ก็จะทำให้คนที่อยู่ในชุมชนนั้นชินกับสภาพที่เป็นอยู่ และจะมีความรู้สึกว่าการเสพติดเป็นเรื่องธรรมดา เด็กและเยาวชนเกิดการเลียนแบบรวมทั้งการใช้เวลาว่างในทางที่ผิด ชุมชนใดที่สมาชิกชุมชนใช้เวลาว่างในทางที่ไม่ก่อประโยชน์ และมีแหล่งมั่วสุมมาก เช่น สถานอบายมุขต่างๆ คนก็ใช้เป็นแหล่งมั่วสุมขณะว่าง ซึ่งอาจจะเป็นเพียงการสนุกสนานรื่นเริง แต่ก็จะได้รับอบายมุขอื่นแอบแฝงมาด้วย เช่น การพนัน การมั่วสุมทางเพศ อาชญากรรมและสารเสพติด

นอกจากนี้สมภพ เรื่องตระกูล (2545) ได้สรุปปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น 5 ประการคือ

1. ขาดการเรียนรู้ถึงพิษและอันตรายของสารเสพติด โดยคิดว่าไม่เป็นอันตราย และคิดว่าการเสพยาเสพติดเป็นสิ่งธรรมดา ไม่ใช่ความผิดแต่อย่างใด
2. มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ โดยจะมีลักษณะ เช่น เป็นคนอ่อนแอ มีความรู้สึกในคุณค่าของตัวเองต่ำ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีมนุษยสัมพันธ์ไม่ดี มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ และมีพฤติกรรมทางเพศก่อนวัยอันสมควร เป็นต้น
3. เป็นโรคทางจิตเวช ชนิดที่พบบ่อยคือ ความประพฤติดีผิดปกติหรือเด็กเกเร ซึ่งจะมีพฤติกรรมดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย มักมีปัญหาเกี่ยวกับการ

เรียน กระทำผิดกฎหมาย เป็นต้น เป็นโรคกังวล โดยมีความวิตกกังวลสูงร่วมกับการนอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย อ่อนเพลียง่าย และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อโรคซึมเศร้า โดยมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่ายในสิ่งต่างๆ เบื่อชีวิต คิดอยากตาย ดำเนินตัวเอง นอนไม่หลับและเบื่ออาหาร

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทางจิตในแต่ละประเทศ มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา ซึ่งในสุรามีสารพิษที่เกิดจากการเผาผลาญแอลกอฮอล์ในร่างกาย คือ Tetrahydroisoquinolines จะเข้าทำลายสารเคมีในสมองที่ช่วยทำให้คนเรารู้สึกปกติสุขและสงบ คนติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงมักมีจิตใจและอารมณ์อ่อนไหว ความอดทนต่อความเครียดหรือกดดันน้อยลง ขาดสมาธิ นำไปสู่บุคลิกภาพเสื่อมโทรมในที่สุด และพบว่า วัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจคือจะมีการย่ำคิดย้ำทำ ซึมเศร้า และวิตกกังวล (สกล คำนภักดี อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2546) และนอกจากนี้ผู้ที่ดื่มเรื้อรังยังส่งผลให้เกิดโรคจิตจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มเรื้อรังจะมีการฝ่อลีบของสมองส่วนนอก (Cortex) ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิตได้ เช่น ประสาทหลอน โรคซึมเศร้า ภาวะตื่นตระหนก (panic disorder)

การมีปัญหสุขภาพจิตในวัยเด็กจะทำให้มีแนวโน้มที่ใช้สารเสพติดเมื่อเป็นวัยรุ่น โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีโรคทางจิตเวชจะเริ่มดื่มใช้สารเสพติด ดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อย ทำให้ปัญหาการติดสารเสพติดมีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นในการดูแลวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด จึงต้องประเมินภาวะโรคทางจิตเวชร่วมด้วยเสมอ เนื่องจากโรคทางจิตเวชจะทำให้ประสิทธิภาพการรักษาต่ำลง และต้องใช้เวลารักษานานกว่าปกติ (นพพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2545)

4. ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ครอบครัววุ่นวาย บิดามารดาติดสารเสพติด บิดามารดาหย่าร้าง เด็กถูกทอดทิ้งขาดความอบอุ่น รวมทั้งปัจจัยทางเพื่อนซึ่งเพื่อนที่มีลักษณะเสพติดสารเสพติดแล้วมาชักจูง มีท่าทีส่งเสริมการใช้สาร มีความผูกพันกันมาก และสามารถหาสารเสพติดมาโดยง่ายแล้วแต่ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสสูงที่จะติดสารเสพติด

5. ปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์ โดยมีการศึกษาที่บ่งชี้ว่า เด็กที่มีผู้ปกครองได้รับการวินิจฉัยว่าติดสารเสพติด จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของการเสพติดเป็น 4-10 เท่า (จินทนา วงษ์ศิริ, 2544) สำหรับในโรคพิษสุราเรื้อรังพบว่า อัตราติดสุราในญาติผู้ป่วยสูงกว่าอัตราที่พบในคนทั่วไป 3-4 เท่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งติดสุราอีกคนมีโอกาสดิตด้วยถึงร้อยละ 60 และได้มีการค้นพบยีนส์ที่เป็นตัวถ่ายทอดโรคพิษสุราเรื้อรัง คือ Dopamine D₂

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดเรื่องปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันของการใช้สารเสพติดและนำความรู้ในการค้นหาปัญหา อธิบายลักษณะพฤติกรรม ป้องกันและแก้ไขปัญหามาใช้ในการศึกษาวิจัยด้านสารเสพติดอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ทศวรรษ 1980 ซึ่งสาวิตรี อัยณรงค์กรชัย (2545) ได้ทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสรุปปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันได้ 3 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งเกี่ยวกับลักษณะที่มีการถ่ายทอดด้วยยีนส์ หรือกระบวนการทางพันธุกรรม ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง มีผลชักนำหรือป้องกันการใช้สารเสพติด กระบวนการรับรู้ความรู้สึก หรือการเปลี่ยนแปลงความนึกคิด

1.2 ปัจจัยทางกาย (Constitutional) เช่น การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ ซึ่งเกิดจากปัจจัยต่างๆ ตั้งแต่ความเครียดไปจนถึงการใช้สารเสพติด

ปัจจัยเสี่ยงกลุ่มนี้ได้แก่ การมีประวัติครอบครัวของการติดแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดหรือโรคความผิดปกติอื่นๆ รวมทั้งโรคจิตทางอารมณ์ Impulse disorder และความผิดปกติทาง neuropsychological อื่นๆ

2. ปัจจัยด้านจิตวิทยาและพฤติกรรม

2.1 ปัจจัยของกระบวนการภายใน (internal process) ที่เกี่ยวกับความคิดและอารมณ์

2.2 Behavior-action profiles and repertoires เช่น พฤติกรรมการแสวงหาสารเสพติด และการมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน

2.3 วิถีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal styles)

ปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มนี้ได้แก่ ลักษณะบุคลิกภาพแบบ Sensation-seeking หรือ reinforcement sensitivity ลักษณะทางอารมณ์ วิธีการควบคุมตนเอง การปรับตัว ความสามารถทางพฤติกรรม การเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตทั้งในแง่บวกและลบ ความสามารถในตนเอง (self efficacy) และทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ดังนั้น ปัจจัยกลุ่มนี้จะมีลักษณะที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลแต่ละคนเท่านั้น เช่น ลักษณะบุคลิกภาพ

3. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

ความสัมพันธ์ในครอบครัว, ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน, ความสัมพันธ์กับสถาบัน โรงเรียน องค์กร และโครงสร้างสังคม หรือองค์กร ซึ่งปัจจัยในกลุ่มนี้ประกอบด้วย โครงสร้างหรือบทบาทของแรงเกื้อหนุนในครอบครัว วิธีการเลี้ยงดูของพ่อแม่ โอกาสที่พัฒนาความสามารถพื้นฐาน การคบเพื่อน โอกาสทางเศรษฐกิจและสังคม โรงเรียน ชุมชนหรือสถานที่ทำงาน ความเข้มแข็งหรืออิทธิพลของชุมชน ศรัทธา บรรทัดฐานทางสังคม ทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับสารเสพติด รวมทั้งการเข้าถึงสารเสพติด

ปัจจัยต่างๆข้างต้นอาจจะมีผลกระทบต่อการเกิดพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ซึ่งการศึกษาในปัจจุบันยังไม่พบว่ามีปัจจัยตัวใดตัวหนึ่งที่ทำหน้าที่เป็นปัจจัยหลักเพียงตัวเดียวที่มีผลต่อการใช้สารเสพติด อย่างไรก็ตามปัจจัยทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญเมื่อร่วมกับปัจจัยอื่นๆ

แล้วอาจจะส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมอันธพาล (delinquency) พฤติกรรมรุนแรง (violence) หรือโรคทางจิตเวชที่รุนแรง เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท เป็นต้น

ปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

อุบัติการณ์ของปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในปัจจุบันมีแนวโน้มที่สูงขึ้น มีการศึกษาถึงความชุกของปัญหาทางจิตเวชในวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในหลายประเทศพบว่า วัยรุ่นในสถานพินิจประมาณร้อยละ 50-90 มีปัญหาสุขภาพจิต (Stathis et al., 2008; Bickel & Campbell, 2002) ซึ่ง Seena, Helen และ Niklas (2008) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชในกลุ่มวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ระหว่างปี 1996 ถึง 2006 จำนวน 25 ฉบับ พบว่า ปัญหาที่พบในเพศชายได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Conduct disorder) คิดเป็นร้อยละ 52.8, โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD) คิดเป็นร้อยละ 11.7 และโรคซึมเศร้า (Major depression) คิดเป็นร้อยละ 10.5 ส่วนในเพศหญิงปัญหาที่พบได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Conduct disorder) คิดเป็นร้อยละ 52.8, โรคซึมเศร้า (Major depression) คิดเป็นร้อยละ 29.2 และโรคสมาธิสั้น (Attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD) คิดเป็นร้อยละ 18.5

ในประเทศไทยการศึกษาความชุกของปัญหาทางจิตเวชมีค่อนข้างจำกัด จากการศึกษาของ สุวรรณิ พุทธิศรี และศศิธร ยิ่งสำหรี (2547) โดยศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในสถานพินิจจำนวน 100 คน โดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นตาม DSM-IV พบโรคทางจิตเวชถึงร้อยละ 96 โดยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Conduct disorder) ร้อยละ 74 ติดสารเสพติด (Substance dependence) ร้อยละ 66 โรควิตกกังวลเมื่อต้องแยกจาก (Separation anxiety disorder) ร้อยละ 28 โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD) ร้อยละ 28, ใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (Substance abuse) ร้อยละ 10, โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ร้อยละ 7 ภาวะแมเนีย (Mania) ร้อยละ 5 โรคจิตเภท (Schizophrenia) อารมณ์เศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) โรคจิต (Brief psychotic disorder) และประสาทหลอนจากแอลกอฮอล์ (Alcohol hallucinosis) พบเท่ากันคือ ร้อยละ 1 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 1 โรค ร้อยละ 19, ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 2 โรค ร้อยละ 31, ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 3 โรค ร้อยละ 13, และได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมากกว่า 3 โรค ร้อยละ 33

จะเห็นได้ว่าปัญหาทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนมีอัตราเกิดค่อนข้างสูง และเกิดขึ้นได้หลายกลุ่มอาการ เช่น กลุ่มอาการซึมเศร้า กลุ่มอาการวิตกกังวล ภาวะแมเนีย หรือกลุ่มที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม โรคชนสมาธิสั้น เป็นต้น จึงเป็นสิ่งที่ควรตระหนักและมองหาสาเหตุปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาจิตเวชที่เกิดขึ้น

ปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ได้แก่

กลุ่มอาการซึมเศร้า (Depressive disorder)

กลุ่มอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า (Depression) อารมณ์เศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide) โดยจะมีความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่น มีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้ อ่อนเพลีย อยากตาย สำหรับในวัยรุ่นจะมีการทางคลินิกบางอย่างที่แตกต่างไปจากผู้ใหญ่ จึงมักจะถูกมองข้ามจนกลายเป็นปัญหาเรื้อรังและรุนแรง ส่งผลกระทบต่อการเรียน การปรับตัวทางสังคม กล่าวคือ วัยรุ่นอาจจะมาแสดงออกในลักษณะอาการซึมเศร้าที่ไม่ชัดเจน แต่อาจจะแสดงออกในทางพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว เกรี้ยวกราด มั่วสุม สูบบุหรี่ ดื่มสารเสพติด (จันทนา เทศวัดนา, 2546) ดังนั้นในวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจึงพบการเกิดโรคอารมณ์ผิดปกติได้สูง โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาของ Domalanta, Risser, Roberts และ Risser (2003) พบว่าร้อยละ 47 ของวัยรุ่นที่กระทำผิดและถูกคุมขังมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง สำหรับในประเทศไทยมีรายงานการศึกษาภาวะซึมเศร้าของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน อาทิ ลำเจียก คำธร (2548) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการอบรมในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 86.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ คอย ละอองอ่อน (2549) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 6 จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 87.33 จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนมากกว่าครึ่งต้องเผชิญกับกลุ่มอาการซึมเศร้า

ภาวะแมเนีย (Mania)

ภาวะแมเนียพบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น โดยมักแสดงอารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย และอารมณ์แปรปรวนง่ายมากกว่าความรู้สึกรื่นเริงสนุกสนาน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551) โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นในสถานพินิจที่มีภาวะแมเนียนั้นจะพบอารมณ์ร่าเริง (Euphoria) ได้น้อยมาก (McCiure,

Kubiszn, & Kaslow, 2002) ส่วนใหญ่จะมีอาการไม่สนุก มีอาการฉุนเฉียว หงุดหงิด แปรปรวน เดี่ยวอารมณ์ดี ร่าเริง และเปลี่ยนเป็นอารมณ์โศกเศร้า ร้องไห้ช่วงสั้นๆเมื่อมีคำพูดหรือเหตุการณ์มาจี้จุดให้สะเทือนใจ ร่วมกับมีอาการอื่นๆเช่น ขยันมากขึ้น ทำไม่หยุดแต่ไม่ได้ผลงาน ใช้จ่ายเงินเก่ง เทียวเก่งโดยไม่เห็นผิดเหนื่อย สนใจเรื่องทางเพศมากขึ้น (hypersexual) ควบคุมตนเองไม่ได้ นิสัยเปลี่ยนจากเงียบขรึมเป็นช่างคุย พูดมาก หรือมีความมั่นใจในตนเองสูงจนขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) ทำในสิ่งที่อันตราย และก่อเรื่องทะเลาะวิวาทได้ โดยที่ไม่มีใครตระหนักว่าป่วย (ดวงใจ กษานติกุล, 2545) นอกจากนี้ในวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนไปเป็นอาการเมเนียได้สูงกว่าในวัยผู้ใหญ่ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

วัยรุ่นในสถานพินิจมักพบภาวะเมเนียร่วมกับปัญหาทางจิตเวชอื่นโดยเฉพาะ โรคชนสมาธิสั้น พฤติกรรมก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า ซึ่งลักษณะอาการที่แสดงออกมักจะคล้ายคลึงกัน เช่น ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ หรือพฤติกรรมไม่ได้ (Ryan & Redding, 2004) ซึ่งวัยรุ่นที่มีอาการเมเนียมักมีพฤติกรรมที่เสี่ยงอันตราย เช่น ขับรถอย่างประมาท ติดสารเสพติด มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยพฤติกรรมเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญในการกระทำผิดกฎหมาย และเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของวัยรุ่น (United Nations, 2003)

ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Personality disorder)

ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ คือ การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนอย่างชัดเจนจากพฤติกรรมปกติในสังคมวัฒนธรรมนั้นๆ ซึ่งบุคคลจะไม่รู้สึกวิตกกังวลต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง เนื่องจากไม่สามารถรับรู้ว่าการกระทำของตนได้สร้างปัญหาให้กับสังคมรอบข้าง โดยมักปฏิเสธการช่วยเหลือด้านจิตใจ และไม่ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา โดยจะมีลักษณะสำคัญที่เรียกว่า alloplastic คือ ต้องการให้ผู้อื่นปรับตัวเข้าหาตนเอง แทนที่จะมองว่าปัญหาต่างๆน่าจะแก้ไขโดยการปรับปรุงตนเอง (autoplastic) และไม่เห็นว่าพฤติกรรมของตนเองนั้นผิดปกติ (ego-syntonic) (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

บุคลิกภาพแบบผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (antisocial) มักจะเริ่มแสดงอาการผิดปกติตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น หรือในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (กรณีที่พบในเด็ก เรียก Conduct disorder) ซึ่งจะมีอาการอยู่ยาวนาน และเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ลักษณะโดยทั่วไปจะมีประวัติพฤติกรรมเกเร โกหก หนีโรงเรียน ชกต่อย ทำสิ่งผิดกฎหมาย ใช้สารเสพติด ในวัยเด็ก ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะเกิดขึ้นซ้ำๆตลอดมาจนถึงช่วงวัยรุ่น โดยจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มี ความรับผิดชอบ ติดสุราหรือสารเสพติด ซึ่งบุคคลที่มีปัญหามักจะพบปัญหาการใช้สาร

เสพติด สาเหตุที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น ทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น เสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความเจ็บปวดทางใจ และลดความโดดเดี่ยว (อริญญา แพญญ์, 2549)

Robertson และคณะ (2004) ศึกษาโรคจิตในเยาวชนที่ใช้สารเสพติดในรัฐมิสซิสซิปปี พบว่า กลุ่มที่ใช้ แอมเฟตามีนพบภาวะ โรคจิตร้อยละ 47 โดยความผิดปกติด้านพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการใช้แอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.05$)

Abrantes และคณะ (2005) ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่กระทำความผิดทั้งเพศหญิงและเพศชายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จำนวน 252 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางจิตเวชร้อยละ 73 และพบว่ามีโรคทางจิตเวชมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 52 โดยบุคลิกภาพที่ผิดปกติ และการติดสารเสพติดเป็นภาวะโรคจิตร่วมกันสูงสุด

กลุ่มอาการวิตกกังวล (Anxiety disorder)

กลุ่มอาการวิตกกังวลแบ่งย่อยออกเป็นหลายอาการที่สำคัญคือ โรคตื่นตระหนก (Panic disorder), โรคกลัวที่ชุมชน (Agoraphobia), โรคกลัวการเข้าสังคม (Social phobia), โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-compulsive disorder), ความผิดปกติที่เกิดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (Posttraumatic stress disorder) และโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder)

ความวิตกกังวลเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไปเมื่อมีความเครียดเข้ามาระทบในคนที่มีความวิตกกังวลจะมีความรู้สึกสับสน เครียดกังวล ตื่นเต้นไม่มีความสุข ซึ่งการพิจารณาว่าความตึงเครียดที่เกิดขึ้นเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติหรือไม่นั้น ควรพิจารณาจากประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ (รัตนา สายพานิชย์ และสุวรรณี พุทธิศรี, 2548)

1. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมากกว่าจะอธิบายได้ด้วยความเครียดที่มากระตุ้น
2. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีอาการรุนแรงมาก
3. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ยังคงอยู่แม้ถึงกระตุ้นจะหมดไปแล้ว
4. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทำให้รบกวนกิจวัตรประจำวัน และหน้าที่การงานต่างๆ

ดังนั้น ความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับ ระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่มีอาการ ของแต่ละบุคคล ภาวะวิตกกังวลมี 4 ระดับ ซึ่งแต่ละระดับล้วนเป็นสาเหตุนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ทั้งสิ้น (Videbeck, 2008)

ระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความรู้สึกกังวลที่กระตุ้นที่ช่วยให้บุคคลมีสมาธิในการเรียนรู้ แก้ปัญหา ความคิด การแสดงออก ความรู้สึก และเกิดการป้องกันตัวเอง กล่าวคือความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยจะสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง หรือก้าวไปสู่เป้าหมายได้

ระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลรบกวนชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวายใจ ซึ่งบุคคลเริ่มไม่มีสมาธิและไม่สามารถแก้ไขปัญหา เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ด้วยตนเองทั้งหมดต้องมีบุคคลอื่นเข้ามาช่วย

ระดับรุนแรง (Severe anxiety) และมีภาวะตื่นตระหนก (Panic) ความวิตกกังวลระดับรุนแรงนี้ส่งผลกระทบให้การทำหน้าที่ของกลไกป้องกันตนเองและทักษะในการคิด ทักษะในการช่วยเหลือตนเองต่างๆ ลดลง บุคคลจะรู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมาก ระบบกล้ามเนื้อและสัญญาณชีพจะเพิ่มสูงขึ้น กระสับกระส่าย โกรธ หงุดหงิด ในภาวะตื่นตระหนก ร่างกายจะมีการหลั่งอะดรีนาลีน (Adrenaline) ทำให้สัญญาณชีพสูงขึ้น ภูมάνดาขยายจนถึงไม่สามารถควบคุมตนเองได้

Wasserman, McReynolds, Ko, Katz, และ Carpenter (2005) ศึกษา ความแตกต่างของเพศในการเกิดโรคจิตเวชของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยการสัมภาษณ์ด้วย Voice Diagnosis Interview Schedule for Children (DISC) จำนวน 991 คน พบว่า วัยรุ่นทั้งเพศหญิงและชายโดยรวมมีโรคทางจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 45.7 โดยพบความวิตกกังวลจากความพลัดพรากสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 26.5 ในเพศชายพบมีปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติดสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 26.3 สำหรับในเพศหญิงพบว่ามีปัญหาด้านวิตกกังวลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29

Bickel และ Campbell (2002) ศึกษาปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ในรัฐทennessee ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง Adolescent Psychopathology Scale (APS) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 36 มีความผิดปกติที่เกิดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ และร้อยละ 32 มีภาวะวิตกกังวลอื่นๆ

สาเหตุของการเกิดปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านทั้งทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ รวมทั้งด้านความคิด ซึ่งเป็นพัฒนาการตามปกติของช่วงวัยและมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมหรือสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ขาดความและส่งผลกระทบต่อพัฒนาการในวัยรุ่นตามปกติ (Arredondo, et al., 2001) โดยทั่วไปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นดังนี้

ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยด้านพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitters) และการปรับระดับฮอร์โมนในสมอง (neuroendocrine regulation) กล่าวคือ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม บิดามารดา พี่ น้องที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพย่อมมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคทางจิตเวช เช่น บุตรของบิดามารดาที่เป็นโรคซึมเศร้า จะมีความเสี่ยง 2-3 เท่าที่บุตรจะเป็นโรคนี้ เมื่อเทียบกับอัตราการเกิดโรคของบุตรที่ไม่มีบิดาหรือมารดาป่วย

(สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547) จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบันทำให้ค้นพบถึงอิทธิพลของปัจจัยทางด้านชีวภาพ ทั้งฮอร์โมนเพศ เช่น เทสโทสเตอโรน (Testosterone) สูง จะทำให้หงุดหงิดง่าย และทำให้เพศชายมีแนวโน้มมีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น สำหรับการทำงานเพิ่มขึ้นหรือลดลงของสารสื่อประสาทในสมอง เช่น โดปามีน (dopamine) ซีโรโตนิน (serotonin) เป็นต้น ก็มีส่วนสำคัญทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านสุขภาพจิตและปัญหาทางจิตเวชได้ทั้งในกลุ่มอารมณ์ผิดปกติหรือกลุ่มพฤติกรรมผิดปกติ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเข้าสู่วัยรุ่นทั้งด้านน้ำหนัก ส่วนสูง พัฒนาการทางเพศ มีการระบุว่าช่วงเวลาการเข้าสู่วัยรุ่นมีผลต่อการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมและปัญหาทางจิตเวชซึ่งพบว่าเพศชายที่เข้าสู่ภาวะวัยรุ่นที่ช้ากว่าปกติจะมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการใช้สารเสพติด เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (Geraber, Seeley, Brooks-Gunn, & Lewinsohn, 2004) รวมทั้งการมีพยาธิสภาพหรือการบาดเจ็บของสมอง ก็มีผลต่อการเกิดปัญหาจิตเวชเช่นเดียวกัน

ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยทางครอบครัวที่สำคัญคือ บิดามารดาหย่าร้างกัน สัมพันธภาพภายในครอบครัวที่มีแต่ความขัดแย้ง ใช้ความรุนแรงในครอบครัว ย่อมส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในบุตรได้ครอบครัวที่ขาดความอบอุ่น บิดามารดาแยกทาง เช่นเดียวกับปัจจัยทางสังคม วัยรุ่นที่ถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน หรือสภาพครอบครัวที่ยากจน อาจทำให้เกิดความกดดันและเลือกแสดงออกในทางที่ผิด วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มักจะขาดการเรียนรู้หรือการเข้าใจที่มีเหตุผล เหตุผลทางจริยธรรมบกพร่อง มักให้ความสนใจกับวิธีแก้ปัญหามั่วๆ ส่วนหนึ่งมาจากการเรียนรู้การได้รับแรงเสริมทางลบจากครอบครัว เช่น การลงโทษ การทุบตี จะส่งผลให้วัยรุ่นที่ความผิดปกติทางพฤติกรรมในลักษณะ ก้าวร้าว ต่อต้าน ทำลาย เป็นต้น และโดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นกลุ่มนี้มักจะขาดการควบคุมอารมณ์หรือควบคุมตนเอง ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชอื่น เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน โรคในกลุ่มวิตกกังวล และติดสารเสพติด (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) หรือมีแนวโน้มที่จะก่ออาชญากรรมในรูปแบบต่างๆ ได้

กลุ่มเพื่อน ช่วงวัยรุ่นเพื่อนมีอิทธิพลมากที่สุด ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการทางด้านเครือข่ายทางสังคม บทบาททางเพศ อัตลักษณ์ต่างๆ รวมทั้งกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ก้าวร้าวต่อต้านสังคม กระทำผิดกฎหมาย เป็นต้น

ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อมซึ่งความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อมเสมือนเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวช เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การย้ายที่อยู่อาศัย การเลิกรากจากคนรัก เป็นต้น โดยเฉพาะวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและ

เยาวชน ซึ่งการกระทำผิดกฎหมายและเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (ธารง ทศนาญชลี และคณะ, 2531 อ้างใน ทวีพร ปฐมทอง, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของอาภาพรรณ คงสงค์ ผ่องศรี งามดี และปรีชา สุวังกบุตร (2544) พบว่า การที่วัยรุ่นต้องถูกจับกุมและเข้าไปอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นสถานที่ไม่คุ้นเคย ถูกจำกัดอิสรภาพในการดำเนินชีวิต ตลอดจนต้องห่างจากบุคคลใกล้ชิดและครอบครัว ต้องอยู่ร่วมกับกับบุคคลที่ไม่คุ้นเคย บางครั้งถูกรังแกจากเยาวชนที่อยู่ร่วมกันหรือต้องทำงานในสิ่งที่ตนเองไม่อยากทำ ทำให้รู้สึกกังวล ทุกข์ทรมาน และไม่อยากอยู่ในสถานที่ดังกล่าว นอกจากนี้การเข้ามาอยู่ในในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนซึ่งมีสาเหตุมาจากการกระทำผิดกฎหมาย ทำให้เกิดการไม่ยอมรับของสังคมในการกลับไปสู่สังคมใหม่อีกครั้ง ทำให้วัยรุ่นมีการเผชิญกับปัญหามากมาย ซึ่งล้วนแล้วแต่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ต้องดำเนินชีวิตร่วมกับบุคคลแปลกหน้าจำนวนมาก ห่างเหินจากบุคคลใกล้ชิดและครอบครัว การปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆที่บีบบังคับทางด้านจิตใจ เกิดความคับข้องใจ วิตกกังวล จิตใจหม่นหมองหดหู่

จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบก่อให้เกิดปัญหาทางจิตเวชในวัยรุ่น รวมทั้งปัจจัยทางชีววิทยาของบุคคล ซึ่งมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงแก้ไขจะทำได้ยาก ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงให้ความสำคัญต่อปัจจัยของความเครียดจากเหตุการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมและบุคลิกภาพหรือลักษณะเฉพาะตัวของวัยรุ่น ตามแนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเอง(Rosenbaum, 1990)

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ

สถานการณ์ความเครียดหรือเหตุการณ์ในชีวิตทางลบ (Stressful life events) ที่เกิดขึ้นทั้งประเภทที่รุนแรงหรือมีความสำคัญในชีวิต (major life events) อาทิเช่น บิดามารดาแยกทางกัน บุคคลที่รักเสียชีวิต เป็นต้น หรือเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน (Daily hassles) (Kristin & Lisi, 2000) ซึ่งเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตจะส่งผลต่อการประเมินและการรับรู้ของบุคคล

Holmes และ Masuda (1974) ให้ความหมายสถานการณ์ความเครียด (Stressful life events) ว่าเป็นเหตุการณ์ซึ่งชักนำหรือเกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมของบุคคล หรือเกิดพฤติกรรม การเผชิญปัญหาสอดคล้องกับ Churoek (2005) กล่าวว่า สถานการณ์ความเครียด (Stressful life

events) เป็นการรับรู้ของบุคคลในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลมีการปรับและเปลี่ยนแปลงไปทั้งเชิงบวกหรือเชิงลบ และเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายหรือทางจิตใจ

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวถึง เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ (Negative life event) เป็นการรับรู้ต่อสถานการณ์ โดยเฉพาะจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงชีวิต และ/หรือเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด หรือเป็นเหตุการณ์เชิงลบ หรือสนับสนุนให้เกิดความเชื่อทางลบ

ดังนั้นเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยบุคคลจะประเมินว่าเหตุการณ์นั้นๆก่อให้เกิดความเครียด หรือคุกคามชีวิต ส่งผลให้เกิดการปรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอื่นๆตามมา ซึ่งเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตจะส่งผลต่อการประเมินและการรับรู้ของบุคคล หากเป็นการรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบประกอบกับไม่มีแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถเผชิญต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสมมีผลต่อการปรับตัวก่อให้เกิดความเครียดและพึ่งพาสารเสพติดเพื่อลดความตึงเครียดจากสถานการณ์นั้นๆ ในที่สุดอาจจะแปรเปลี่ยนเป็นปัญหาทางจิตเวชได้ในอนาคต (Lazarus & Folkman, 1984) หรืออาจจะกล่าวได้ว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและต่อการเกิดโรคทางจิตเวช

การศึกษาของจินตนา ลีจิงเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา และ ธรณินทร์ กองสุข (2549) ซึ่งทบทวนวรรณกรรมของประเทศไทยและต่างประเทศใน 10 ปีที่ผ่านมาระหว่างพ.ศ.2539-2549 เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า โดยคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า (OR หรือ RR) =2.5 และมีค่านัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และประสบการณ์ในวัยเด็กซึ่งเป็นเสมือนเหตุการณ์ในชีวิตทางลบ (Stressful life events) มีความสัมพันธ์หรือเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า

Trankasombat และ Likanapichitkul (1996) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมอายุ 10-17 ปี จำนวน 1,260 คน โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มนักเรียนที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ในกลุ่มนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีระดับของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง โดยที่เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้น คือ พ่อแม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Charoensuk (2005) ที่พบว่าวัยรุ่นที่ต้องเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวันในระดับสูง จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงด้วย

โดยการศึกษาเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบของวัยรุ่นไทยจะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางสัมพันธภาพกับโดยเฉพาะกับสมาชิกในครอบครัวและกับกลุ่มเพื่อน อาทิเช่น การศึกษาของ Kaew-in (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยม จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 582 คน พบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สอดคล้องกับ Boonyamalik (2005) ศึกษาปัจจัยทำนายความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่น จำนวน 1,335 คน พบว่า การรับรู้เหตุการณ์ความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้า ($\beta = 0.28, t=3.37, p < 0.05$)

จากงานทบทวนวรรณกรรมข้างต้นทั้งในประเทศและต่างประเทศจะเห็นว่าสถานการณ์ความเครียดหรือเหตุการณ์ในชีวิตทางลบ (Stressful life events) มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชในหลายกลุ่มอาการในวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาการซึมเศร้า

การครุ่นคิด

การครุ่นคิด เป็นการคิดที่มีความประปรายประเภทหนึ่ง Nolen-Hoeksema (1991) ให้ความหมายว่าเป็นรูปแบบของการตอบสนองต่อภาวะตึงเครียด เกี่ยวข้องกับการคิดซ้ำๆ วกไปวนมา โดยหมกมุ่นอยู่กับภาวะเครียดนั้นๆ แม้ว่าเหตุการณ์รอบตัวจะปรับเปลี่ยนไป ซึ่งจะขัดขวางการคิดแก้ไขปัญหา

ทฤษฎีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความคิด ความคิดแบบครุ่นคิด เป็นความคิดทางลบประเภทหนึ่ง เช่นเดียวกับความคิดอัตโนมัติ โครงสร้างทางความคิด และลักษณะความคิดทางลบ ดังนั้นคำจำกัดความของการครุ่นคิด คือ ความคิดซ้ำๆเกี่ยวกับความรู้สึกหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง แต่ไม่สามารถระบายละเอียดละเอียดของความคิดนั้นๆ ได้ (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008)

Matin และ Tesser (1996) ได้ให้ความหมายของการครุ่นคิด ว่าการครุ่นคิดเป็นส่วนหนึ่งของการคิดที่มีไม่สติ ซึ่งจะคิดวนเวียนในเรื่องนั้นๆและจะเกิดขึ้นอีกซ้ำๆ แม้ว่าจะไม่มีความต้องการที่คิด

Wanke และ Schmid (1996) ได้ให้ความเห็นว่า การครุ่นคิดเป็นการรับรู้ของบุคคลซึ่งขาดการควบคุม โดยให้ความสนใจต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้การครุ่นคิดจะเกิดขึ้นเมื่อมีความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ในชีวิต กับโครงสร้างทางความคิด (Schema) ของแต่ละบุคคล ดังนั้น การครุ่นคิดอาจจะทำให้เกิดการรวมสถานการณ์ในชีวิตเข้าสู่โครงสร้างทางความคิด (Thanoi, 2009) ซึ่งมีความสำคัญโดยเป็นปัจจัยเสี่ยง

ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งNolen-Hoeksema (1991) ได้อธิบายกลไกการเกิดอาการซึมเศร้าเนื่องจากอิทธิพลของการครุ่นคิด ทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงและระยะเวลานานขึ้น ดังนี้

1. การครุ่นคิดเพิ่มผลทางลบต่ออารมณ์ซึมเศร้าทางด้านการคิด หวนคิดถึงความทรงจำทางลบมากขึ้น และมองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ร้าย กล่าวคือ การครุ่นคิดสร้างวงจรของอาการซึมเศร้าให้ยังคงอยู่ เมื่อบุคคลที่มีอาการซึมเศร้ามีการครุ่นคิดอยู่ ก็จะชักนำให้เกิดผลทางลบ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

2. การครุ่นคิดมีลักษณะคล้ายกับอุปสรรคต่อการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากไปรบกวนสมาธิ ประกอบกับมีความคิดในแง่ร้ายมากขึ้นดังนั้น การครุ่นคิดในบุคคลที่มีอารมณ์ซึมเศร้า จะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้น้อยกว่าบุคคลที่ไม่มีอารมณ์ซึมเศร้า

3. การครุ่นคิดเปรียบเสมือนตัวบั่นขยับยั้งพฤติกรรมของบุคคลในการควบคุมอารมณ์ซึมเศร้า เนื่องจากขาดความสนใจและไม่มีสมาธิ

ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยนำไปสู่ความล้มเหลวในการแก้ปัญหา หดหู่ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามทฤษฎีของเบค การครุ่นคิดมีความสำคัญซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดทางอารมณ์ และเป็นปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เนื่องจาก การครุ่นคิด เป็นความคิดซ้ำต่ออารมณ์ทางลบ ซึ่งเกิดขึ้นจากเหตุการณ์ในชีวิตทางลบ

กล่าวโดยสรุปคือ ลักษณะการคิดที่มีลักษณะเป็นการครุ่นคิดหรือการคิดซ้ำๆ (Rumination) ต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านอารมณ์ และพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นหากมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในลักษณะของการครุ่นคิดทางลบทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม จะส่งผลให้บุคคลขาดสมาธิและทำให้การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ เกิดปัญหาทางจิตเวชได้ง่าย(Nolen-Hoeksema, 2000) โดยจะพบว่ามีสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตเวชในกลุ่มของ internalizing เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น

จากการศึกษาของ Kuyken และคณะ (2006) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การครุ่นคิดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นอายุ 14-18 ปี จำนวน 326 คนพบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีระดับของการครุ่นคิดสูงกว่าวัยรุ่นในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า($F = 249.92$ (2, 270), $p < 0.001$) และพบว่า การครุ่นคิด มีผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้า ($\beta = 0.54$, $p < 0.05$)

จากการศึกษาของLo และคณะ (2008) ซึ่งศึกษาอิทธิพลของการครุ่นคิดและลักษณะความคิดทางลบต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Rumination Response Scale: RRS) ของ Nolen-Hoeksema & Morrow (1991) ซึ่งประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า (depression related), ความโศกเศร้า (brooding), และการตอบสนอง (reflection) ในกลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นทั่วไปจำนวน 115 คน และในกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า

จำนวน 38 คน วัยรุ่นระดับชั้นปริญญาตรี พบว่า ความโศกเศร้า (brooding) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = 0.35, p < 0.01$) และกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ความโศกเศร้า (brooding) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = 0.36, p < 0.05$) ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปที่มีการครุ่นคิด หรือมีความโศกเศร้า ก็อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

นอกจากนี้ยังมีรายงานวิจัยสนับสนุนถึงการครุ่นคิดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลด้วย (Blagden & Craske, 1996; Moulds, Kandris, Starr, & Wong, 2007; Nolen-Hoeksema, 2000; Robinson & Alloy, 2003) อาทิเช่น การศึกษาของ Moulds และคณะ (2007) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการครุ่นคิด (rumination) การหลีกเลี่ยง (avoidance) ความวิตกกังวล (anxiety) และภาวะซึมเศร้า (depression) ในนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 104 คน พบว่า การครุ่นคิด (rumination) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (depression) ความวิตกกังวล (anxiety) และการหลีกเลี่ยง (avoidance) ($r=0.51, 0.52$ และ 0.41 ตามลำดับ)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า การครุ่นคิดมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตเวชโดยเฉพาะกลุ่มอาการซึมเศร้าและกลุ่มอาการวิตกกังวล ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปในสถานศึกษา สำหรับกลุ่มวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนนั้นยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว

แหล่งทักษะภายในตนเอง

ความหมาย

แหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned Resourcefulness) เป็นแหล่งทักษะทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งบุคคลนำมาใช้ในการควบคุมสถานการณ์ภายใน เช่น การแสดงออกของอารมณ์และความคิด ซึ่งสถานการณ์ภายในเหล่านี้อาจจะเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย (Rosenbaum, 1990)

Rachman (1978 อ้างใน Rosenbaum 1990) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถจากตัวบุคคลและจากสังคมเพื่อใช้ในการเผชิญกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าสิ่งเหล่านั้นเป็นปัญหาใหม่

แหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned Resourcefulness) เป็นทักษะที่สำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญกับปัญหาหรือสิ่งกระตุ้น กล่าวคือบุคคลที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองจะสามารถเผชิญกับความกระตุ้นจากภายในโดยทำให้น้อยลง (minimize) ทำให้ลดลง (reduce) หรือสามารถก้าวผ่านหรือเพิ่มขีดความสามารถอดทน (master or tolerate) ซึ่งถ้าไม่สามารถควบคุมปัญหาภายในได้ อาจจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอกได้ (Rosembaum, 1990) หาก

บุคคลมีแหล่งทักษะภายในตนเองสูง จะมีกระบวนการคิดและพฤติกรรมภายในที่สามารถนำไปสู่การแสดงออกของการควบคุมตนเองและเผชิญปัญหาในรูปแบบต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้ามบุคคลมีแหล่งทักษะภายในตนเองต่ำจะมีความคิดและพฤติกรรมเชิงลบ จนเกิดพฤติกรรมความเสี่ยงในด้านต่างๆ

แหล่งทักษะภายในตนเองเป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางจิตใจของบุคคล เนื่องจากเป็นกลวิธีที่พัฒนาขึ้นของบุคคลในการเผชิญกับปัญหาตามความต้องการและการกระตุ้นต่างๆ นอกจากนี้ Rosenbaum เชื่อว่าแหล่งทักษะภายในตนเอง สามารถพัฒนาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นกับการรับรู้ เข้าใจจากตัวแบบ และประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

ดังนั้นแหล่งทักษะภายในตนเอง เป็นกลวิธีของบุคคลในการควบคุมความคิด และอารมณ์ซึ่งเป็นสถานการณ์ภายใน ซึ่งเป็นไปตามความต้องการและเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ ประกอบด้วยทักษะและความคิดหรือความเชื่อในความสามารถของตนเอง ต่อการรับมือกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ความเครียดใดก็ตามโดยทำให้การสนองภายในน้อยลง (minimize) ลดลง(reduce) หรือสามารถก้าวผ่านหรือเพิ่มขีดความสามารถอดทน (master or tolerate) ซึ่งบุคคลสามารถกระทำได้อย่างเต็มความสามารถแหล่งทักษะภายในตนเองสามารถพัฒนา เรียนรู้ และฝึกฝนได้ทั้งจากการสั่งสอนและการลงมือทำ ถ้าบุคคลเข้าใจและตระหนักถึงแหล่งทักษะภายในตนเองจะทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตและสามารถควบคุมตนเองได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม มีสุขภาพดี

แนวคิดของทฤษฎี แหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned Resourcefulness)

แหล่งทักษะภายในตนเองมีการพัฒนาขึ้นจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม บำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าการเสริมสร้างความมั่นใจ สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและการเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับปัจจัยกระตุ้นในอนาคต บุคคลที่ไม่ประสบความสำเร็จในการเผชิญกับปัญหาส่วนใหญ่จะมีลักษณะหรือมีความรู้สึกล้มเหลวทางและสิ้นหวัง โดยมีการแสดงออกถึงความไม่มั่นใจ หดหู่ความกล้า ในขณะที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด (Rosenbaum, 1990) ซึ่งความคิด-พฤติกรรมบำบัดเป็นการบำบัดโดยการแปลความรู้สึกล้มเหลวทาง (learned helplessness) เป็นแหล่งทักษะภายในตนเอง (learned resourcefulness) (Meichenbaum, 1977) หรือ Bandura (1977) เรียกว่า สมรรถภาพของตนเอง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมตนเองและเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ (Rosenbaum, 1983 อ้างใน Rosenbaum, 1990)

องค์ประกอบของแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned Resourcefulness)

Rosenbaum กล่าวว่า แหล่งทักษะภายในตนเองไม่ใช่พฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ แต่ต้องผ่านกระบวนการคิด (Process-regulating cognition: PRC) แหล่งทักษะภายในตนเองมีพื้นฐานจากแนวคิด self-regulation ของ Kanfer (1977 อ้างใน Rosembaum, 1990) ร่วมกับทฤษฎีความเครียดอื่นๆ เช่น Lazarus & Folkman (1984) ในการอธิบาย พฤติกรรมการควบคุมตนเอง Rosenbaum ได้เสนอทฤษฎีของแหล่งทักษะภายในตนเองซึ่งมีรูปแบบมาจาก self-control Theory ประกอบด้วย 6 ตัวแปรที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

(1) ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situation factors) เป็นปัจจัยกระตุ้นที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบางอย่างก่อนที่จะมีผลต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง นั่นคือ ถ้าเกิดหลายๆสถานการณ์ หรือเพียงสถานการณ์เดียวซึ่งจะมีผลต่อบุคคลในการยอมรับหรือ ประเมินบนพื้นฐานความสามารถของตนเอง โดยที่สถานการณ์นั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์นั้นได้ ดังนั้น บุคคลอาจจะสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองภายในสถานการณ์นั้นๆ

(2) ปัจจัยทางด้านกายภาพ (Physiological factors) เป็นความสามารถของตนเองในการรับมือกับความกลัวต่างๆ ซึ่งปัจจัยนี้มีพื้นฐานจากแนวคิดการควบคุมตนเองของ Kanfer (1977) ซึ่งระบุว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์คุกคามจะกระตุ้นให้ อวัยวะต่างๆในร่างกายจะตอบสนองในการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ เช่น เมื่อบุคคลได้รับความทุกข์จากการเปลี่ยนแปลงหรือในสถานการณ์ที่คุกคามสมองส่วนลิมบิก (brainstem-limbic) บริเวณสมองส่วนหน้า จะถูกกระตุ้นต่อการประเมินความเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์นั้นๆว่า คุกคามหรือไม่ เพื่อตัดสินใจว่าจะสู้หรือจะหนี ดังนั้น ปัจจัยทางด้านร่างกายจึงมีความสำคัญต่อการประเมินสถานการณ์นั้นๆ เมื่อบุคคลได้พบกับสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันจะเกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสู่กระบวนการคิดที่มีสติและรอบคอบ ซึ่งไม่ใช่ลักษณะของความคิดอัตโนมัติ

(3) แหล่งของลักษณะเฉพาะตัว (Available skills & personality repertoires) เป็นกลุ่มของทักษะที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสามารถพัฒนาได้จากประสบการณ์โดยแหล่งของลักษณะเฉพาะตัวนี้ไม่ใช่บุคลิกลักษณะ แต่เป็นชุดของการเรียนรู้ทางด้านพฤติกรรม ความคิด ซึ่งเกิดขึ้นตลอดเวลาพร้อมกับสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวของบุคคล โดยสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคลนี้มีอิทธิพลต่อการแสดงออกที่ดีด้วย

แหล่งของลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดเพื่อควบคุมตัวเอง (Process regulating cognitions: PRC) และเป็นส่วนหนึ่งที่อธิบายความแตกต่างพฤติกรรมในการควบคุมตนเองของแต่ละบุคคล นอกจากนี้แหล่งของลักษณะเฉพาะตัวมี

ผลต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต การประเมินผลว่าสถานการณ์นั้นๆมีผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่ รวมทั้งมีผลต่อการประเมินความสามารถของตนเองในการรับมือกับปัญหา และการวางแผนการควบคุมตนเองต่อการตอบสนองต่างๆ ซึ่งจะต้องประกอบด้วยทักษะในการควบคุมตนเองต่างๆ ทักษะในการแก้ปัญหา ความสามารถในตนเอง และการยับยั้งความพอใจ (Rosenbaum, 1988) ซึ่งทักษะเหล่านี้จะตอบสนองในแต่ละสถานการณ์

(4) กระบวนการคิดเพื่อควบคุมตัวเอง (Process regulating cognitions: PRC) การประเมินความคิด (Cognitive appraisal) ของ Lazarus & Folkman และการประเมินตนเอง (self-evaluation) Lazarus & Folkman กล่าวว่า การประเมินความคิดเป็นกระบวนการของการจัดกลุ่มการเผชิญหน้าที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ความหมายของการประเมินความคิดเป็นโครงสร้าง มีความสำคัญ ซึ่งมี 2 กลุ่มคือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) ซึ่งเป็นการประเมินสถานการณ์สิ่งแวดล้อม และการประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) ซึ่งเป็นการประเมินบุคคล และสถานที่ ในการเข้ามาช่วยเหลือภายในสถานการณ์ต่างๆ กล่าวคือ เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้น จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการประเมินความเครียดขึ้น บุคคลจะถามตัวเองว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคุกคามหรือทำให้เกิดความสุขหรือไม่ ถ้าเหตุการณ์นั้นไม่คุกคามจะไม่เกิดการจัดการอะไรเพิ่มขึ้นมา ทางตรงกันข้ามหากประเมินว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคาม บุคคลจะมีการจัดการกับเหตุการณ์นั้นต่อไป

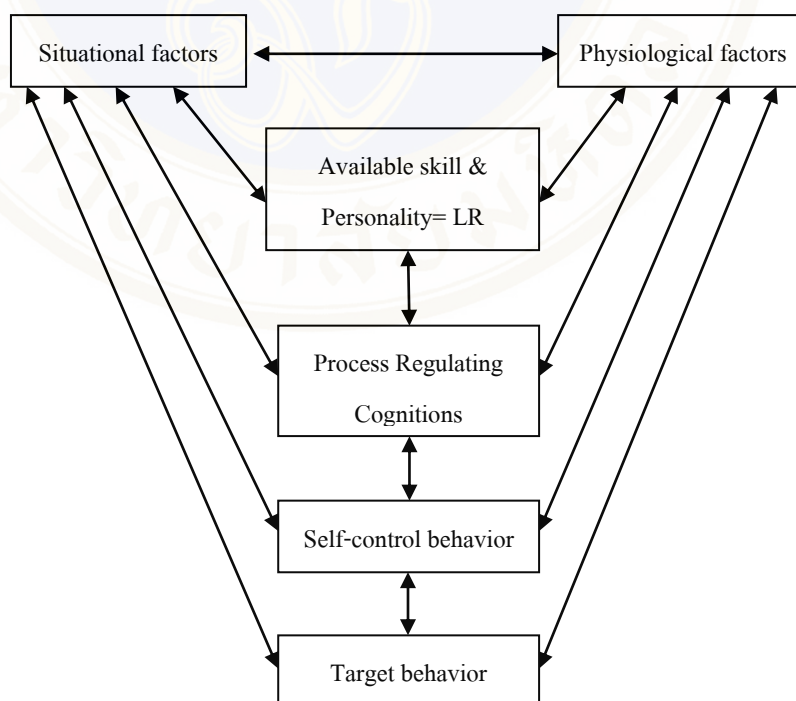
(5) พฤติกรรมการควบคุมตนเอง (Self-control behavior) จากทฤษฎีของ Rosenbaum จะกล่าวถึง การควบคุมตนเอง ว่าเป็นผลของ กระบวนการคิดเพื่อควบคุมตัวเอง (Process regulating cognitions: PRC) ซึ่งพฤติกรรมการควบคุมตนเอง เป็นการตอบสนองภายใน ซึ่งบุคคลนำมาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ โดยทำให้น้อยลง (minimize) ทำให้ลดลง (reduce) หรือสามารถก้าวผ่าน หรือเพิ่มขีดความสามารถอดทน (master or tolerate) ดังนั้นพฤติกรรมการควบคุมตนเองจึงมีผลต่อกระบวนการคิดเพื่อควบคุมตัวเอง Rosenbaum ได้กล่าวถึงลักษณะของ พฤติกรรมการควบคุมตนเองไว้ 2 ลักษณะ ดังนี้

ประการแรก การควบคุมตนเองโดยปรับการตอบสนองภายใน (redressive self-control) หมายถึง ความพยายามของบุคคลในการทำหน้าที่สู่สภาวะปกติ หลังจากเกิดเหตุการณ์ที่ขัดขวางจากพฤติกรรมอัตโนมัติ หรือ ลักษณะความคิดที่เป็นประจำ ประกอบด้วย กลุ่มของพฤติกรรมซึ่งบุคคลใช้ในการควบคุมการตอบสนองภายใน เช่น ความคิด, ความรู้สึก และอารมณ์ เมื่อบุคคลกำลังควบคุมพฤติกรรมภายนอก พวกเขาอาจจะมีปัญหาอยู่ภายใน เช่น ความวิตกกังวล ความโกรธ และความกลัว ถ้าพวกเขาไม่สามารถควบคุมปัญหาภายในได้พวกเขาอาจจะควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกมามากเกินไปไม่ได้ ดังนั้น ในการควบคุมพฤติกรรมภายนอก บุคคลต้องการทักษะในการ

ควบคุมปัญหาภายใน เช่น การเทคนิคในการกำหนดอารมณ์ และความคิด เทคนิคในการออกคำสั่งตนเอง และเทคนิคการหลีกเลี่ยง

ประการที่สอง การควบคุมตนเองโดยปรับการตอบสนองภายนอก(Reformative self-control) หมายถึง ความพยายามของบุคคลโดยการจัดวางความคิดและพฤติกรรมตามปกติ วัตถุประสงค์ในการควบคุมตนเองต่อการปรับพฤติกรรมเพื่อเป็นประโยชน์ต่อบุคคลเอง และการป้องกันการเจ็บป่วยในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มของพฤติกรรมซึ่งนำไปสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ทักษะต่างๆ เช่น ทักษะในการแก้ปัญหา อาจจะกล่าวว่า ระบุปัญหา ค้นหาวิธีการแก้ไข ระบุตัวเลือก วางแผนติดตาม และปรับปรุงวิธีการแก้ไขปัญหา เช่น การปรับเปลี่ยนนิสัยการบริโภค เพื่อควบคุมน้ำหนักตัว เป็นต้น นอกจากนี้ Rosenbaum เน้นที่ความสำคัญของการรับรู้ความสามารถในตนเองทั้งในการควบคุมตนเองโดยปรับการตอบสนองภายใน(redressive self-control) และการควบคุมตนเองโดยปรับการตอบสนองภายนอก(reformative self-control) เนื่องจากทั้งสองมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการควบคุมตนเอง

(6) พฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Target behavior) ซึ่งเป็นผลจากการใช้พฤติกรรมการควบคุมตนเอง และนำไปสู่การมีสุขภาพดี มีความสุขซึ่งองค์ประกอบทั้ง 6 มีความสัมพันธ์ในการทำหน้าที่ต่อการควบคุมตนเอง ดังรูป



รูปภาพ 2.1 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของแหล่งทักษะภายในตนเอง

จากทฤษฎีแหล่งทักษะภายในตนเองที่ได้กล่าวมาข้างต้น เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะใช้กระบวนการคิดในการประเมินสถานการณ์นั้นๆ บนพื้นฐานความสามารถหรือทักษะภายในตนเองที่มีอยู่ว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตหรือไม่ หากประเมินแล้วว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลจะใช้แหล่งทักษะภายในตนเอง เช่น การกำหนดอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ในการควบคุมความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ เป็นต้น ร่วมกับชุดของทักษะต่างๆ ประกอบด้วย ทักษะในการควบคุมตนเอง ทักษะในการแก้ไขปัญหา และการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามนั้น โดยทำให้น้อยลง(minimize) ทำให้ลดลง(reduce) หรือสามารถก้าวผ่านหรือเพิ่มขีดความสามารถอดทน(master or tolerate) หากแหล่งทักษะดังกล่าวในระดับต่ำ อาจจะมีผลต่อกระบวนการคิดแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมในการควบคุมตนเอง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้

แหล่งทักษะภายในตนเองนี้มีการนำไปใช้ในและศึกษาอย่างกว้างขวาง ในหลายกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดีและในกลุ่มผู้ป่วย (Pairour, 2003; Huang, Perng, Chen, & Lai, 2008; White, Tata, & Burns, 1996; Zauniewski et al., 2001; L'evesque, Gauvin, & Desharnais, 2003) สำหรับในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นมีการศึกษาจำนวนหนึ่งที่ระบุว่า แหล่งทักษะภายในตนเองสูงจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมตนเอง อาทิ ส่งผลต่อการเรียนได้ดีขึ้น (Kenneth & Keefer, 2006) ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักด้วยโปรแกรมการควบคุมตนเอง (Kenneth & Ackerman, 1995) และที่สำคัญมีความสัมพันธ์ทั้งต่อการเกิดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและกลุ่มอาการทางจิตเวช

Kenneth และคณะ (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แหล่งทักษะภายในตนเอง กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษาปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยในประเทศแคนาดาจำนวน 189 คน อายุเฉลี่ย 20.91 ปี ซึ่ง 69 คนไม่เคยสูบบุหรี่ 59 คนเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ 61 คนเลิกบุหรี่ไม่ได้จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่และเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมีแหล่งทักษะภายในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรด้านจิตวิทยาที่สามารถทำนายสถานะ การสูบบุหรี่คือ ระดับคะแนนการควบคุมตนเอง (4%) และความสามารถของตนเอง (4.4%)

Carey, Carey, Carnrike และ Meisler (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทักษะภายในตนเองและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ในกลุ่มนักศึกษาปริญญาตรีทั้งเพศหญิงและเพศชายจำนวน 175 คน ซึ่งศึกษาในมหาวิทยาลัยในนิวยอร์ก ผลการศึกษาพบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ กล่าวคือในกลุ่มดื่มหนัก (Heavy drinking) มีระดับ

แหล่งทักษะภายในตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่มีการคืบหน้าหรือคืบปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ของแหล่งทักษะภายในตนเองกับอาการทางจิตเวช อาทิ การศึกษาของ Chiung-Yu Huang, Sousa, Shu-Yin Tu และ Mei-Yi Hwang (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้น (อายุ, โครงสร้างครอบครัว, รายได้ของครอบครัว, ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน, ผลการเรียนต่ำ, และปัญหาสุขภาพ) แหล่งทักษะภายในตนเองและอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิงอายุ 16-20 ปี ซึ่งศึกษาที่สถาบันอาชีวศึกษา ทางตอนใต้ของประเทศไต้หวัน จำนวน 404 ผลการศึกษาพบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า ($r = -0.35, p < 0.01$) และพบว่า แหล่งทักษะภายในตนเอง ($\beta = -0.30, p < 0.001$), รายได้ครอบครัว ($\beta = -0.14, p < 0.01$), ผลการเรียน ($\beta = -0.19, p < 0.001$), การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = -0.12, p < 0.05$) และความสัมพันธ์กับเพื่อน ($\beta = -0.13, p < 0.01$) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ตามลำดับ

Chiung-Yu Huang และ Su-Er-Guo (2009) ซึ่งศึกษาแหล่งทักษะภายในตนเองต่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้นและอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นอายุ 16-20 ปี ซึ่งเป็นนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีในตอนใต้ของประเทศไต้หวัน จำนวน 913 คน พบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าสูงสุด ($\beta = -0.30, p = 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองเป็นตัวกลางระหว่างปัจจัยกระตุ้นด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนกับอาการซึมเศร้า กล่าวคือ วัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนที่ดีและมีแหล่งทักษะภายในตนเองระดับสูงนั้น จะมีแนวโน้มต่อการเกิดอาการซึมเศร้าน้อยลง

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวัยรุ่นและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนพบว่า ปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมซึ่งได้แก่ ครอบครัว เพื่อน สังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น และปัจจัยภายในซึ่งได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา จิตวิทยาและพฤติกรรม เป็นต้น จะเห็นได้ว่าทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในบุคคล มีหลายปัจจัยที่กระตุ้นหรือมีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่จะเน้นศึกษาหรือให้ความสำคัญกับเป็นปัจจัยที่คาดว่าสามารถพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาแนวทางในการป้องกันหรือบำบัดปัญหาทางจิตเวชในวัยรุ่นต่อไป

แนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเอง มองว่าปัญหาทางจิตเวชเป็นผลมาจากการมีแหล่งทักษะภายในตนเองต่ำ เมื่อมีเหตุการณ์เชิงลบซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การสูญเสีย

บุคคลที่รัก การมีปัญหาในกลุ่มเพื่อน มีปัญหาด้านการเรียน ก่อให้เกิดกระบวนการคิดเพื่อควบคุมตัวเอง หากวัยรุ่นมีการครุ่นคิด คิดวกวนไปมา หมกมุ่นกับสถานการณ์ความเครียดนั้น ส่งผลให้ไม่มีสมาธิ รับทวนกระบวนการคิดในการควบคุมตัวเอง ซึ่งแหล่งทักษะภายในตนเองเป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาจากภายในเช่น อารมณ์โกรธ ความรู้สึกเสียใจ ทุกข์ใจ โดยทำให้ปัญหาทางอารมณ์เหล่านั้นน้อยลง ลดลง หรือสามารถก้าวผ่านหรือเพิ่มขีดความสามารถอดทน ซึ่งถ้าไม่สามารถควบคุมปัญหาภายในได้อาจจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก ทำให้มีการยับยั้งหรือควบคุมตนเองได้น้อย รวมทั้งอาจจะเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เสี่ยงต่อปัญหาทางจิตเวชได้ง่ายกว่าวัยรุ่นทั่วไป นอกจากนี้ทำให้มีความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตได้ในอนาคต เช่น การออกจากการศึกษา ถูกเพื่อนปฏิเสธ เกิดพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติดมากขึ้น อาการป่วยทางจิตในวัยผู้ใหญ่ การกระทำผิดกฎหมายที่รุนแรงขึ้น (Whitbeck, Hoyt, & Bao, 2000)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชนเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ จินนำไปสู่การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชและเพื่อให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบันของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดที่เข้าฝึกอบรมในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ วัยรุ่น อายุ 14-18 ปี ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและกระทำผิดซึ่งได้รับการควบคุมความประพฤติในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่น อายุ 14-18 ปี ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและกระทำผิดซึ่งได้รับการควบคุมความประพฤติในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายบ้านกรุณา โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (convenience sampling) สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีโรคทางกายที่มีผลต่อการทำงานของการทำงานของความรู้คิด (Cognitive function) ได้แก่ มีประวัติผ่าตัดสมอง ปัญญาอ่อน เป็นต้น หรือมีอาการทางจิตเวชที่รบกวนการทำงานของการทำงานของความรู้คิด (Cognitive function) รุนแรงจำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาต่อ เช่น มีอาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน มีอาการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เป็นต้น

ขนาดของตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการคำนวณจากสูตร

$$n = (Z_{\alpha/2})^2 P (1-P)/d^2 \text{ (จริยา เลิศอรรมณมณี และคณะ, 2543)}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคำนวณ

P = ค่าประมาณของ prevalence จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มประชากรในเรื่องที่จะศึกษา

d = allowable error ของค่าประมาณที่จะยอมให้เกิดขึ้นได้

Z = ค่ามาตรฐานจากตาราง standard normal distribution ที่ระดับความเชื่อมั่น (Confidence level) ต่างๆ

กำหนดค่าดังนี้

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคำนวณ

P = จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มวัยรุ่นในสถานพินิจ พบว่ามีอัตราการเกิดโรคทางจิตเวชความชุกประมาณ 50% ดังนั้น $P = 0.50$ (Stathis และคณะ, 2008; Bickel และคณะ, 2002; Fazel และคณะ, 2008; สุวรรณี พุทธิศรี และศศิธร ยิ่งสำหรั, 2547)

d = ระบุเป็น absolute value โดยตรงเป็น 10% ดังนั้น $d = 0.1$

Z = ค่ามาตรฐานจากตาราง standard normal distribution ที่ระดับความเชื่อมั่น (Confidence level) ร้อยละ 95 โดยค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= (Z_{\alpha/2})^2 P (1-P)/d^2 \\ n &= (1.96)^2 (0.50)(1-0.50)/(0.1)^2 \\ &= 96 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้น ในการศึกษานี้ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 96 คน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 10% ของกลุ่มตัวอย่าง รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 คน

แหล่งเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลวัยรุ่นที่มีประวัติการใช้สารเสพติด และกระทำผิดซึ่งได้รับการควบคุมความประพฤติในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายบ้านกรุณา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดัดนิสัยควบคู่กับศาลเยาวชนและครอบครัว มีผู้อำนวยการสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นผู้บังคับบัญชา ภายใต้การควบคุมสั่งการของอธิบดีผู้พิพากษาศาลเยาวชน และครอบครัวกลาง กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม ซึ่งมีหน้าที่ในการฝึกและอบรม ควบคุมดูแลความประพฤติเด็กและเยาวชนที่ได้รับการพิพากษาจากศาลเยาวชนและครอบครัวว่ามีความผิดตามกฎหมายจริง ซึ่งความผิดได้แก่ ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ เช่น ลักทรัพย์ นื้อโกงทรัพย์ ความผิดเกี่ยวกับชีวิต เช่น ทำร้ายร่างกาย พยายามฆ่าผู้อื่น ความผิดเกี่ยวกับเพศ เช่น กระทำอนาจาร การข่มขืน กระทำชำเรา ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด เช่น เสพยาเสพติด ค้ายาเสพติด ความผิดเกี่ยวกับความสงบ เสรีภาพ ชื่อเสียงและการปกครองของประเทศชาติ เช่น การวางเพลิง

การพนัน มีอาวุธไว้ในครอบครอง เป็นต้น(ศาลเยาวชนและครอบครัว, 2545) สำหรับข้อมูลสถิติจำนวนเด็กและเยาวชนต่อวันโดยเฉลี่ยประจำเดือน มกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2553 มีเด็กและเยาวชนกระทำความผิด ซึ่งได้รับการควบคุมความประพฤติในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายบ้านกรุณา จำนวน 668 คน (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2553)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง มีจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลด้านประชากร ได้แก่ อายุ ศาสนา และระดับการศึกษา ด้านบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การอยู่อาศัยก่อนถูกจับกุม ประวัติการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัว ด้านคดี ได้แก่ คดีที่ถูกจับกุม ครั้งที่ถูกจับกุม และอายุของการกระทำความผิดครั้งแรก และด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว และด้านสารเสพติด ได้แก่ อายุและประเภทของการใช้สารเสพติดครั้งแรก การใช้สารเสพติดก่อนการถูกจับกุม การเลิกใช้สารเสพติดและความเกี่ยวข้องกับสารเสพติด

ส่วนที่ 2 การครุ่นคิด ประเมินโดยใช้แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen-Hoeksema & Morrow (1991) ซึ่งพัฒนามาจากแนวความคิดการตอบสนองต่อภาวะซึมเศร้า (The response styles theory of depression) (Nolen-Hoeksema, 1987 อ้างใน Thanoi, 2009) ฉบับภาษาไทยแปลโดย วาริรัตน์ ถาน้อย (Thanoi, 2009) ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเองในการตอบสนองต่อการแสดงออกของอารมณ์ทางลบ ระดับของการครุ่นคิดวัดจากคะแนนของการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์นั้นๆ มี 22 ข้อคำถามประกอบด้วย

ด้านความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (depression related) ประกอบด้วยข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 19, 22 ด้านความโศกเศร้า (brooding) ประกอบด้วยข้อ 5, 10, 13, 15, 16 และด้านความการตอบสนองต่อสถานการณ์ (reflection) ประกอบด้วยข้อ 7, 11, 12, 20, 21

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) เลือกตอบ 4 ระดับคะแนน มีดังต่อไปนี้

คะแนนข้อความ	ระดับการตอบสนองต่อเหตุการณ์
1	เกือบจะไม่เคยเลย
2	บางครั้ง
3	บ่อยครั้ง
4	เกือบจะสม่ำเสมอ

สำหรับการให้คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 22-88 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีการครุ่นคิดในระดับสูง

แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen-Hoekema & Morrow (1991) ฉบับดั้งเดิมมี 22 ข้อคำถามมีค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ ในระดับสูง ตามที่ Kuyken, Watkins, Holden และ Cook (2006) ใช้เครื่องมือดังกล่าวศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 14-18 ปี ในประเทศอังกฤษ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.82

สำหรับในประเทศไทย ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้โดย วรวิรัตน์ ถาน้อย โดยวิธีแปลย้อนกลับ (back translation) และทดสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามและวัฒนธรรม โดยผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาวัยรุ่น 5 ท่าน จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.95 (Thanoi, 2009) และนำเครื่องมือดังกล่าวศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อายุ 14-19 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 3 แหล่งทักษะภายในตนเอง ประเมินได้โดยใช้แบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS) ของ Rosenbaum (1980) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned resourcefulness: LR) (Rosenbaum, 1980) เพื่อใช้ประเมินแหล่งทักษะภายในตนเอง ฉบับภาษาไทยแปลโดย รุ่งนภา ภาณุรัตน์ (Panitrat, 2001) เป็นแบบประเมินตนเองในการใช้ทักษะในการควบคุมตนเองในการเผชิญปัญหา มีข้อคำถาม 36 ข้อ ประกอบด้วย

Self-control skill มี 12 ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อ 5, 13, 15, 16, 17, 23, 25, 26, 27, 30, 31, และ 36

Problem-solving strategies มี 11 ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อ 1, 2, 7, 10, 11, 12, 20, 28, 32, 33, และ 34

Delay Immediate Gratification มี 4 ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อ 9, 18, 22 และ 29

Perceived self-efficacy มี 9 ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อ 3, 4, 6, 8, 14, 19, 21, 24 และ 35

มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ดังต่อไปนี้

ข้อคำถามเชิงบวก 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 1, 2, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34 และ 36

ข้อคำถามเชิงลบ 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 29, และ 35

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) 6 ระดับ สำหรับการให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

คะแนนข้อความ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
6 ตรงหรือเป็นลักษณะของฉันมากที่สุด	6	1
5 ตรงหรือเป็นลักษณะของฉันมาก	5	2
4 ตรงหรือเป็นลักษณะของฉันปานกลาง	4	3
3 ไม่ตรงหรือไม่ใช่ลักษณะของฉันปานกลาง	3	4
2 ไม่ตรงหรือไม่ใช่ลักษณะของฉันมาก	2	5
1 ไม่ตรงหรือไม่ใช่ลักษณะของฉันเลย	1	6

คะแนนรวมของแหล่งทักษะภายในตนเองสามารถบ่งชี้ระดับของแหล่งทักษะภายในตนเอง คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีแหล่งทักษะภายในตนเองสูง

แบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS) ของ Rosenbaum (1980) มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.95 (Zauszniewski, Chung, Chang & Krafcik, 2002) ในปี 2001 รุ่งนภา ภาณิตรัตน์ ได้พัฒนาแบบวัดการควบคุมตนเอง ฉบับภาษาไทย ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 11-19 ปี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.67 (Panitrat, 2001) นอกจากนี้ยังมีการใช้เครื่องมือดังกล่าวศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.78 - 0.87 (Pianchob, 2005; Duangduen, 2004; Khunphadung, 2005; Pairour, 2003; Kasornsri, 2006)

ส่วนที่ 4 เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ประเมินโดยใช้แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES) ของ Maybery (2003) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดความยุ่งยากใจ (The hassle concept) จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความยุ่งยากใจที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal hassles) และความยุ่งยากใจที่ไม่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (non-interpersonal hassles) ฉบับภาษาไทย แปลและพัฒนาโดยพิทักษ์พล บุญยามาลิก (Boonyamalik,

2005) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณา ซึ่งวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับการคุมประพฤติเป็นระยะเวลามากกว่า 1 เดือน ผู้วิจัยจึงขยายช่วงเวลาจากเหตุการณ์ด้านลบที่สร้างความยุ่งยากใจในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมาจากฉบับภาษาไทยของ พัทธ์พัทธ์ นุณยมาลิก (Boonyamalik, 2005) เป็นเหตุการณ์ด้านลบที่สร้างความยุ่งยากใจในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเพื่อความเหมาะสมกับบริบทในสถานพินิจมากยิ่งขึ้น โดยยังคงรักษามิติของแบบสอบถามและโครงสร้างของเนื้อหาในทุกข้อคำถามไว้คงเดิม

แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระดับการรับรู้ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตของวัยรุ่นมี 42 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 11 หัวข้อย่อยเกี่ยวกับเหตุการณ์ด้านลบที่สร้างความยุ่งยากใจในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ประกอบด้วย

ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน	ประกอบด้วยข้อ 1, 2, 3, 4
ปัญหาเกี่ยวกับแฟน	ประกอบด้วยข้อ 5, 6, 7, 8, 9
ปัญหาเกี่ยวกับการเงิน	ประกอบด้วยข้อ 10, 11, 12, 13
ปัญหาเกี่ยวกับวิชาเรียน	ประกอบด้วยข้อ 14, 15, 16, 17
ปัญหาเกี่ยวกับครู อาจารย์	ประกอบด้วยข้อ 18, 19, 20, 21
ปัญหากับบิดามารดาของตน	ประกอบด้วยข้อ 22, 23, 24, 25
ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนคนอื่น	ประกอบด้วยข้อ 26, 27, 28, 29
ปัญหากับญาติ พี่น้อง	ประกอบด้วยข้อ 30, 31, 32, 33
ปัญหาด้านสุขภาพ	ประกอบด้วยข้อ 34, 35, 36, 37
ปัญหาด้านข้อจำกัดในการเรียน	ประกอบด้วยข้อ 38, 39, 40
ความสนใจในวิชาเรียน	ประกอบด้วยข้อ 41, 42

ในแต่ละข้อจะเริ่มต้นคำถามที่ว่าในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเกิดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจมากเพียงใด โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) เลือกตอบ 6 ระดับคะแนน มีดังต่อไปนี้

คะแนนข้อความ	ระดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
0	เหตุการณ์ไม่ได้เกิดขึ้น
1	เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแต่ไม่มีความยุ่งยากใจ
2	เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจเล็กน้อยมาก
3	เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจบ้าง
4	เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจมาก

คะแนนข้อความ**ระดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น**

5

เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจมากที่สุด

การให้คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 0-210 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีระดับการรับรู้เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจในระดับสูง

แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES) ของ Maybery (2003) โดยฉบับเดิม มี 57 ข้อคำถาม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) เลือกตอบ 6 ระดับคะแนน วัด 15 หัวข้อ ประกอบด้วย 1) ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน 2) ปัญหาเกี่ยวกับแฟน 3) ปัญหาเกี่ยวกับงาน 4) ปัญหาด้านการเงิน 5) ปัญหาเกี่ยวกับบุตร 6) ปัญหาเกี่ยวกับวิชาเรียน 7) ปัญหาเกี่ยวกับครู อาจารย์ 8) ปัญหาเกี่ยวกับบิดามารดาของตนเอง หรือพ่อแม่ของสามี/ภรรยา 9) ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนคนอื่น 10) ปัญหาเกี่ยวกับญาติ พี่น้อง 11) ปัญหาด้านสุขภาพ 12) ปัญหาเกี่ยวกับเจ้านายหรือลูกน้อง 13) ความยุ่งยากในการทำงาน 14) ปัญหาด้านข้อจำกัดในการเรียน และ 15) ความสนใจในวิชาเรียน ซึ่งนำไปศึกษาในวัยรุ่นนออสเตรเลีย พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.98 (Maybery, 2003)

สำหรับในประเทศไทย พัทธกษพัล บุญยามาลิก ได้แปลย้อนกลับ (back translation) และพัฒนาโดยตัดบางหัวข้อที่ไม่เกี่ยวข้องและไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในนักเรียนวัยรุ่นไทย ประกอบด้วย 11 หัวข้อมี 42 ข้อคำถาม ซึ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์ด้านลบที่สร้างความยุ่งยากใจในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมาดังกล่าวข้างต้น แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ฉบับภาษาไทย ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นไทย พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.98 (Boonyamalik, 2005) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Thanoi (2009) ได้นำแบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ฉบับภาษาไทยของพัทธกษพัล บุญยามาลิก (Boonyamalik, 2005) มาใช้ในการศึกษาในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อายุ 15-19 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.94 (Thanoi, 2009)

ส่วนที่ 5 ปัญหาทางจิตเวช ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.)- 5.0.0 ฉบับภาษาไทย ของพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2546) จำนวน 16 ชุดวิจัย (Module) สำหรับเครื่องมือ M.I.N.I. เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชทั้งตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันและขององค์การอนามัยโลก ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15-20 นาที ประกอบด้วย คำถามเบื้องต้น และคำถามรายละเอียดเฉพาะอาการในแต่ละการวินิจฉัย โดยการสัมภาษณ์จะเริ่มต้นคำถามในแต่ละชุดวินิจฉัย (Module) ได้แก่ โรคหรือภาวะในกลุ่ม Axis I จำนวน

14 ชุด ภาวะฆ่าตัวตาย 1 ชุด และบุคลิกภาพผิดปกติในกลุ่ม Axis II อีกจำนวน 1 ชุดวินิจฉัย ในทุกชุดวินิจฉัยจะเริ่มต้นด้วยคำถามคัดกรอง 1-2 คำถามก่อน (ยกเว้นภาวะฆ่าตัวตาย และโรคจิตที่ไม่มีคำถามคัดกรอง) หากผู้ป่วยตอบปฏิเสธในคำถามคัดกรองนั้น ผู้สัมภาษณ์ก็จะข้ามไปถามชุดวินิจฉัยถัดไป ถ้าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์จากคำถามคัดกรองก็จะถามเพิ่มเติมรายละเอียดเฉพาะอาการในการวินิจฉัยโรคนั้น การสัมภาษณ์จะดำเนินไปในลักษณะเช่นนี้จนครบทุกชุดวินิจฉัย จนท้ายสุดจะสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยใดบ้าง นอกจากนี้ยังได้ระบุกรอบระยะเวลาอย่างชัดเจน เช่น กำลังป่วยอยู่ (current) หรือเคยป่วยในอดีต (past) หรือเป็นการเจ็บป่วยในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา(lifetime) เป็นต้น

แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช M.I.N.I. มีจำนวน 16 ชุดวิจัย (Module) ดังนี้

Modules A: Major depressive episode และ Major depressive episode with melancholic features (optional)

Modules B: Dysthymia

Modules C: Suicidality

Modules D: Manic episode และ Hypomanic episode

Modules E: Panic disorder

Modules F: Obsessive-compulsive disorder

Modules G: Psychotic disorder

Modules H: Antisocial personality disorder

Modules I: Posttraumatic stress disorder

Modules J: Alcohol dependence และ Alcohol abuse

Modules K: Substance dependence(Non-alcohol)และ Substance abuse (Non-alcohol)

Modules L: Psychotic disorders และ Mood disorder with psychotic features

Modules M: Anorexia nervosa

Modules N: Bulimia nervosa และ Anorexia nervosa, Binge eating/purging type

Modules O: Generalized anxiety disorder

Modules P: Antisocial personality disorder

แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิต M.I.N.I. ได้พัฒนาขึ้นจากบุคลากร 2 กลุ่ม คือกลุ่ม Professor David V. Sheehan จาก University of South Florida College of Medicine และกลุ่ม Dr. Yves Lecrubier จาก Hôpital de la Salpêtrière ประเทศฝรั่งเศส ได้ผ่านการวิเคราะห์

ความแม่นยำ (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) โดยการเปรียบเทียบกับ SCID-P สำหรับ DSM-III-R และ CIDI (แบบสัมภาษณ์ชนิดโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกสำหรับการวินิจฉัยโรคในระบบ ICD-10 โดยผู้สัมภาษณ์ไม่ใช่แพทย์) ผลการศึกษาพบว่า M.I.N.I. มีความแม่นยำและความเชื่อมั่นสูง (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549)

แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช M.I.N.I. ได้รับการแปลและพัฒนาโดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ(2546) จัดทำขึ้นโดยคณะทำงานจากโรงพยาบาลสวนปรุง และจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้รับการสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต และในปี 2548 พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์และ มธุริน คำวงศ์ปิ่น ได้ศึกษาความตรงของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ภาษา และตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์ ในกลุ่มคนทั่วไปและผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 177 คน พบว่า มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ ค่าการคาดหมายที่เป็นบวก ค่าการคาดหมายที่เป็นลบ และประสิทธิภาพของการวินิจฉัยที่ตรงกัน อยู่ในเกณฑ์สูง (>0.75) (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2548)

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือทั้ง 3 ชุด โดยนำไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ที่เข้ารับการอบรมในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) เท่ากับ 0.87 แบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS) เท่ากับ 0.76 และแบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES) เท่ากับ 0.95 สำหรับเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช M.I.N.I. ผู้วิจัยได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือและฝึกปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมารับบริการที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ชั้น 6 และหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ ชั้น 7 ศีกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการใช้เครื่องมือดังกล่าว เป็นผู้ฝึกอบรมและเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมกับผู้วิจัย โดยมีผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการสัมภาษณ์จำนวน 10 คน แล้วจึงนำผลมาตรวจสอบหาความเที่ยงโดยวิธีประเมินร่วมกัน(Inter-rater method) (Polit & Beck, 2008) ได้เท่ากับ 0.97

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินตนเองและการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ ผู้วิจัยขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือชี้แจงและขออนุญาตเก็บข้อมูล ณ แหล่งเก็บข้อมูล ผ่านบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และเสนอต่ออธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ที่ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากอธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ผู้วิจัยขอเข้าพบผู้อำนวยการศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายบ้านกรุณา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดที่แหล่งเก็บข้อมูล คือ ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายบ้านกรุณา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2554

4.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณา เพื่อขอดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเริ่มต้นจากการประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง ตลอดจนแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามิสิทธิและความอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

4.2 ผู้วิจัยเสนอเอกสารชี้แจงแก่วัยรุ่นที่สนใจเข้าร่วมวิจัยได้อ่านคำอธิบายตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant information sheet) และให้เวลาในการตัดสินใจ โดยไม่มีการบังคับแต่ประการใด ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนจะใช้เลขรหัส เช่น 001 002 003 ตามลำดับแทนชื่อ และหมายเลขดังกล่าวจะมีความเชื่อมโยงกับแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมวิจัยบริเวณห้องสมุด หรือภายในห้องนักจิตวิทยา โดยอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายบ้านกรุณา เพื่อความปลอดภัยของนักวิจัย รวมทั้งเพื่อสังเกตอาการของวัยรุ่นขณะตอบแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้การช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน ตามข้อกำหนดในการเก็บข้อมูลในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

6. กลุ่มตัวอย่างทุกรายใช้รหัสประจำตัวแทนชื่อระบุในแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม โดยไม่มีการระบุชื่อและวัน เดือน ปีเกิดใดๆทั้งสิ้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างหย่อนแบบสอบถามลงในกล่องโดยผู้วิจัยไม่มีการเปิดอ่านหรือตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่างๆ พร้อมทั้งตอบข้อซักถาม รวมระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดประมาณ 45-60 นาทีต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญและเคารพในสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ ใช้หลักการเคารพในความเป็นบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตอธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนก่อนการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณา เพื่อขอดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเริ่มต้นจากการประชาสัมพันธ์ เชิญชวนเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง ภายหลังกิจกรรมเคารพธงชาติ ตลอดจนแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า มีสิทธิและความอิสระในการตัดสินใจ จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรับการฝึกอบรม รวมทั้งการรับบริการ หรือการดูแล/ช่วยเหลือต่างๆภายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณา ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน คำนวณโดยใช้ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่มีประวัติการใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

4. ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบันของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดที่เข้าฝึกอบรมในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยแบ่งปัญหาทางจิตเวชเป็น 4 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ กลุ่มอาการซึมเศร้า, กลุ่มอาการวิตกกังวล, ภาวะเมเนีย และความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นชาย อายุระหว่าง 14 -18 ปี มีประวัติใช้สารเสพติดและกระทำผิดซึ่งได้รับการควบคุมความประพฤติในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายบ้านกรุณา จำนวน 110 ราย ข้อมูลลักษณะประชากรวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์เชิงทำนายวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด และแหล่งทักษะภายในตนเองของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบัน (กลุ่มอาการซึมเศร้า, กลุ่มอาการวิตกกังวล, ภาวะเมเนีย และความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม) ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

สำหรับการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 110 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 15-18 ปี อายุเฉลี่ย 16.9 ปี (S.D. = 1.02) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ(ร้อยละ 93.6) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 91.8) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง(ร้อยละ 52.7) มีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเข้ามาอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณาด้วยความผิดคดีเกี่ยวกับสารเสพติดให้โทษ (ร้อยละ 50.9) ส่วนใหญ่เข้ามาอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมฯ บ้านกรุณาเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 93.6) โดยมีอายุเฉลี่ยที่เข้ามารับการฝึกอบรมฯคือ 16 ปี (ค่าต่ำสุด = 10, ค่าสูงสุด = 18, S.D. = 1.29) และอายุเฉลี่ยของการใช้สารเสพติดครั้งแรกคือ 14.25 ปี (ค่าต่ำสุด = 10, ค่าสูงสุด = 17, S.D. = 1.68) ดังแสดงในตาราง 4.1

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=110)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
- 15	16	14.5
- 16	13	11.8
- 17	45	40.9
- 18	36	32.7
(ค่าต่ำสุด = 15, ค่าสูงสุด = 18, ค่าเฉลี่ย = 16.92, S.D. = 1.02)		
ศาสนา		
- พุทธ	103	93.6
- อิสลาม	7	6.4
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	103	93.6
- ภูมิแพ้	2	1.8
- หอบหืด	4	3.6
- ไขมันสูง	1	0.9

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=110) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	3.6
- ประถมศึกษา	39	35.5
- มัธยมศึกษาตอนต้น	58	52.7
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช.)	9	8.2
สาเหตุการเข้ามาในศูนย์ฝึกและอบรมฯบ้านกรุณา		
- ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน	34	30.9
- ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย	8	7.3
- ความผิดเกี่ยวกับเพศ	9	8.2
- ความผิดเกี่ยวกับความสงบสุข เสรีภาพ ชื่อเสียงและการปกครอง	1	0.9
- ความผิดเกี่ยวกับสารเสพติดให้โทษ	56	50.9
- ความผิดเกี่ยวกับอาวุธและวัตถุระเบิด	2	1.8
เข้ามาในศูนย์ฝึกและอบรมฯบ้านกรุณาเป็นครั้งที่		
- 1	103	93.6
- 2	5	4.5
- 3	2	1.8
อายุครั้งแรกที่เข้าในศูนย์ฝึกและอบรมฯบ้านกรุณา(ปี)		
- น้อยกว่า 12 ปี	1	0.9
- 12-15 ปี	38	34.5
- 16-17 ปี	62	56.4
- ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป	9	8.2
(ค่าต่ำสุด = 10, ค่าสูงสุด = 18, ค่าเฉลี่ย = 16.04, S.D. = 1.29)		
อายุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก (ปี)		
- น้อยกว่า 12 ปี	9	8.2
- 12-15 ปี	78	70.8
- 16-17 ปี	23	21.0
(ค่าต่ำสุด = 10, ค่าสูงสุด = 17, ค่าเฉลี่ย = 14.25, S.D. = 1.68)		

สำหรับลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้านครอบครัว พบว่า มากกว่าครึ่งที่บิดามารดาไม่ได้อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 52.7) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 40.9) ซึ่งก่อนจะเข้ามาในศูนย์ฝึกและอบรมฯ บ้านกรุณา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยร่วมกับบิดามารดา (ร้อยละ 58.2) มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด (ร้อยละ 60) และบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิต (ร้อยละ 88.2) ดังแสดงในตาราง 4.2

ตาราง 4.2 จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้านครอบครัว (n=110)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
- อยู่ด้วยกัน	52	47.3
- แยกกันอยู่	35	31.8
- หย่าร้าง	5	4.5
- บิดาเสียชีวิต	10	9.1
- มารดาเสียชีวิต	4	3.6
- ทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต	4	3.6
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท)		
- ต่ำกว่า 5,000	19	17.3
- 5,001 – 10,000	45	40.9
- 10,001 – 15,000	19	17.3
- 15,001 – 20,000	11	10.0
- 20,001 – 30,000	9	8.2
- 30,001 – 50,000	3	2.7
- สูงกว่า 50,000	4	3.6

ตาราง 4.2 จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้านครอบครัว (n=110) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคคลที่อาศัยด้วยกันก่อนเข้าในศูนย์ฝึกและอบรมฯ บ้านกรุณา		
- บิดามารดา	46	41.8
- บิดา หรือ มารดา	13	11.8
- บิดาและครอบครัวใหม่	6	5.5
- มารดาและครอบครัวใหม่	10	9.1
- สามี หรือ ภรรยา	5	4.5
- ญาติ	14	12.7
- เพื่อน	6	5.5
- ปู่ย่า หรือ ตายาย	9	8.2
- อยู่เพียงลำพัง	1	.9
การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว		
- ไม่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด	44	40.0
- บิดา	32	29.1
- มารดา	3	2.7
- ทั้งบิดามารดา	6	5.5
- ญาติ	18	16.4
- ทั้งบิดา มารดา และญาติ	7	6.4
ประวัติการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว		
- ไม่มี	97	88.2
- เครียด	12	10.9
- วิตกกังวล	1	0.9

ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้านประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยใช้สารเสพติด ซึ่งใน 3 เดือนก่อนการเข้าสู่ศูนย์ฝึกและอบรมฯ บ้านกรูณา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งใช้บุหรี่ (ร้อยละ 75.5) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเคยเลิกสารเสพติดแต่ไม่ประสบความสำเร็จ (ร้อยละ 50.9) ซึ่งจะกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้งภายใน 1-4 สัปดาห์ (ร้อยละ 42.9) และกลุ่มตัวอย่างจะเกี่ยวข้องกับสารเสพติดโดยเป็นผู้เสพและผู้จำหน่าย (ร้อยละ 50.9) ดังแสดงในตาราง 4.3

ตาราง 4.3 จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้านประวัติการใช้สารเสพติด (n=110)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ในช่วง 3 เดือนก่อนเข้าสู่ศูนย์ฝึกและอบรมฯบ้านกรูณา(ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)		
- บุหรี่	83	75.5
- สุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	35	31.8
- กัญชา	32	29.1
- ยาบ้า	47	42.7
- กาว/สารระเหย	5	4.5
- อื่นๆ(ยาไอซ์)	4	3.6
การเลิกใช้สารเสพติด (n = 110)		
- ไม่เคย	29	26.4
- เคย และประสบความสำเร็จ	25	22.7
- เคย แต่ไม่ประสบความสำเร็จ	56	50.9
การกลับไปใช้สารเสพติด(กรณีเคยเลิกใช้สารเสพติดแต่ไม่ประสบความสำเร็จ) (n = 56)		
- ภายใน 1-4 สัปดาห์	24	42.9
- ภายใน 1-3 เดือน	21	37.5
- ภายใน 4-6 เดือน	11	19.6
ความเกี่ยวข้องกับสารเสพติด		
- เป็นผู้เสพ	54	49.1
- เป็นทั้งผู้เสพและผู้จำหน่าย	56	50.9

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด และแหล่งทักษะภายในตนเองของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

1) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ

จากการวัดเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินโดยใช้แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES) ของ Maybery (2003) ฉบับภาษาไทย แปลและพัฒนาโดยพิทักษ์พล บุญยมาลิก (Boonyamalik, 2005) ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0-210 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับระดับการรับรู้ความเครียดที่เกิดขึ้นในตลอดชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.62 (Actual range = 8-199, S.D. = 35.44) สำหรับองค์ประกอบด้านต่างๆ ดังแสดงในตาราง 4.4

ตาราง 4.4 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110)

เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	S.D.
1. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจทั้งฉบับ	0-210	8-199	191	64.62	35.44
2. คะแนนเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ แยกรายด้าน					
2.1 ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน	0-25	0-19	19	7.17	4.13
2.2 ปัญหาเกี่ยวกับแฟน	0-25	0-25	25	8.67	6.13
2.3 ปัญหาด้านการเงิน	0-20	0-19	19	5.85	4.96
2.4 ปัญหาด้านวิชาเรียน	0-20	0-20	20	6.75	4.34
2.5 ปัญหาเกี่ยวกับครู/อาจารย์	0-20	0-20	20	4.87	4.68
2.6 ปัญหาเกี่ยวกับค่านิยมของตนเอง	0-20	0-20	20	5.55	5.56
2.7 ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนนักเรียนอื่น	0-20	0-19	19	7.04	4.64
2.8 ปัญหาเกี่ยวกับญาติพี่น้อง	0-20	0-19	19	5.58	4.52
2.9 ปัญหาด้านสุขภาพ	0-20	0-20	20	4.71	4.27
2.10 ปัญหาด้านข้อจำกัดในการเรียน	0-15	0-15	15	5.09	3.34
2.11 ปัญหาด้านความสนใจในวิชาเรียน	0-10	0-10	10	3.34	2.55

2) การครุ่นคิด

จากการวัดการครุ่นคิด ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen-Hoeksema & Morrow (1991) ฉบับภาษาไทยแปลโดย วาริรัตน์ ถาน้อย (Thanoi, 2009) ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 22-88 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.72 (Actual range = 26-74, S.D. = 9.35) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยด้านความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (depression related) เท่ากับ 23.61 (Actual range = 14-41, S.D. = 5.21) ค่าเฉลี่ยด้านความโศกเศร้า (brooding) เท่ากับ 10.77 (Actual range = 5-19, S.D. = 2.87) และค่าเฉลี่ยด้านการตอบสนองต่อสถานการณ์ (reflection) เท่ากับ 9.34 (Actual range = 5-20, S.D. = 2.55) ดังแสดงในตาราง 4.5

ตาราง 4.5 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110)

การตอบสนองทางความคิดต่อ สถานการณ์	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้	คะแนน ต่ำสุด-สูงสุด	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	S.D.
1. การตอบสนองทางความคิดต่อ สถานการณ์ ทั้งฉบับ	22-88	26-74	48	43.72	9.35
2. การตอบสนองทางความคิดต่อ สถานการณ์ แยกรายด้าน					
2.1 ด้านความเกี่ยวข้องกับภาวะ ซึมเศร้า (depression related)	12-48	14-41	27	23.61	5.21
2.2 ด้านความโศกเศร้า(brooding)	5-20	5-19	14	10.77	2.87
2.3 ด้านความการตอบสนองต่อ สถานการณ์ (reflection)	5-20	5-20	15	9.34	2.55

3) แหล่งทักษะภายในตนเอง

จากการวัดแหล่งทักษะภายในตนเอง โดยใช้แบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS) ของ Rosenbaum (1980) ฉบับภาษาไทยแปลโดย รุ่งนภา พาณิชย์รัตน์ (Panitrat, 2001) ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 36-216 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 140.2 (Actual range = 91-172, S.D. = 14.84) เมื่อวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยด้านทักษะในการควบคุมตนเองเท่ากับ 50.1 (Actual range = 19-69, S.D. = 8.18) ค่าเฉลี่ยด้านกลวิธีในการแก้ไขปัญหาเท่ากับ 43.82 (Actual range = 14-62, S.D. = 8.11) ค่าเฉลี่ยด้านการเลื่อนความพึงพอใจเท่ากับ 15.45 (Actual range = 2-22, S.D. = 2.34) และค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 30.84 (Actual range = 19-41, S.D. = 4.18) ดังแสดงในตาราง 4.6

ตาราง 4.6 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการควบคุมตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110)

การควบคุมตนเอง	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้	คะแนน ต่ำสุด-สูงสุด	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	S.D.
1. การควบคุมตนเองทั้งฉบับ	36-216	91-172	81	140.2	14.84
2. การควบคุมตนเองแยกรายด้าน					
2.1 ทักษะในการควบคุมตนเอง (Self-control skill)	12-72	19-69	50	50.10	8.17
2.2 กลวิธีในการแก้ไขปัญหา (Problem-solving strategies)	11-66	14-62	48	43.82	8.10
2.3 การเลื่อนความพึงพอใจ (Delay Immediate Gratification)	4-24	2-22	14	15.45	2.34
2.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy)	9-54	19-41	22	30.84	4.18

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

จากการประเมินปัญหาทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช M.I.N.I. ฉบับภาษาไทย ของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2546) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 80 ดังแสดงในตาราง 4.7

ตาราง 4.7 จำนวน ร้อยละ ของปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน (n = 110)

ปัญหาทางจิตเวช	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ไม่มีปัญหาทางจิตเวช	22	20.0
- มีปัญหาทางจิตเวช	88	80.0
รวม	110	100.0

เมื่อพิจารณาปัญหาทางจิตเวชที่พบในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง สามารถจัดอาการ และกลุ่มอาการที่สำคัญ 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้า เรือร้ง และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2) กลุ่มอาการวิตกกังวล ประกอบด้วย โรคตื่นตระหนก โรคกลัวที่ชุมชน โรคกลัวการเข้าสังคม โรคย้ำคิดย้ำทำ ความผิดปกติที่เกิดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ และโรควิตกกังวลทั่วไป (3) ภาวะเมเนีย (4) ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีภาวะเมเนีย คิดเป็นร้อยละ 53.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือ ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม คิดเป็นร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มอาการซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 36.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และกลุ่มอาการวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 25.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ดังแสดงในตาราง 4.8

ตาราง 4.8 จำนวน ร้อยละของปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบันจำแนกตามกลุ่มอาการ (n = 110)

ปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบัน	มี		ไม่มี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. กลุ่มอาการซึมเศร้า (ภาวะซึมเศร้า, อารมณ์เศร้า เรื้อรัง และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย)	40	36.4	70	63.6
2. กลุ่มอาการวิตกกังวล (โรคตื่นตระหนก, โรคกลัวที่ ชุมชน, โรคกลัวการเข้าสังคม, โรคย้ำคิดย้ำทำ, ความ ผิดปกติที่เกิดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ และโรควิตก กังวลทั่วไป)	28	25.5	82	74.5
3. ภาวะเมเนีย	59	53.6	51	46.4
4. ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม	44	40	66	60

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบัน (กลุ่มอาการซึมเศร้า, กลุ่มอาการวิตกกังวล, ภาวะเมเนีย และความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม) ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบัน (กลุ่มอาการซึมเศร้า, กลุ่มอาการวิตกกังวล, ภาวะเมเนีย และความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม) ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่ม (Binary Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (Enter method) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สมมติฐาน: 1) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายกลุ่มอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการซึมเศร้า ของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การครุ่นคิด (OR=1.07; 95% CI: 1.01-1.13; $p = 0.02$) โดยการครุ่นคิดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนโดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 9 (Nagelkerke $R^2 = 0.09$) สำหรับปัจจัยด้านแหล่งทักษะภายในตนเอง และเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบไม่พบความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ดังแสดงในตาราง 4.9

ตาราง 4.9 การทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการซึมเศร้า (n=110)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% CI	
							Lower	Upper
การครุ่นคิด	.07	.03	5.61	1	.02*	1.07	1.01	1.13
แหล่งทักษะภายในตนเอง	-.01	.01	.60	1	.44	.99	.96	1.02
เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	-.01	.01	.54	1	.46	.99	.98	1.01
ค่าคงที่	-1.6	2.24	.55	1	.46	.19		
สัมประสิทธิ์การทำนาย (Nagelkerke R^2) = 0.09								

$p < 0.05^*$

สมมติฐาน: 2) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายกลุ่มอาการวิตกกังวลของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการวิตกกังวลของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การครุ่นคิด (OR=1.09; 95% CI: 1.03-1.17; $p = 0.01$) โดยการครุ่นคิดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการวิตกกังวลของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนโดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 22 (Nagelkerke $R^2 = 0.22$) สำหรับปัจจัยด้านแหล่งทักษะภายในตนเอง และเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบไม่พบความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการวิตกกังวลของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ดังแสดงในตาราง 4.10

ตาราง 4.10 การทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการวิตกกังวล (n=110)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% CI	
							Lower	Upper
การครุ่นคิด	.09	.03	7.89	1	.01*	1.09	1.03	1.17
แหล่งทักษะภายในตนเอง	-.02	.02	1.28	1	.26	.98	.95	1.01
เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	.00	.01	.24	1	.62	1.00	.99	1.02
ค่าคงที่	-2.81	2.57	1.20	1	.27	.06		
สัมประสิทธิ์การทำนาย (Nagelkerke R ²) = 0.22								

p < 0.05*

สมมติฐาน: 3) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายภาวะเครียดของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับภาวะเครียดของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 4.11

ตาราง 4.11 การทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเครียด (n=110)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% CI	
							Lower	Upper
การครุ่นคิด	.03	.03	1.17	1	.28	1.03	.98	1.08
แหล่งทักษะภายในตนเอง	-.01	.01	.87	1	.35	.99	.96	1.01
เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	.01	.01	1.87	1	.17	1.01	.99	1.02
ค่าคงที่	.13	2.15	.00	1	.95	1.13		
สัมประสิทธิ์การทำนาย (Nagelkerke R ²) = 0.09								

p < 0.05*

สมมติฐาน: 4) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ แหล่งทักษะภายในตนเอง ($OR = .94$; 95% CI: .91- .97; $p = 0.00$) โดยแหล่งทักษะภายในตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 23 (Nagelkerke $R^2 = 0.23$) สำหรับปัจจัยการครุ่นคิด และเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบไม่พบความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ดังแสดงในตาราง 4.12

ตาราง 4.12 การทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ($n=110$)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% CI	
							Lower	Upper
การครุ่นคิด	.00	.03	.01	1	.91	1.00	.95	1.06
แหล่งทักษะภายในตนเอง	-.06	.02	12.59	1	.00*	.94	.91	.97
เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	.01	.01	1.96	1	.16	1.01	.99	1.03
ค่าคงที่	7.46	2.66	7.85	1	.00	1.74		
สัมประสิทธิ์การทำนาย (Nagelkerke R^2) = 0.23								

$p < 0.05^*$

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบันของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น อายุ 14-18 ปี ที่มีประวัติใช้สารเสพติดซึ่งได้รับการควบคุมความประพฤติในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายบ้านกรุณา จำนวน 110 ราย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 16.9 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 17 ปี (ร้อยละ 40.9) มีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 52.7) สอดคล้องกับการศึกษาของมานพ คณะโต และคณะ (2547) และรายงานสถิติประจำปี พ.ศ. 2551 ของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน รายงานว่าคดีส่วนใหญ่เป็นคดีที่ผู้กระทำความผิดมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 39.28) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ 16-17 ปี เป็นระยะวัยรุ่นตอนกลางซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นแท้จริง ซึ่งมีพฤติกรรมก้ำกึ่งระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และอารมณ์ โดยเฉพาะด้านร่างกายที่สามารถเห็นได้ค่อนข้างชัดเจนว่าเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ขณะเดียวกันในด้านอารมณ์ยังอยู่ในช่วงการพัฒนา วัยรุ่นช่วงนี้จึงมีอารมณ์แปรปรวนและสับสน หรือเรียกว่าช่วง “พายุบูแคม” (Storm And Stress) จึงอาจเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) หรือการกระทำความผิดอื่นๆได้

สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านครอบครัว พบว่า มากกว่าครึ่งที่มีสถานภาพสมรสของบิดามารดาไม่ได้อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 52.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยร่วมกับบิดามารดา (ร้อยละ 58.2) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 40.9) จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่

มาจากครอบครัวเดี่ยว บิดามารดาไม่ได้อยู่ด้วยกัน มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างต่ำ รวมทั้งมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด (ร้อยละ 60) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุวรรณิ พุทศรี และคณะ (2547) ที่พบว่า เด็กและวัยรุ่นในสถานพินิจกรุงเทพมหานคร มีพ่อและหรือแม่และญาติใช้สารเสพติดค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการรายงานเกี่ยวกับวัยรุ่นขององค์การสหประชาชาติที่ว่า ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เด็กมีพฤติกรรมกระแะและกระทำผิดกฎหมาย ได้แก่ เศรษฐกิจและสังคมต่ำ การพัฒนาของสังคมเมืองใหญ่ สถานการณ์ภายในครอบครัวที่มีความรุนแรง ขาดการเอาใจใส่จากพ่อแม่ (United Nations, 2003) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งเสริมให้เกิดการกระทำความผิดได้

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นกลุ่มเคยใช้สารเสพติดทั้งหมด เมื่อพิจารณาฐานคิดก็พบว่า ส่วนใหญ่ถูกจับด้วยฐานความผิดเกี่ยวกับสารเสพติดให้โทษ (ร้อยละ 50.9) นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า วัยรุ่นที่มีประวัติการใช้สารเสพติดจะมีความเกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดในฐานคดีอื่นๆ ด้วย ทั้งความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ (ร้อยละ 30.9) ความผิดเกี่ยวกับเพศ (ร้อยละ 8.2) หรือความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย (ร้อยละ 7.3) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการใช้สารเสพติดอาจจะชักนำไปสู่การกระทำผิดอื่นด้วย เนื่องจากสารเสพติดจะออกฤทธิ์กับสมองส่วนนอกที่ใช้ในการคิด การให้เหตุผลและการตัดสินใจ ทำให้เกิดการสูญเสียพฤติกรรมปกติที่จะใช้เหตุผลในการกระทำ ผู้ติดยาเสพติดจึงใช้ชีวิตทั้งชีวิตเพื่อหาขายยาเสพติด ขอมทำทุกอย่าง ขอมเสียเงิน ขอพ่อแม่ จนถึงฉกชิง ขโมย ปล้น หรือทำงานทุกอย่างรวมทั้งขายยาเสพติดเพื่อให้ได้เงินมาซื้อยาเสพติด พฤติกรรมเช่นนี้ถือว่าเป็นโรคสมองติดยา (วิโรจน์ วีระชัย, 2548) ซึ่งสาเหตุทางชีววิทยาเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดพฤติกรรม หรือการกระทำที่ผิดกฎหมายในวัยรุ่นและถูกจับกุมเข้าสู่สถานพินิจในที่สุด

ส่วนที่ 2 เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด และแหล่งทักษะภายในตนเองของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

2.1 เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ (Negative life events) ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ประเมินโดยใช้แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES) ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-210 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับระดับความรู้สึกยุ่งยากใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในตลอดชีวิตเท่ากับ 64.62 (actual range = 8-199, S.D. = 35.4) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าคะแนนครึ่งหนึ่งของคะแนนรวมที่ 105 คะแนน ซึ่งเมื่อใช้เกณฑ์นี้สะท้อนได้ว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสร้างความยุ่งยากใจใน

ระดับต่ำ แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้รับรู้ถึงความยุ่งยากใจที่สูงที่สุดคือ ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน (mean = 1.79, range = 0-5, S.D. = 1.03)

ผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งใช้แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจฉบับเดียวกัน ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ กล่าวคือ กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษารับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสร้างความยุ่งยากใจในระดับต่ำ ทั้งจากการศึกษาของ พิทักษ์พล บุญยมาลิก พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.9 (actual range = 0-160, S.D. = 28.4) (Boonyamalik, 2005) การศึกษาของนพพร ว่องสิริมาศ และคณะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.46 (actual range = 0-176, S.D. = 27.57) (Vongsirimas et al., 2008) และจากการศึกษาของวาริรัตน์ ถาน้อย ซึ่งศึกษาในกลุ่มนักเรียนเช่นเดียวกันพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.27 (actual range = 5-185, S.D. = 30.31) (Thanoi, 2009) อย่างไรก็ตามระดับความรู้สึกยุ่งยากใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในตลอดชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สูงกว่าในกลุ่มวัยรุ่นนักเรียนในระบบการศึกษา อาจเนื่องมาจากประการแรก กลุ่มตัวอย่างนี้ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา ใช้ชีวิตเป็นอิสระ เป็นผู้ใหญ่มาก่อนวัย รวมทั้งไม่ได้อาศัยร่วมกับพ่อแม่ หรือมีพ่อแม่แยกทางกัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีความยุ่งยากใจ ประการที่สอง การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีการปรับเปลี่ยน ขยายช่วงเวลาจากเหตุการณ์ด้านลบที่สร้างความยุ่งยากใจในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา จากฉบับภาษาไทยของ พิทักษ์พล บุญยมาลิก (Boonyamalik, 2005) เป็นเหตุการณ์ด้านลบที่สร้างความยุ่งยากใจในช่วงชีวิตที่ผ่านมา เพื่อความเหมาะสมกับบริบทในสถานพินิจมากยิ่งขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีเหตุการณ์ที่ถูกระบุในแบบสอบถามทั้ง 11 ด้าน แต่อย่างไรก็ตามวัยรุ่นกลุ่มนี้กลับรับรู้เหตุการณ์นั้นๆ ไม่สร้างความยุ่งยากใจ หรือสร้างความยุ่งยากใจเพียงเล็กน้อย ประการที่สาม การสอบถามถึงความรู้สึกย้อนหลังเมื่อเกิดเหตุการณ์นั้น ความรู้สึกทุกข์ใจหรือยุ่งยากใจต่อเหตุการณ์นั้นอาจจะถูกลดทอนหรือบรรเทาตามวันเวลาที่ผ่านไป

เมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่า วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในศึกษาค้นคว้าครั้งนี้รับรู้ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด แตกต่างจากการศึกษาของนพพร ว่องสิริมาศ และคณะ (Vongsirimas et al., 2008) และของวาริรัตน์ ถาน้อย (Thanoi, 2009) ซึ่งศึกษาเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจสูงสุดด้านวิชาเรียน (range = 0-5, mean = 2.6, S.D. = 1.2; range = 0-5, mean = 2.73, S.D. = 1.3 ตามลำดับ) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีการเตรียมเพื่อสอบเข้ามหาวิทยาลัย และอยู่ในพื้นที่ที่มีการแข่งขันด้านการศึกษาสูง ทำให้ปัญหาด้านการเรียนจึงเป็นสถานการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ค่อนข้างชัดเจน แต่สำหรับวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด

ติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนนั้นมีสิ่งแวดล้อมและบริบทที่ต่างกัน วัยรุ่นประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาสูงสุดเพียงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 52.7) แต่อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 16.9 ปี ซึ่งควรเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างห่างจากระบบการศึกษามานานระดับหนึ่ง จึงอาจใช้เวลาส่วนใหญ่กับกิจกรรมอย่างอื่นเพื่อให้ได้รับการยอมรับ เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและเอกลักษณ์หรือภาพพจน์ต่อตนเองตามพัฒนาการของช่วงวัยรุ่น โดยเฉพาะกับกลุ่มเพื่อน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549; วิมลวรรณ ปัญญาว่อง กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และกอบหทัย คุณารักษ์, 2551) การมีปัญหาในกลุ่มเพื่อนจึงทำให้วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการศึกษาครั้งนี้รับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากใจสูงสุด

2.2 การครุ่นคิด (Rumination) ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

การครุ่นคิด ประเมินโดยใช้แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 22-88 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.72 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคะแนนครั้งที่ 55 คะแนน เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่ามีระดับต่ำในทุกด้าน ทั้งด้านความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 1.97 (range = 1.67-3.42, S.D. = 0.43) ด้านความโศกเศร้า เท่ากับ 2.15 (range = 1-3.8, S.D. = 0.57) และด้านการตอบสนองต่อสถานการณ์ เท่ากับ 1.87 (range = 1-4, S.D. = 0.51) แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการศึกษาครั้งนี้มีระดับการครุ่นคิดในระดับต่ำ

การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาของวาริรัตน์ ถาน้อย ซึ่งใช้แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์เช่นเดียวกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.99 (Thanoi, 2009) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่ามีระดับต่ำในทุกด้าน จะเห็นได้ว่าในกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียน มีระดับการครุ่นคิดในระดับต่ำเช่นเดียวกัน

การที่วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจะมีลักษณะการคิดที่ไม่หมกมุ่น ครุ่นคิดอยู่กับอารมณ์ถึงเครียดหรือทุกข์ใจเป็นเวลานาน สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วง พายุบุแคม ซึ่งทำให้มีอารมณ์แปรปรวน เปลี่ยนแปลงง่าย มีความรู้สึกไม่แน่นอน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ระบุว่าเพศที่ต่างกันจะมีระดับการครุ่นคิดที่ต่างกัน โดยวัยรุ่นเพศชายจะมีการครุ่นคิดต่ำกว่าวัยรุ่นเพศหญิง ซึ่งในการศึกษาของ Hankin (2008) พบว่าระดับการครุ่นคิดของวัยรุ่นอายุ 11-17 ปี เพศหญิงและเพศชายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(348) = 4.03, p < 0.001$) โดยพบว่าระดับการครุ่นคิดในวัยรุ่นเพศชาย (mean = 12.84, range = 0-39,

S.D.=0.28) ต่ำกว่าวัยรุ่นเพศหญิง(mean= 14.40, range = 0-39, S.D.=0.26) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้เป็นกลุ่มวัยรุ่นเพศชายทั้งหมดจึงอาจจะทำให้ระดับการครุ่นคิดอยู่ในระดับต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

2.3 แหล่งทักษะภายในตนเอง(Learned Resourcefulness) ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

แหล่งทักษะภายในตนเอง ประเมินโดยใช้แบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS) ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 36-216 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 140.2 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าค่าคะแนนครั้งที่ 126 คะแนน แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการศึกษานี้มีแหล่งทักษะภายในตนเองระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการควบคุมตนเอง(mean = 50.1, actual range = 19-69, S.D. = 8.18) กลวิธีในการแก้ไขปัญหา(mean = 43.82, actual range = 14-62, S.D. = 8.11) การเลื่อนความพึงพอใจ (mean = 15.45, actual range = 2-22, S.D. = 2.34) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง(mean = 30.84, actual range = 19-41, S.D. = 4.18) ในระดับปานกลาง

แหล่งทักษะภายในตนเองจากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในประเทศไทยจากการศึกษาของประภา ยุทธไตร (Yuttatri, 2001) กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่เข้าการบำบัดสารเสพติดในสถาบันราชกุมารเวช ในการวัดครั้งแรกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 144.4 (S.D.= 18.4) และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 142.3 (S.D.= 14.7) เช่นเดียวกับการศึกษาของรุ่งนภา พาณิชย์รัตน์ (Panitrat, 2001) ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้และไม่ใช้แอมเฟตามีน พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม(คะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0-180 คะแนน)โดยกลุ่มไม่ใช้แอมเฟตามีนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 104.4 (actual range = 54-163, S.D. = 14.5) และกลุ่มใช้แอมเฟตามีนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 99.1 (actual range = 61-130, S.D. = 12.4) จะเห็นได้ว่าในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการศึกษานี้ มีแหล่งทักษะภายในตนเองระดับปานกลางใกล้เคียงกับวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดกลุ่มอื่นๆ

เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเลื่อนความพึงพอใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยที่สุดซึ่งอธิบายได้ว่า ทักษะการเลื่อนความพึงพอใจ หรือการอดทนรอคอยของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการศึกษานี้ยังไม่ดีนัก เนื่องจากลักษณะอารมณ์ของช่วงวัยรุ่น ที่หุนหันพลันแล่น มักควบคุมอารมณ์ตนเองได้น้อย ขาดการยับยั้งชั่งใจ การควบคุมตนเองในบางสถานการณ์จึงทำได้

ยาก สำหรับด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนนั้น เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มนี้ถูกมองว่าเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ดี ถูกตีตราและไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้เด็กและเยาวชนกลุ่มนี้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการ(คันสนีย์ กิจแก้ว, 2550) และส่งผลให้ระดับการรับรู้ในความสามารถของตนเองต่ำ

ส่วนที่ 3 ปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีปัญหาทางจิตเวช เมื่อพิจารณา ปัญหาทางจิตเวชที่พบในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง สามารถจัดอาการและกลุ่มอาการที่สำคัญ 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มอาการซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 36.4 ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าเรื้อรัง และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2) กลุ่มอาการวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 25.5 ประกอบด้วย โรคตื่นตระหนก โรคกลัวที่ชุมชน โรคกลัวการเข้าสังคม โรคย้ำคิดย้ำทำ ความผิดปกติที่เกิดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ และโรควิตกกังวลทั่วไป (3) ภาวะเมเนีย คิดเป็นร้อยละ 53.6 และ(4) ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม คิดเป็นร้อยละ 50

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งศึกษาวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาก็ยังคงสอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศที่พบว่าวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 15-18 ปี มีปัญหาทางจิตเวช ประมาณร้อยละ 50-90 ของวัยรุ่น ผู้กระทำความผิดในสถานพินิจ(Stathis, Letters, Doolan, Fleming, Heath, et al., 2008; Bickel & Campbell, 2002) ในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน โดยพบโรคทางจิตเวชถึงร้อยละ 96 (สุวรรณี พุทธิศรี และศศิธร ยิ่งสำหรี, 2547) หากพิจารณาตามแต่ละปัญหาทางจิตเวชพบความชุกของโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้นจะอยู่ระหว่างร้อยละ 2-90 (Teplin, Abram, McClelland, Dulcan, & Mericle, 2002)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้สามารถพบปัญหาทางจิตเวชได้หลายกลุ่มอาการ สอดคล้องกับ จันทนา วงษ์ศิริ (2548) กล่าวว่า ความผิดปกติทางจิตหลายอย่างสัมพันธ์กับความผิดปกติการเสพติดในวัยรุ่น ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีความผิดปกติการเสพติด พบอัตราความผิดปกติทางความประพฤติมีตั้งแต่ร้อยละ 50 ถึง 80 ความผิดปกติด้านอารมณ์โดยเฉพาะการซึมเศร้ามักนำไปสู่ความผิดปกติการเสพติดในวัยรุ่นโดยความชุกของความผิดปกติการซึมเศร้ามีตั้งแต่ร้อยละ 24 ถึงมากกว่าร้อยละ 50 และความผิดปกติด้านกังวลตั้งแต่ร้อยละ 7 จนถึงมากกว่าร้อยละ 40 แสดงให้เห็นว่าการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นนั้นมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตด้วย

การใช้สารเสพติดและความผิดปกติทางจิตนั้นอาจมีความเกี่ยวข้องกัน หรืออาจจะส่งผลต่อกันและกัน กล่าวคือ การใช้สารเสพติดส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิต และในทางกลับกันความผิดปกติทางจิตก็ส่งผลให้เกิดการใช้สารเสพติดซึ่งวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดอาจจะเพื่อที่จะลดความทุกข์ใจ ลดความกังวล หรือเพิ่มความมั่นใจ รู้สึกเหมือนเพิ่มพลัง (วิโรจน์ วีรชัย, 2548) ดังนั้นทำให้ความชุกของปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการศึกษาครั้งนี้พบในอัตราสูง

ส่วนที่ 4 อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐาน: 1) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายกลุ่มอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการซึมเศร้า ของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การครุ่นคิด ($OR=1.07$; 95% CI: 1.01-1.13; $p = 0.02$) โดยการครุ่นคิดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 9 (Nagelkerke $R^2 = 0.09$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยสำหรับปัจจัยด้านแหล่งทักษะภายในตนเอง และเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

จากการศึกษาปัจจัยด้านการครุ่นคิดที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักจะศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นในสถานบริการด้านสุขภาพหรือในสถานศึกษา และยังไม่พบการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในกลุ่มวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติดและอยู่ในบริบทเฉพาะเช่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่าปัจจัยด้านการครุ่นคิดมีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้า (Geiger & Kwon, 2010; Lo et al., 2008) อาทิ จากการศึกษาของ Kuyken และคณะ (2006) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การครุ่นคิดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นอายุ 14-18 ปี จำนวน 326 คนพบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีระดับของการครุ่นคิดสูงกว่าวัยรุ่นในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($F = 249.92$ (2, 270), $p < 0.001$) และพบว่า การครุ่นคิดมีผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้า ($\beta = 0.54$, $p < 0.05$) โดยการครุ่นคิดเป็นรูปแบบของการตอบสนองต่อภาวะตึงเครียด เกี่ยวข้องกับการคิดซ้ำๆ วกไปวนมา โดยหมกมุ่นอยู่กับภาวะเครียดนั้นๆ แม้ว่าเหตุการณ์รอบตัวจะปรับเปลี่ยนไปแล้วก็ตาม ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลขาดสมาธิ ขัดขวางการคิดแก้ไขปัญหา และทำให้การเผชิญปัญหา

ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งNolen-Hoeksema (1991) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเนื่องจากอิทธิพลของการครุ่นคิด ทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงและระยะเวลานานขึ้น

สำหรับปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบที่ไม่สามารถทำนายกลุ่มอาการซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์หรือเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า (จินตนา ลีจงเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา และ ธรณินทร์ กองสุข, 2549; Thanoi, 2009) ทั้งนี้เนื่องจาก ประการแรก เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ระบุว่า เหตุการณ์ไม่เกิดขึ้น และเหตุการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่มีความยุ่งยากใจ (ร้อยละ34-76) ซึ่งทำให้คะแนนอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้คะแนนโดยรวมต่ำ ประการที่สอง ภาวะซึมเศร้า นั้นเป็นภาวะที่เกิดจากหลายปัจจัย มีงานวิจัยรายงานความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในชีวิตและการเริ่มอาการซึมเศร้า โดยตั้งข้อสังเกตว่าบางคนเคยมีประสบการณ์กับความเครียดที่รุนแรงแต่ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า(Monroe & Simon, 1991) นั้นแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากเกี่ยวข้องกับการรับรู้เหตุการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นแล้ว อาจจะมีการเกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณค่าของตนเอง ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้น รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบข้างของบุคคลที่พบกับสถานการณ์นั้นๆด้วย (Vongsirimas, 2008) ประการที่สามในการศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกวิธีการแบบขั้นตอนเดียว (Enter method) มีคุณลักษณะคือ ศึกษาอิทธิพลของตัวแปรนั้น เมื่อตัวแปรอื่นๆถูกทำให้คงที่ ดังนั้น การวิเคราะห์ทางสถิติเช่นนี้ อาจทำให้อิทธิพลของตัวแปรไม่ปรากฏชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยต่างๆอาจส่งผลต่อกันแบบตัวแปรอิสระ(Moderator) และหรือแบบตัวแปรแทรก (Mediator) จึงทำให้เกิดผลต่อตัวแปรเมื่อมาอยู่รวมกัน จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบและกลุ่มอาการซึมเศร้าจากในศึกษาครั้งนี้

แหล่งทักษะภายในตนเอง ไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาส่วนหนึ่งที่ระบุว่า แหล่งทักษะภายในตนเองจะมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตเวช โดยสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ จะเห็นได้จากการศึกษาของ Chiung-Yu Huang, Sousa, Shu-Yin Tu และ Mei-Yi Hwang (2005) พบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า ($r = -0.35, p < 0.01$) และพบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = -0.30, p < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chiung-Yu Huang และ Su-Er-Guo (2009) ที่พบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าสูงสุด ($\beta = -0.30, p = 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองเป็นตัวกลางระหว่างปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนและอาการซึมเศร้า กล่าวคือ วัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนที่ไม่ดีร่วมกับมีแหล่งทักษะภายในตนเองระดับต่ำนั้น จะมี

แนวโน้มต่อการเกิดอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จากงานวิจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการซึมเศร้า

สมมติฐาน: 2) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายกลุ่มอาการวิตกกังวลของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการวิตกกังวลของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การครุ่นคิด ($OR=1.09$; 95% CI: 1.03-1.17; $p = 0.005$) โดยการครุ่นคิดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการวิตกกังวลของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนโดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 22 (Nagelkerke $R^2 = 0.22$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย สำหรับปัจจัยด้านแหล่งทักษะภายในตนเอง และเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการวิตกกังวลของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

มีรายงานวิจัยสนับสนุนถึงการครุ่นคิดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล (Blagden & Craske, 1996; Moulds, Kandris, Starr, & Wong, 2007; Nolen-Hoeksema, 2000; Robinson & Alloy, 2003) อาทิเช่น การศึกษาของ Moulds และคณะ (2007) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการครุ่นคิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 104 คน พบว่า การครุ่นคิด และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r=0.51$ และ 0.52 ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่ากลุ่มอาการวิตกกังวลเป็นกลุ่มที่มีการแสดงออกภายใน (internalizing) เช่นเดียวกับกลุ่มอาการซึมเศร้า ซึ่งอาการวิตกกังวลจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีความเครียดเข้ามาระทบเกิดความรู้สึกสับสน เครียด กังวล หรือไม่มีความสุข รวมทั้งในบุคคลที่มีการครุ่นคิดก็จะคิดวกวน ซ้ำซากกับสิ่งที่มากระทบ อาจจะต่อเนื่องและทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลรุนแรงยิ่งขึ้น

เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการวิตกกังวลของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ขัดแย้งกับรายงานที่กล่าวว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการวิตกกังวล โดยเฉพาะโรควิตกกังวลที่เกิดภายหลังจากที่เผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรง เช่น ถูกทำร้ายร่างกาย อุบัติเหตุ ร้ายแรง ภัยธรรมชาติ เป็นต้น โรคกลัวการเข้าสังคม โรคแพนิค หรือในโรควิตกกังวลทั่วไป ที่พบว่ามีสาเหตุมาจากความผิดปกติในแง่ของการรับรู้และแปลผลต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในเชิงลบ และที่สำคัญคือยังมีการประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของตัวเองต่ำเกินจริง จึงทำให้เกิดความรู้สึกกลัว

และกังวล (รัตนา สายพานิชย์ และสุวรรณณี พุทธิศรี, 2552) อย่างไรก็ตามจำนวนครั้ง และความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็อาจจะมีส่วนทำให้การรับรู้ของวัยรุ่นกลุ่มนี้มีความยุ่งยากในระดับต่ำ โดย Gothelf, Aharonovsky, Horesh, Carty และ Apter (2004) ตั้งข้อสังเกตว่า จำนวนครั้ง ระดับความรุนแรง และลักษณะสถานการณ์ที่เฉพาะนั้น อาจมีความเกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวลในวัยรุ่น รวมทั้งอาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะบุคลิกภาพของวัยรุ่นแต่ละคนที่จะใช้วิธีเผชิญปัญหาด้วย ดังนั้นลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ อาจจะไม่รุนแรงจึงส่งผลให้การรับรู้เหตุการณ์ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการวิตกกังวล

สำหรับปัจจัยด้านแหล่งทักษะภายในตนเองซึ่งไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการวิตกกังวล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทักษะภายในตนเอง กับกลุ่มอาการวิตกกังวลในกลุ่มวัยรุ่น อย่างไรก็ตามจากแนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเองของ Rosenbaum (1989) กล่าวว่า แหล่งทักษะภายในตนเองจะมีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเอง โดยผ่านแหล่งทักษะภายในตนเองซึ่งเป็นชุดของทักษะที่มีความสำคัญ ในการควบคุมการตอบสนองทางอารมณ์และความคิดระหว่างสถานการณ์ความเครียดนั้น โดยใช้ทักษะในการแก้ปัญหา (problem-solving skills) ทักษะการเลื่อนความพึงพอใจ (delaying immediate gratification) จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองสูง จะมีความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด และมีความสามารถในการปรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามที่ Bertrams, Englert และ Dickhäuser (2010) กล่าวว่า หากบุคคลมีทักษะในการควบคุมตนเองน้อย อาจส่งผลต่อการควบคุมความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลได้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนมีคะแนนรวมทั้งฉบับบ่งชี้ว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับปานกลาง ไม่ต่ำหรือสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไปอย่างชัดเจน นั้นแสดงถึงมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้พอสมควร เมื่อใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกวิธีการแบบขั้นตอนเดียว (Enter method) ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างแหล่งทักษะภายในตนเองกับกลุ่มอาการวิตกกังวล

สมมติฐาน: 3) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายภาวะเมเนียบของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับภาวะเมเนียบของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ถึงแม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้จะพบภาวะเมเนียบมีจำนวนมาก แต่ปัจจัยเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด และแหล่งทักษะภายในตนเอง กลับไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตเวชกลุ่มนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับภาวะเมเนียบในกลุ่มวัยรุ่น อย่างไรก็ตามสามารถอธิบายได้ดังนี้

ประการแรกเนื่องจากภาวะเมเนียบนั้นพบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น โดยมักแสดงอารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย และอารมณ์แปรปรวนง่ายมากกว่าความรู้สึกรื่นเริงสนุกสนาน (McCure, Kubiszyn, & Kaslow, 2002; สมภพ เรื่องตระกูล, 2551) โดยวัยรุ่นที่มีอาการเมเนียบมักจะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงอันตราย เช่น ขับรถอย่างประมาท ดื่มสารเสพติด มีพฤติกรรมเกเร ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นสาเหตุในการกระทำผิดกฎหมาย และเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม (United Nations, 2003) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าภาวะเมเนียบในกลุ่มวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มักจะถูกกล่าวถึงในกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า พุทธิกรรมก้าวร้าว/เกเร หรือการใช้สารเสพติดที่ผิดปกติมากกว่าที่จะกล่าวถึงเพียงภาวะเดียว (Biederman et al., 2000; Ryan & Redding, 2004) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีประวัติการใช้สารเสพติดทั้งหมด และใช้สารอย่างต่อเนื่องแม้ในช่วงก่อนเข้าสู่สถานพินิจฯ แสดงให้เห็นว่าภาวะเมเนียบที่ปรากฏในกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาในครั้งนี้ อาจมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตเวชอื่นด้วย ซึ่งลักษณะอาการที่แสดงออกมักจะคล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามวัยรุ่นกลุ่มนี้อาจจะเคยมีอาการสนุกสนานร่าเริง ครื้นเครง หงุดหงิด หรือมีอาการแปรปรวนเป็นบางครั้ง โดยอาจจะเป็นเพียงแค่ภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น หรือเป็นช่วงอาการของการใช้สารเสพติด ดังนั้นภาวะเมเนียบที่เกิดขึ้นจึงไม่ชัดเจนและส่งผลให้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์กับปัจจัยดังกล่าว

ประการที่สอง เนื่องจากภาวะเมเนียบจะมีสภาวะทางอารมณ์ที่ครึกครื้น สนุกสนาน หรือแปรปรวนหงุดหงิดง่าย ร่วมกับการคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปตามสภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติ (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) หรือมีลักษณะความคิดแล่นเร็ว และรูปแบบการคิดของวัยรุ่นที่มีอาการเมเนียบจะไม่หมกมุ่นอยู่กับความทุกข์ใจ โดยมักจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลินมากกว่า (มานิช หล่อตระกูล, 2552) จึงอาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การครุ่นคิดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเมเนียบของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการศึกษาครั้งนี้

ประการที่สาม เนื่องด้วยปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และด้านแหล่งทักษะภายในตนเองไม่มีรายงานถึงความสัมพันธ์กับภาวะแม่เนียบโดยตรง แต่อาจจะอธิบายผ่านภาวะแม่เนียบ ซึ่งมีการระบุอย่างชัดเจนว่ามีความเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์สองขั้ว (สมภพ เรืองตระกูล, 2551) โรคชุนสมาธิสั้น หรือพฤติกรรมเกราะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น (Biederman, et al., 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมของ Wozniak และคณะ (1995) พบว่า เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะแม่เนียบ จะพบโรคชุนสมาธิสั้นได้สูงถึงร้อยละ 90 ซึ่งสาเหตุสำคัญของปัญหาทางจิตเวชดังกล่าว จะมีความสัมพันธ์จากพันธุกรรมในครอบครัว โดย Chang, Steiner, และ Ketter (2000) พบว่า บุตรของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จะมีภาวะแม่เนียบร่วมกับโรคชุนสมาธิสั้นถึงร้อยละ 80 แต่ขัดแย้งกับ Johnson, Andersson-Lundman, Aberg-Wistedt และ Mathe (2000) ที่เห็นว่าในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ไม่มีประวัติโรคดังกล่าวในครอบครัว เหตุการณ์ความเครียดมักจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแม่เนียบ อย่างไรก็ตามโรคอารมณ์สองขั้วในช่วงที่มีภาวะแม่เนียบมักจะไม่มี ความสัมพันธ์กับความกดดันภายนอก (มาโนช หล่อตระกูล, 2552) ดังนั้นสรุปได้ว่า ปัจจัยทางพันธุกรรม อาจจะมี ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแม่เนียบของกลุ่มวัยรุ่น มากกว่าปัจจัยทางด้านจิตสังคม

สมมติฐาน: 4) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ แหล่งทักษะภายในตนเอง ($OR = .94$; 95% CI: .91- .97; $p = 0.00$) โดยแหล่งทักษะภายในตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 23 (Nagelkerke $R^2 = 0.23$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย สำหรับปัจจัยการครุ่นคิด และเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบความสัมพันธ์ของแหล่งทักษะภายในตนเองกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม สำหรับในกลุ่มวัยรุ่นจะพบการศึกษาความสัมพันธ์ของแหล่งทักษะภายในตนเองกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด โดยมีผลการศึกษาระบุว่าวัยรุ่นที่ใช้สาร

เสพติดจะมีแหล่งทักษะภายในตนเองค่อนข้างต่ำ (Carey, Carey, Carnrike & Meisler, 1990) แม้ว่าจากผลการวิจัยที่ผ่านมาจะไม่ได้ระบุความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทักษะภายในตนเองกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมโดยตรง ซึ่งลักษณะเฉพาะของกลุ่มความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมนั้นจะมีอารมณ์ไม่มั่นคง อาจจะมากไปหรือน้อยไปไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมที่หุนหันพลันแล่น ขาดการควบคุมที่ดี(รณชัย คงสกนธ์, 2552) ดังนั้นอาจจะอธิบายได้ว่าแหล่งทักษะภายในตนเองจะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยแหล่งทักษะภายในตนเองมีผลต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง Rosenbaum (1990) กล่าวว่า แหล่งทักษะภายในตนเองเสมือนภูมิคุ้มกันทางจิตใจของบุคคล เป็นกลวิธีของบุคคลในการควบคุมความคิด และอารมณ์ซึ่งเป็นสถานการณ์ภายใน ประกอบด้วยทักษะในการควบคุมตนเอง ทักษะกลวิธีในการแก้ปัญหา ทักษะเลื่อนความต้องการ/ความพึงพอใจ รวมทั้งมีการรับรู้ในความสามารถของตนเอง โดยทำให้สถานการณ์ภายในน้อยลง ลดลง หรือสามารถก้าวผ่านหรือเพิ่มขีดความสามารถของตน ดังนั้นหากวัยรุ่นมีแหล่งทักษะภายในตนเองในการควบคุมอารมณ์ระดับต่ำ ก็จะทำให้ไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆในชีวิต หรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้เหมาะสม และในที่สุดก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนในลักษณะต่อต้านสังคมได้

สำหรับเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ซึ่งอาจจะขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่กล่าวว่า วัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยส่วนใหญ่จะมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม และเมื่อพิจารณาเกี่ยวกับสาเหตุสำคัญของปัญหาด้านพฤติกรรมนี้ ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากประสบการณ์ที่เกิดความรุนแรงในครอบครัว (United Nations, 2003) ซึ่ง Robert, Gore และ Gordon (2000) พบว่า วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการขัดแย้งกับเพื่อนกลุ่มเดียวกัน ย่อมส่งผลถึงความไม่ปลอดภัย การไม่ยอมรับจากสมาชิกกลุ่ม ซึ่งเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ยาก และสร้างความเครียดให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ได้พอสมควร อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากคะแนนรวมเฉลี่ยของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสร้างความยุ่งยากใจในระดับต่ำ(mean = 64.62 actual range = 8-199, S.D. = 35.4) ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะมาจากลักษณะบุคลิกภาพที่เบี่ยงเบนไป โดยมักจะมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือต่อผู้อื่น หรือต่อเหตุการณ์ที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง(รณชัย คงสกนธ์, 2552) ดังนั้นวัยรุ่นจากการศึกษาครั้งนี้รับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสร้างความยุ่งยากใจน้อยมาก จึงส่งผลให้ปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถทำนายความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม

ปัจจัยด้านการครุ่นคิดไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ถึงแม้ว่าการครุ่นคิดจะมีงานวิจัยระบุถึงความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตเวชกลุ่มแสดงออกภายใน (internalizing) เช่น กลุ่มอาการซึมเศร้า กลุ่มอาการวิตกกังวล เป็นต้น แต่ก็ยังไม่พบงานวิจัยที่ระบุถึงความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตเวชกลุ่มแสดงออกภายนอก (externalizing) เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ใช้สารเสพติด หรือในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เป็นต้น ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจากลักษณะอาการของความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง ใจร้อน ไม่มีความสำนึกผิด ไม่มีความวิตกกังวล หรือเสียใจกับพฤติกรรมของตนเอง (รณชัย คงสกนธ์, 2552) ดังนั้นจึงไม่มีลักษณะครุ่นคิดถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ไม่รู้สึกผิด หรือรู้สึกเศร้าเสียใจกับสิ่งที่ผ่านมา รูปแบบการครุ่นคิด หมกมุ่นจึงพบได้น้อยกว่าในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า หรือกลุ่มวิตกกังวล ดังนั้นปัจจัยด้านการครุ่นคิดของวัยรุ่นจากการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบันของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดที่เข้าฝึกอบรมในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยแบ่งปัญหาทางจิตเวชเป็น 4 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ กลุ่มอาการซึมเศร้า, กลุ่มอาการวิตกกังวล, ภาวะแมเนีย และความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นชาย อายุระหว่าง 14 -18 ปี มีประวัติใช้สารเสพติดและกระทำผิดซึ่งได้รับการควบคุมความประพฤติในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายบ้านกรุณา จำนวน 110 ราย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ถึง เดือนมกราคม 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้มี 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง มีจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 การครุ่นคิด ประเมินโดยใช้แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ฉบับภาษาไทยแปลโดย วาริรัตน์ ถาน้อย (Thanoi, 2009) เป็นแบบประเมินตนเองในการตอบสนองต่อการแสดงออกของอารมณ์ทางลบ ระดับของการครุ่นคิดวัดจากคะแนนของการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์นั้นๆ มี 22 ข้อคำถาม ในการศึกษานี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แหล่งทักษะภายในตนเอง ประเมินได้โดยใช้แบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS) ของ Rosenbaum (1980) ฉบับภาษาไทยแปลโดย รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ (Panitrat, 2001) เป็นแบบประเมินตนเองในการใช้ทักษะในการควบคุมตนเองในการเผชิญปัญหา มีข้อคำถาม 36 ข้อ ในการศึกษานี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.76

ส่วนที่ 4 เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ประเมินโดยใช้แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES) ฉบับภาษาไทย แปลและพัฒนาโดยพิทักษ์พล บุญมาลิก (Boonyamalik, 2005) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณา ซึ่งวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับการคุมประพฤติเป็นระยะเวลา

มากกว่า 1 เดือน ผู้วิจัยจึงขยายช่วงเวลาจากเหตุการณ์ด้านลบที่สร้างความยุ่งยากใจในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา เป็นเหตุการณ์ด้านลบที่สร้างความยุ่งยากใจในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเพื่อความเหมาะสมกับบริบทในสถานพินิจมากยิ่งขึ้น โดยยังคงรักษามิติของแบบสอบถามและโครงสร้างของเนื้อหาในทุกข้อคำถามไว้คงเดิม มี 42 ข้อคำถาม ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 5 ปัญหาทางจิตเวช ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.)- 5.0.0 ฉบับภาษาไทย ของพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2546) จำนวน 16 ชุดวิจัย (Module) ผู้วิจัยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและฝึกปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างโดยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการใช้เครื่องมือดังกล่าว ตรวจสอบหาค่าความเที่ยงโดยวิธีประเมินร่วมกัน (Inter-rater method) (Polit & Beck, 2008) ได้เท่ากับ 0.97

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS Version 16 ข้อมูลลักษณะประชากรวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์เชิงทำนายวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistics Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

สำหรับการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 110 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 15-18 ปี อายุเฉลี่ย 16.9 ปี (S.D. = 1.02) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.6) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 91.8) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 52.7) มีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเข้ามาอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณาด้วยความผิดคดีเกี่ยวกับสารเสพติดให้โทษ (ร้อยละ 50.9) ส่วนใหญ่เข้ามาอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมฯ บ้านกรุณาเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 93.6) โดยมีอายุเฉลี่ยที่เข้ามารับการฝึกอบรมฯ คือ 16 ปี (Min = 10, Max = 18, S.D. = 1.29) และอายุเฉลี่ยของการใช้สารเสพติดครั้งแรกคือ 14.25 ปี (Min = 10, Max = 17, S.D. = 1.68)

สำหรับลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้านครอบครัว พบว่า มากกว่าครึ่งที่บิดามารดาไม่ได้อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 52.7) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 40.9) ซึ่งก่อนจะเข้ามาในศูนย์ฝึกและอบรมฯ บ้านกรุณา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัย

ร่วมกับบิดามารดา (ร้อยละ 58.2) มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด (ร้อยละ 60) และบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิต (ร้อยละ 88.2)

ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้านประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยใช้สารเสพติด ซึ่งใน 3 เดือนก่อนการเข้าสู่ศูนย์ฝึกและอบรมฯ บ้านกรุณา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งใช้บุหรี่ (ร้อยละ 75.5) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเคยเลิกสารเสพติดแต่ไม่ประสบความสำเร็จ (ร้อยละ 50.9) ซึ่งจะกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้งภายใน 1-4 สัปดาห์ (ร้อยละ 42.9) และกลุ่มตัวอย่างจะเกี่ยวข้องกับสารเสพติดโดยเป็นผู้เสพและผู้จำหน่าย (ร้อยละ 50.9)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด และแหล่งทักษะภายในตนเองของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

1) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ

จากการวัดเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินโดยใช้แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES) (Boonyamalik, 2005) ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0-210 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับระดับการรับรู้ความเครียดที่เกิดขึ้นในตลอดชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 64.62 (Actual range = 8-199, S.D. = 35.44)

2) การครุ่นคิด

จากการวัดการครุ่นคิด ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) (Thanoi, 2009) ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 22-88 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.72 (Actual range = 26-74, S.D. = 9.35) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยด้านความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (depression related) เท่ากับ 23.61 (Actual range = 14-41, S.D. = 5.21) ค่าเฉลี่ยด้านความโศกเศร้า (brooding) เท่ากับ 10.77 (Actual range = 5-19, S.D. = 2.87) และค่าเฉลี่ยด้านการตอบสนองต่อสถานการณ์ (reflection) เท่ากับ 9.34 (Actual range = 5-20, S.D. = 2.55)

3) แหล่งทักษะภายในตนเอง

จากการวัดแหล่งทักษะภายในตนเอง โดยใช้แบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS) (Panitrat, 2001) ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 36-216 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 140.2 (Actual range = 91-172, S.D. = 14.84) เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยด้านทักษะในการควบคุมตนเองเท่ากับ 50.1 (Actual range = 19-69, S.D. = 8.18) ค่าเฉลี่ยด้านกลวิธีในการแก้ไขปัญหาเท่ากับ 43.82 (Actual range = 14-62, S.D. = 8.18)

= 8.11) ค่าเฉลี่ยด้านการเลื่อนความพึงพอใจเท่ากับ 15.45 (Actual range = 2-22, S.D. = 2.34) และค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 30.84 (Actual range = 19-41, S.D. = 4.18)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

จากการประเมินปัญหาทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช MINI. ฉบับภาษาไทย ของพັນฐานภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2546) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 80

เมื่อพิจารณาปัญหาทางจิตเวชที่พบในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง สามารถจัดอาการ และกลุ่มอาการที่สำคัญ 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้า เรือร้าง และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2) กลุ่มอาการวิตกกังวล ประกอบด้วย โรคตื่นตระหนก โรคกลัวที่ชุมชน โรคกลัวการเข้าสังคม โรคย้ำคิดย้ำทำ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ และโรควิตกกังวลทั่วไป (3) ภาวะเมเนีย (4) ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีภาวะเมเนีย คิดเป็นร้อยละ 53.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือ ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม คิดเป็นร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มอาการซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 36.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และกลุ่มอาการวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 25.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบัน (กลุ่มอาการซึมเศร้า, กลุ่มอาการวิตกกังวล, ภาวะเมเนีย และความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม) ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่ม (Binary Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (Enter method) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า การครุ่นคิด มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการซึมเศร้า (OR=1.07; 95% CI: 1.01-1.13; $p = 0.02$) และกลุ่มอาการวิตกกังวล (OR=1.09; 95% CI: 1.03-1.17; $p = 0.01$) โดยการครุ่นคิดสามารถทำนายกลุ่มอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 9 และสามารถทำนายกลุ่มอาการวิตกกังวลได้ร้อยละ 22 สำหรับแหล่งทักษะภายในตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (OR= .94; 95% CI: .91- .97; $p = 0.00$) โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 23 ส่วนปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองไม่พบ

ความสัมพันธ์เชิงทำนายกับภาวะเมเนียบของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าวัยรุ่นที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่มีปัญหาทางจิตเวช (ร้อยละ 80) ดังนั้นควรมีการประเมินปัญหาทางจิตเวชในวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวเพื่อคัดกรองและเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม

1.2 จากผลการวิจัยที่พบว่าการครุ่นคิดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการซึมเศร้า และกลุ่มอาการวิตกกังวล สำหรับแหล่งทักษะภายในตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ดังนั้นพยาบาลสามารถนำปัจจัยดังกล่าวมาพิจารณาประกอบการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชในวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด รวมทั้งนำองค์ความรู้จากปัจจัยดังกล่าวมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกัน หรือลดความรุนแรงของปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นกลุ่มนี้ เช่น โปรแกรมการส่งเสริมทักษะในการควบคุมตนเอง เป็นต้น

1.3 บุคลากรในทีมสุขภาพและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรม ควรมีการประสานการทำงานในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนแบบองค์รวม โดยเน้นทักษะภายในตนเองและทักษะในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้วัยรุ่นกลุ่มนี้สามารถนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตเวช ของกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในครั้งนี้ ในประเทศไทยปัจจุบันพบไม่มากนัก โดยการศึกษาส่วนใหญ่จะให้ความสนใจความชุกของการเกิดปัญหาทางจิตเวช มากกว่าการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ ดังนั้นควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นกลุ่มนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม

2.2 การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย เพื่อให้ครอบคลุมประชากรควรมีการศึกษาเพศหญิงควบคู่กันไป เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน คุณลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดปัญหาทางจิตเวช การใช้สารเสพติด และการกระทำความผิดซ้ำ

2.3 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกวิธีการแบบขั้นตอนเดียว (Enter method) สามารถทำนายได้ค่อนข้างต่ำ ซึ่งตัวแปรอาจมีอิทธิพลทางอ้อมหรือมีผลส่งเสริมอิทธิพลซึ่งกันและกันต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวช จึงควรมีการศึกษาอิทธิพลของตัวแปรทั้งแบบตัวแปรทำนาย(Moderator) และแบบตัวแปรแทรก (Mediator) รวมทั้งการใช้วิธีการแบบขั้นตอนเดียว ทำให้ไม่สามารถระบุว่าตัวแปรตัวใดที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชมากที่สุด ดังนั้นควรมีการเลือกการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกในรูปแบบอื่น เช่น การวิเคราะห์แบบเดินหน้า (Forward method) เป็นต้น เพื่อคัดเลือกตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามได้ดังกล่าวสูงสุด

3. ข้อจำกัดในการศึกษาในครั้งนี้

3.1 การศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I) สามารถประเมินปัญหาทางจิตเวชในกลุ่มวัยรุ่นได้ค่อนข้างดี อย่างไรก็ตามอาจจะยังไม่ครอบคลุมปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น เช่น โรคสมาธิสั้น โรคพฤติกรรมต่อต้านทำลาย หรือพฤติกรรมเกรี้ยว เป็นต้น

3.2 การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่กลุ่มประชากรกลุ่มอื่น

ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

RELATIONSHIPS AMONG NEGATIVE LIFE EVENTS, RUMINATION, LEARNED RESOURCEFULNESS AND PSYCHIATRIC PROBLEMS IN JUVENILES WITH SUBSTANCE ABUSE IN INCARCERATION

อุษา น่วมเพชร 5137705 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: รุ่งนภา ภาณุรัตน์, Ph.D. (NURSING), ประภา ยุทธไตร, พย.ด., นันทวัช สัทธีรักษ์, พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาทางสุขภาพจิตในสถานพินิจเป็นปัญหาที่มีอัตราการเกิดสูง ผลจากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในหลายประเทศพบว่าประมาณร้อยละ 50-90 ของวัยรุ่นผู้กระทำความผิดในสถานพินิจเป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15-18 ปีที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต (Stathis, Letters, Doolan, Fleming, Heath et al., 2008; Bickel & Campbell, 2002) จากรายงานการสำรวจปัญหาทางสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานพินิจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าทุกๆ 5 คนมีปัญหาทางสุขภาพจิต (Pumariega et al., 1999; Steiner et al., 1996; Lyons, Baerger, Quigley, Erlich, & Griffin, 2001) โดยพบว่าร้อยละ 15-20 ของวัยรุ่นผู้กระทำความผิดในสถานพินิจป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) หรือโรคจิตเภท (Schizophrenia) (Arredondo et al., 2001) จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นในสถานพินิจมีอัตราการเกิดปัญหาทางจิตเวชในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบความทุกข์ใจจากปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นในสถานพินิจที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชกับของวัยรุ่นทั่วไป พบว่าวัยรุ่นในสถานพินิจที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชมีความทุกข์ใจมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป (Fazel et al., 2008)

นอกจากนี้รายงานการวิจัยเกี่ยวกับการสารเสพติดของวัยรุ่นในสถานพินิจ ระบุว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของวัยรุ่นที่เข้ามาในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มีส่วนเกี่ยวข้องกับสารเสพติด (เสพติดทั้งเสพติดและจำหน่าย) (Aarons, Brown, Hough, Garland, & Wood, 2001; Stathis et al., 2008; มานพ คณะโต สุชาดา ภัยหลิกดิ์ บังอรศรี จินดาวงค์ และสุวรรณ อรุณพงศ์ ไพศาล, 2547) หรือมีการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (McClelland, Elkington, Teplin, & Abram, 2004)

ปัญหาทางสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนปัญหาทั้งสองอย่างนี้มักจะเกิดร่วมกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคคลที่มีภาวะผิดปกติทางจิตใจมีโอกาสที่จะใช้สารเสพติดที่ผิดปกติมากกว่าบุคคลทั่วไปถึง 2.7 เท่า (Beyer & Antai-Otong, 2008) นอกจากนี้พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมมีแนวโน้มจะใช้สารเสพติดมากกว่าบุคคลทั่วไป (Conway, Compton, Stinson, & Grant, 2005) บุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีความเสี่ยงต่อการเสพติดและในทางกลับกันบุคคลที่มีปัญหาการเสพติดเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต (Kandel, Huang, & Davies, 2001)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Malhotra, Sharma, Saxena และ Ingle (2007) ซึ่งใช้การสนทนากลุ่ม (focus group) ในการรวบรวมข้อมูลการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นชายในสถานพินิจประเทศอินเดีย พบว่า สารเสพติดถูกใช้เพื่อหลีกเลี่ยงความเครียด ความวิตกกังวลจากการสูญเสียบุคคลในครอบครัวและขาดคนรัก ซึ่งเมื่อบุคคลได้ใช้สารเสพติด สารเสพติดจะมีผลกระทบต่อระบบชีวประสาทที่เรียกว่า “วงจรความเครียดในสมอง” (Brain stress circuits) (Al' Absi, 2007) และการทำงานของสารสื่อประสาทบริเวณสมองส่วน Reinforcement rewarding system ใน Limbic area ซึ่งเป็นกลไกของการให้รางวัล ทำให้รู้สึกสบาย มีความสุข พึงพอใจ และต้องการเสพติดต่อกัน (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2543) กล่าวโดยสรุปว่า การใช้สารเสพติดของวัยรุ่นส่วนหนึ่งมักถูกใช้เพื่อลดความทุกข์ใจหรือภาวะความกดดันทางจิตใจและสร้างความสุข ความพึงพอใจจนเกิดการพึ่งพาเสพติดและต้องการใช้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้แนวโน้มการกระทำผิดในรูปแบบต่างๆ เพิ่มขึ้นเมื่อวัยรุ่นใช้สารเสพติด (Malhotra et al., 2007) ในขณะเดียวกันก็จะมีผลตอบกลับมาทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย (Rogers, Pumariega, Atkins, & Cuffe, 2006) แต่อย่างไรก็ตามจะพบว่าไม่มีการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นที่เข้ารับการคุ้มครองในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ด้วยฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษว่าเป็นอย่างไร

ปัญหาทางสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ต่างก็มีปัจจัยหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า สถานการณ์

ความเครียดหรือเหตุการณ์ในชีวิตทางลบ (Stressful life events) ที่เกิดขึ้นทั้งประเภทที่รุนแรงหรือมีความสำคัญในชีวิต (major life events) อาทิเช่น บิดามารดาแยกทางกัน บุคคลที่รักเสียชีวิต เป็นต้น หรือเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากใจในชีวิตประจำวัน (Daily hassles) (Kristin & Lisi, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สถานการณ์ความเครียดหรือเหตุการณ์ในชีวิตทางลบ มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชทั้งกลุ่มที่อาการแสดงออกภายใน (internalizing) และกลุ่มที่อาการแสดงออกภายนอก (externalizing) (Liu & Tein, 2005) และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในวัยรุ่นอีกประการหนึ่ง โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (จินตนา ลีจิงเพิ่มพูน เกษราภรณ์ เคนบุปผา และ ธรณินทร์ กองสุข, 2549)

ปัจจัยต่อมาคือ ลักษณะการคิดที่มีลักษณะเป็นการครุ่นคิด หรือการคิดซ้ำๆ (Rumination) ต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งจะส่งผลต่อทั้งด้านอารมณ์ และพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นหากมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในลักษณะของการครุ่นคิดทางลบทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม จะส่งผลให้บุคคลขาดสมาธิและทำให้การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพเกิดปัญหาทางจิตเวชได้ง่าย (Nolen-Hoeksema, 2000) จากการศึกษาของ Kuyken, Watkins, Holden และ Cook (2006) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการครุ่นคิดและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีระดับของการครุ่นคิดสูงกว่าวัยรุ่นในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($F = 249.92$ (2, 270), $p < 0.001$) นอกจากนี้ยังมีรายงานวิจัยสนับสนุนถึงการครุ่นคิดมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล (Blagden & Craske, 1996; Moulds, Kandris, Starr, & Wong, 2007; Nolen-Hoeksema, 2000; Robinson & Alloy, 2003) ความผิดปกติของการกิน (eating disorder) และการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (substance abuse) (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, & Bohon, 2007)

นอกจากสถานการณ์ความเครียดหรือเหตุการณ์ในชีวิตทางลบ และลักษณะของความคิดแบบครุ่นคิดซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) แล้ว แหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned Resourcefulness) เป็นทักษะที่สำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญกับปัญหาหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factor) กล่าวคือบุคคลที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองจะสามารถเผชิญกับสิ่งกระตุ้นจากภายในโดยทำให้น้อยลง (minimize) ทำให้ลดลง (reduce) หรือสามารถก้าวผ่านหรือเพิ่มขีดความสามารถ (master or tolerate) ถ้าไม่สามารถควบคุมปัญหาภายในได้ อาจจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอกได้ (Rosembaum, 1990) มีรายงานวิจัยพบว่าในเด็กและวัยรุ่นที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับต่ำจะมีภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น โรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า

(Chiung-Yu Huang, Sousa, Shu-Yin Tu, & Mei-Yi Hwang, 2005; Chiung-Yu Huang, & Su-Er-Guo, 2009) การใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (Wulfert, Block, Ana, Rodriguez & Colsman, 2002)

วัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิตเวชมักจะใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น การหยุดใช้สารเสพติดทำได้ยาก จากรายงานผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะหยุดและหรือไม่ปฏิบัติตามแผนการบำบัดรักษาส่งผลให้มีอัตราค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาที่สูงขึ้น (RachBeisel, Scott, & Dixon, 1999) ในขณะเดียวกันสารเสพติดทำให้อาการทางจิตกำเริบหรือรุนแรง มีภาวะซึมเศร้าหรือการฆ่าตัวตาย (King, Gaines, Lambert, Summeerfelt, & Bickman, 2000) หรือทำให้เกิดความผิดปกติของพฤติกรรม จากงานวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดร่วมกับมีปัญหาทางจิตเวชจะมีแนวโน้มกลับมากระทำความผิดซ้ำและเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมซ้ำ (Vermeiren, Schwab-Stone, Ruchkin, De Clippele, & Deboutte, 2002) สูงกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในสถานพินิจที่มีการใช้สารเสพติดที่ผิดปกติหรือมีอาการทางจิตเพียงอย่างเดียว (Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams, & Murray, 2009)

วัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและเป็นกลุ่มเสี่ยงทวิคูณ “Double jeopardy” (McCarty, Stoep, Kuo, & McCauley, 2006) โดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้สารเสพติดที่มักถูกมองว่าเป็นปัญหาพฤติกรรมโดยมองข้ามว่าการใช้สารเสพติดและการกระทำความผิดทางกฎหมายนั้นอาจเป็นวิธีการหาทางออกของกลุ่มวัยรุ่น ที่อาจมีปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งหากขาดความตระหนักถึงความเกี่ยวข้องกันของภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นที่กระทำความผิดกฎหมายที่มีฐานความผิดที่การเสพยาเสพติดจะส่งผลให้วัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสม มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติดมากขึ้น การฆ่าตัวตาย การเจ็บป่วยทางจิตเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ และการกระทำความผิดกฎหมายที่รุนแรงขึ้น ซึ่งการเข้าใจในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นในสถานพินิจจึงมีความสำคัญ เพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบบูรณาการดูแล เพื่อส่งเสริมทักษะในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้มากขึ้น

สำหรับในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนยังมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง ปัญหาทางจิตเวช และการใช้สารเสพติด ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะของบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์จนนำไปสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบัน (กลุ่มอาการซึมเศร้า, กลุ่มอาการวิตกกังวล, ภาวะแมเนีย และความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม) ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

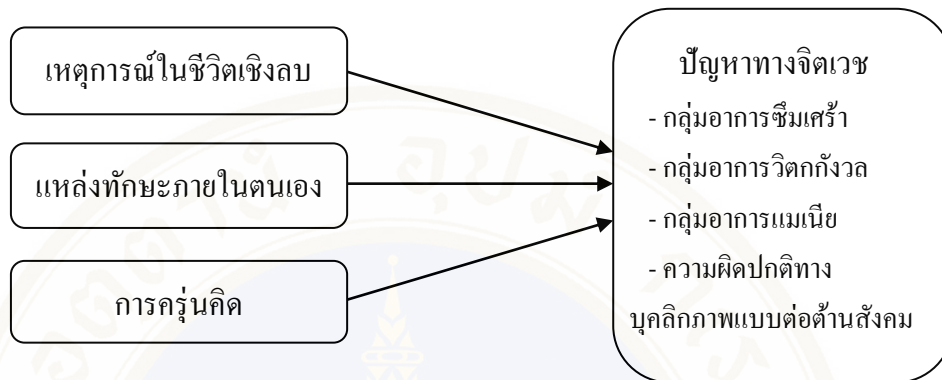
สมมติฐานการวิจัย

1. เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายกลุ่มอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
2. เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายกลุ่มอาการวิตกกังวลของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
3. เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายภาวะแมเนียของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
4. เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองสามารถทำนายความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned Resourcefulness) ของ Michael Rosenbaum (1990) มองว่าปัญหาทางจิตเวชเป็นผลมาจากการมีแหล่งทักษะภายในตนเองต่ำ เมื่อมีเหตุการณ์เชิงลบเกิดขึ้นในครั้งหนึ่งของชีวิต บุคคลก็จะปรับตัวโดยใช้กระบวนการคิด นำไปสู่การควบคุมตนเองและการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ หากบุคคลมีลักษณะของการครุ่นคิด คิดวกวนไปมา หมกมุ่นกับสถานการณ์ความเครียดนั้น จะส่งผลให้ไม่มีสมาธิ ครอบงำกระบวนการคิดในการควบคุมตัวเอง และหากมีแหล่งทักษะภายในตนเองต่ำ ส่งผลต่อการจัดการกับปัญหาจากภายในเช่น อารมณ์โกรธ ความรู้สึกเสียใจ ทุกข์ใจ โดยแหล่งทักษะภายในตนเองทำให้ปัญหาภายในนั้นน้อยลง (minimize) หรือลดลง (reduce) หรือสามารถก้าวผ่านหรือเพิ่มขีดความสามารถทน (master or tolerate) ซึ่งถ้าไม่สามารถควบคุมปัญหาภายในได้อาจจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกมามากเกินไป ทำให้มีการยับยั้งหรือควบคุมตนเองได้น้อย รวมทั้งอาจมีพฤติกรรมเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชตามมาได้ในอนาคต

ดังนั้นผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ กระบวนการคิดแบบครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ดังรูป



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยโดยอิงแนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเอง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบันของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกรุงเทพมหานคร โดยดำเนินการในระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2553 – พฤษภาคม พ.ศ. 2554

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่น อายุ 14-18 ปี ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและกระทำผิดซึ่งได้รับการควบคุมความประพฤติในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่น อายุ 14-18 ปี ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและกระทำผิดซึ่งได้รับการควบคุมความประพฤติในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายบ้านกรุณา โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (Convenience sampling) สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีโรคทางกายที่มีผลต่อการทำงานของการทำงานของความรู้คิด (Cognitive function) เช่น มีประวัติผ่าตัดสมอง ปัญญาอ่อน เป็นต้น หรือมีอาการทางจิตเวชที่รบกวนการทำงานของการทำงานของความรู้คิด (Cognitive function) รุนแรงจำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาต่อเช่น มีอาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพ

หลอน มีอาการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นเป็นต้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการคำนวณจากสูตร $n = (Z_{\alpha/2})^2 P (1-P)/d^2$ (จริยา เลิศอรรมณมณี และคณะ, 2543) ซึ่งต้องใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง มีจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 การครุ่นคิด ประเมินโดยใช้แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) (Thanoi, 2009) เป็นแบบประเมินตนเองในการตอบสนองต่อการแสดงออกของอารมณ์ทางลบ ระดับของการครุ่นคิดวัดจากคะแนนของการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์นั้นๆ มี 22 ข้อคำถาม ในการศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แหล่งทักษะภายในตนเอง ประเมินได้โดยใช้แบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS) ของ Rosenbaum (1980) (Panitrat, 2001) เป็นแบบประเมินตนเองในการใช้ทักษะในการควบคุมตนเองในการเผชิญปัญหา มีข้อคำถาม 36 ข้อ ในการศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.76

ส่วนที่ 4 เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ประเมินโดยใช้แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES) (Boonyamalik, 2005) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขยายช่วงเวลาจากเหตุการณ์ด้านลบที่สร้างความยุ่งยากใจในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา เป็นเหตุการณ์ด้านลบที่สร้างความยุ่งยากใจในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเพื่อความเหมาะสมกับบริบทในสถานพินิจมากยิ่งขึ้น โดยยังคงรักษามิติของแบบสอบถามและโครงสร้างของเนื้อหาในทุกข้อคำถามไว้คงเดิม มี 42 ข้อคำถาม ในการศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 5 ปัญหาทางจิตเวช ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.)- 5.0.0 ฉบับภาษาไทย ของ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2546) จำนวน 16 ชุดวิจัย ผู้วิจัยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและฝึกปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างโดยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การใช้เครื่องมือดังกล่าว ตรวจสอบหาค่าความเที่ยงโดยวิธีประเมินร่วมกัน (Inter-rater method) (Polit & Beck, 2008) ได้เท่ากับ 0.97

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินตนเองและการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ ผู้วิจัยขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือชี้แจงและขออนุญาตเก็บข้อมูล ณ แหล่งเก็บข้อมูล ผ่านบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่ออธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บที่ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2554 ภายหลังได้รับการอนุมัติอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัยจากอธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดโดยใช้วิธีสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย 1 คน โดยเริ่มจากการสัมภาษณ์ตามเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช(M.I.N.I.) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายใช้รหัสประจำตัวแทนชื่อระบุในแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามโดยผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามิสิทธิและความอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรับการฝึกอบรม รวมทั้งการรับบริการ หรือการดูแล/ช่วยเหลือต่างๆภายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณา ทั้งในปัจจุบันและอนาคต สำหรับข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติพรรณนาเช่น แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 110 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 15-18 ปี อายุเฉลี่ย 16.9 ปี (S.D. = 1.02) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ(ร้อยละ 93.6) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 91.8) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง(ร้อยละ 52.7) มีการศึกษาระดับชั้น

มัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเข้ามาอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณาด้วยความผิดคดีเกี่ยวกับสารเสพติดให้โทษ (ร้อยละ 50.9) ส่วนใหญ่เข้ามาอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมฯ บ้านกรุณาเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 93.6) โดยมีอายุเฉลี่ยที่เข้ามารับการฝึกอบรมฯ คือ 16 ปี ($Min = 10$, $Max = 18$, $S.D. = 1.29$) และอายุเฉลี่ยของการใช้สารเสพติดครั้งแรกคือ 14.25 ปี ($Min = 10$, $Max = 17$, $S.D. = 1.68$)

ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้านครอบครัว พบว่า มากกว่าครึ่งที่บิดามารดาไม่ได้อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 52.7) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 40.9) ซึ่งก่อนจะเข้ามาในศูนย์ฝึกและอบรมฯ บ้านกรุณา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยร่วมกับบิดามารดา (ร้อยละ 58.2) มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด (ร้อยละ 60) และบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิต (ร้อยละ 88.2)

ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้านประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยใช้สารเสพติด ซึ่งใน 3 เดือนก่อนการเข้าสู่ศูนย์ฝึกและอบรมฯ บ้านกรุณา โดยมากกว่าครึ่งใช้บุหรี่ (ร้อยละ 75.5) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเคยเลิกสารเสพติดแต่ไม่ประสบความสำเร็จ (ร้อยละ 50.9) ซึ่งจะกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้งภายใน 1-4 สัปดาห์ (ร้อยละ 42.9) และกลุ่มตัวอย่างจะเกี่ยวข้องกับสารเสพติดโดยเป็นผู้เสพและผู้จำหน่าย (ร้อยละ 50.9)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด และแหล่งทักษะภายในตนเองของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

1) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ

จากการวัดเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินโดยใช้แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES) (Boonyamalik, 2005) ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0-210 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับระดับการรับรู้ความเครียดที่เกิดขึ้นในตลอดชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 64.62 ($Actual\ range = 8-199$, $S.D. = 35.44$)

2) การครุ่นคิด

จากการวัดการครุ่นคิด ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) (Thanoi, 2009) ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 22-88 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.72 ($Actual\ range = 26-74$, $S.D. = 9.35$) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยด้านความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (depression related) เท่ากับ 23.61 ($Actual\ range = 14-41$, $S.D. = 5.21$) ค่าเฉลี่ยด้านความโศกเศร้า (brooding)

เท่ากับ 10.77 (Actual range = 5-19, S.D. = 2.87) และค่าเฉลี่ยด้านการตอบสนองต่อสถานการณ์ (reflection) เท่ากับ 9.34 (Actual range = 5-20, S.D. = 2.55)

3) แหล่งทักษะภายในตนเอง

จากการวัดแหล่งทักษะภายในตนเอง โดยใช้แบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS) (Panitrat, 2001) ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 36-216 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 140.2 (Actual range = 91-172, S.D. = 14.84) เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยด้านทักษะในการควบคุมตนเองเท่ากับ 50.1 (Actual range = 19-69, S.D. = 8.18) ค่าเฉลี่ยด้านกลวิธีในการแก้ไขปัญหาเท่ากับ 43.82 (Actual range = 14-62, S.D. = 8.11) ค่าเฉลี่ยด้านการเลื่อนความพึงพอใจเท่ากับ 15.45 (Actual range = 2-22, S.D. = 2.34) และค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 30.84 (Actual range = 19-41, S.D. = 4.18)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

จากการประเมินปัญหาทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช M.I.N.I. ฉบับภาษาไทย ของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2546) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 80

เมื่อพิจารณาปัญหาทางจิตเวชที่พบในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีภาวะแมเนีย คิดเป็นร้อยละ 53.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือ ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม คิดเป็นร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มอาการซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 36.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และกลุ่มอาการวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 25.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบัน (กลุ่มอาการซึมเศร้า, กลุ่มอาการวิตกกังวล, ภาวะแมเนีย และความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม) ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่ม (Binary Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (Enter method) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า การครุ่นคิด มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการซึมเศร้า (OR=1.07; 95% CI: 1.01-1.13; $p = 0.02$) และกลุ่มอาการวิตกกังวล (OR=1.09; 95% CI: 1.03-1.17;

$p = 0.01$) โดยการครุ่นคิดสามารถทำนายกลุ่มอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 9 และสามารถทำนายกลุ่มอาการวิตกกังวลได้ร้อยละ 22 สำหรับแหล่งทักษะภายในตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ($OR = .94$; 95% CI: .91- .97; $p = 0.00$) โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 23 ส่วนปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับภาวะแม่เนียบของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่ม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (Enter method) ระหว่างปัจจัยทำนายกับปัญหาทางจิตเวช

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% CI	
							Lower	Upper
กลุ่มอาการซึมเศร้า								
การครุ่นคิด	.07	.03	5.61	1	.02*	1.07	1.01	1.13
แหล่งทักษะภายในตนเอง	-.01	.01	.60	1	.44	.99	.96	1.02
เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	-.01	.01	.54	1	.46	.99	.98	1.01
ค่าคงที่	-1.6	2.24	.55	1	.46	.19		
สัมประสิทธิ์การทำนาย (Nagelkerke R ²) = 0.09								
กลุ่มอาการวิตกกังวล								
การครุ่นคิด	.09	.03	7.89	1	.01*	1.09	1.03	1.17
แหล่งทักษะภายในตนเอง	-.02	.02	1.28	1	.26	.98	.95	1.01
เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	.00	.01	.24	1	.62	1.00	.99	1.02
ค่าคงที่	-2.81	2.57	1.20	1	.27	.06		
สัมประสิทธิ์การทำนาย (Nagelkerke R ²) = 0.22								
ภาวะแม่เนียบ								
การครุ่นคิด	.03	.03	1.17	1	.28	1.03	.98	1.08
แหล่งทักษะภายในตนเอง	-.01	.01	.87	1	.35	.99	.96	1.01
เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	.01	.01	1.87	1	.17	1.01	.99	1.02
ค่าคงที่	.13	2.15	.00	1	.95	1.13		
สัมประสิทธิ์การทำนาย (Nagelkerke R ²) = 0.09								

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% CI	
							Lower	Upper
ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม								
การครุ่นคิด	.00	.03	.01	1	.91	1.00	.95	1.06
แหล่งทักษะภายในตนเอง	-.06	.02	12.59	1	.00*	.94	.91	.97
เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	.01	.01	1.96	1	.16	1.01	.99	1.03
ค่าคงที่	7.46	2.66	7.85	1	.00	1.74		
สัมประสิทธิ์การทำนาย (Nagelkerke R ²) = 0.23								
p < 0.05*								

สรุปและอภิปรายผล

ผลการการวิจัยพบว่า การครุ่นคิด มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการซึมเศร้า (OR=1.07; 95% CI: 1.01-1.13; p = 0.02) และสามารถทำนายกลุ่มอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 9 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย การศึกษาปัจจัยด้านการครุ่นคิดที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มุ่งศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นในสถานบริการด้านสุขภาพหรือในสถานศึกษา และยังไม่พบการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในกลุ่มวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติดและอยู่ในบริบทเฉพาะเช่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่าปัจจัยด้านการครุ่นคิดมีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้า (Geiger & Kwon, 2010; Lo et al, 2008; Kuyken et al, 2006) โดยการครุ่นคิดเป็นรูปแบบของการตอบสนองต่อภาวะตึงเครียด เกี่ยวข้องกับการคิดซ้ำๆ วกไปวนมา โดยหมกมุ่นอยู่กับภาวะเครียดนั้นๆ แม้ว่าเหตุการณ์รอบตัวจะปรับเปลี่ยนไปแล้วก็ตาม ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลขาดสมาธิ ขัดขวางการคิดแก้ไขปัญหา และทำให้การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งNolen-Hoeksema (1991) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเนื่องจากอิทธิพลของการครุ่นคิด ทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงและระยะเวลานานขึ้น

สำหรับปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบที่ไม่สามารถทำนายกลุ่มอาการซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (จินตนา ลีจิงเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา และ ธรณินทร์ กองสุข, 2549; Thanoi, 2009) ทั้งนี้เนื่องจาก ประการแรก เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ระบุว่า เหตุการณ์ไม่เกิดขึ้น และเหตุการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่มีความยุ่งยากใจ (ร้อยละ34-76) ทำให้คะแนนอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้คะแนนโดยรวมต่ำ ประการที่สอง ภาวะซึมเศร้านั้นเป็นภาวะที่เกิดจากหลายปัจจัย มีงานวิจัยรายงานความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในชีวิตและการเริ่มอาการซึมเศร้า โดยตั้งข้อสังเกตว่าบางคนเคยมีประสบการณ์กับความเครียดที่

รุนแรงแต่ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า(Monroe & Simon, 1991) นั้นแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากเกี่ยวข้องกับการรับรู้เหตุการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นแล้ว อาจจะมีเกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณค่าของตนเอง ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้น รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบข้างของบุคคลที่พบกับสถานการณ์นั้นๆด้วย (Vongsirimas, 2008) ประการที่สาม ในการศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกวิธีการแบบขั้นตอนเดียว (Enter method) มีคุณลักษณะคือ ศึกษาอิทธิพลของตัวแปรนั้น เมื่อตัวแปรอื่นๆถูกทำให้คงที่ ดังนั้น การวิเคราะห์ทางสถิติเช่นนี้ อาจทำให้อิทธิพลของตัวแปรไม่ปรากฏชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยต่างๆอาจส่งผลต่อกันแบบตัวแปรอิสระ (Moderator) และหรือแบบตัวแปรแทรก (Mediator) จึงทำให้เกิดผลต่อตัวแปรเมื่อมาอยู่รวมกัน จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบและกลุ่มอาการซึมเศร้าจากในศึกษาครั้งนี้

สำหรับปัจจัยด้านแหล่งทักษะภายในตนเอง ไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาส่วนหนึ่งที่ระบุว่า แหล่งทักษะภายในตนเองจะมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตเวช (Chiung-Yu Huang, Sousa, Shu-Yin Tu, & Mei-Yi Hwang, 2005; Chiung-Yu Huang, & Su-Er-Guo, 2009)

การครุ่นคิด มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการวิตกกังวล ($OR=1.09$; 95% CI: 1.03-1.17; $p = 0.01$) โดยสามารถทำนายกลุ่มอาการวิตกกังวลได้ร้อยละ 22 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย และมีรายงานวิจัยสนับสนุนถึงการครุ่นคิดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล (Blagden & Craske, 1996; Moulds et al., 2007; Nolen-Hoeksema, 2000; Robinson & Alloy, 2003) โดยเฉพาะในบุคคลที่มีการครุ่นคิด ก็จะคิดวุ่น ซ้ำซากกับสิ่งที่มากระทบ อาจจะต่อเนื่องและทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลรุนแรงยิ่งขึ้น

เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการวิตกกังวลของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน อธิบายได้ว่าจำนวนครั้งและความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็อาจจะมีส่วนทำให้การรับรู้ของวัยรุ่นกลุ่มนี้มีความยุ่งยากใจในระดับต่ำ โดย Gothelf, Aharonovsky, Horesh, Carty และ Apter (2004) ตั้งข้อสังเกตว่า จำนวนครั้ง ระดับความรุนแรง และลักษณะสถานการณ์ที่เฉพาะนั้น อาจจะมีเกี่ยวข้องเกี่ยวกับอาการวิตกกังวลในวัยรุ่น รวมทั้งอาจจะมีเกี่ยวข้องเกี่ยวกับลักษณะบุคลิกภาพของวัยรุ่นแต่ละคนที่จะใช้วิธีเผชิญปัญหาด้วย ดังนั้นลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ อาจจะไม่รุนแรงจึงส่งผลให้การรับรู้เหตุการณ์ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่พบความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการวิตกกังวล

สำหรับปัจจัยด้านแหล่งทักษะภายในตนเองซึ่งไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการวิตกกังวล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทักษะภายในตนเองกับกลุ่มอาการวิตกกังวลในวัยรุ่น อย่างไรก็ตามจากแนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเองของ Rosenbaum (1989) กล่าวว่า แหล่งทักษะภายในตนเองจะมีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความเครียด กล่าวคือ ความสำเร็จในการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดนั้นจะเกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเอง โดยผ่านแหล่งทักษะภายในตนเองซึ่งเป็นชุดของทักษะที่มีความสำคัญ ในการควบคุมการตอบสนองทางอารมณ์และความคิดระหว่างสถานการณ์ความเครียดนั้น โดยใช้ทักษะในการแก้ปัญหา(problem-solving skills) ทักษะการเลื่อนความพึงพอใจ (delaying immediate gratification) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนมีคะแนนรวมที่บ่งชี้ว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับปานกลาง ไม่ต่ำหรือสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไปอย่างชัดเจน เมื่อใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกวิธีการแบบขั้นตอนเดียว (Enter method) ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างแหล่งทักษะภายในตนเองกับกลุ่มอาการวิตกกังวล

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับภาวะแมเนียของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับภาวะแมเนียในกลุ่มวัยรุ่น อย่างไรก็ตามสามารถอธิบายได้ดังนี้

ประการแรกเนื่องจากภาวะแมเนียนั้นพบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น โดยมักแสดงอาการหงุดหงิดโกรธง่าย และอารมณ์แปรปรวนง่ายมากกว่าความรู้สึกรื่นเริงสนุกสนาน (McCiure, Kubiszyn, & Kaslow, 2002; สมภพ เรื่องตระกูล, 2551) โดยวัยรุ่นที่มีอาการแมเนียมักจะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงอันตราย เช่น ขับรถอย่างประมาท ดื่มสารเสพติด มีพฤติกรรมเกเร ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นสาเหตุในการกระทำผิดกฎหมาย และเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม (United Nations, 2003) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าภาวะแมเนียในกลุ่มวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มักจะถูกกล่าวถึงในกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว โรคชนสมาธิสั้น พฤติกรรมก้าวร้าว/เกเร หรือการใช้สารเสพติดที่ผิดปกติมากกว่าที่จะกล่าวถึงเพียงภาวะเดียว (Biederman et al., 2000; Ryan & Redding, 2004) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีประวัติการใช้สารเสพติดทั้งหมด และใช้สารอย่างต่อเนื่องแม้ในช่วงก่อนเข้าสู่สถานพินิจฯ แสดงให้เห็นว่าภาวะแมเนียที่ปรากฏในกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาในครั้งนี้ อาจมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตเวชอื่นด้วย ซึ่งลักษณะอาการที่แสดงออกมักจะคล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามวัยรุ่นกลุ่มนี้อาจจะเคยมีอาการสนุกสนานร่าเริง ครื้นเครง หงุดหงิด หรือมีอาการแปรปรวนเป็นบางช่วง โดยอาจจะเป็นเพียงแค่ภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น หรือเป็นช่วงอาการของ

การใช้สารเสพติด ดังนั้นภาวะเมเนียที่เกิดขึ้นจึงไม่ชัดเจนและส่งผลให้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์กับปัจจัยดังกล่าว

ประการที่สอง เนื่องจากภาวะเมเนียจะมีสภาวะทางอารมณ์ที่ครึกครื้น สนุกสนาน หรือแปรปรวนหงุดหงิดง่าย ร่วมกับการคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปตามสภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติ (สรยุทธ วาสิกนันท์, 2547) หรือมีลักษณะความคิดแล่นเร็ว และรูปแบบการคิดของวัยรุ่นที่มีอาการเมเนียจะไม่หมกมุ่นอยู่กับความทุกข์ใจ โดยมักจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลินมากกว่า (มานิช หล่อตระกูล, 2552) จึงอาจจะเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้การครุ่นคิดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเมเนียของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการศึกษาครั้งนี้

ประการที่สาม เนื่องด้วยปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และด้านแหล่งทักษะภายในตนเองไม่มีรายงานถึงความสัมพันธ์กับภาวะเมเนียโดยตรง แต่อาจจะอธิบายผ่านภาวะเมเนียซึ่งมีการระบุอย่างชัดเจนว่ามีความเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์สองขั้ว (สมภพ เรืองตระกูล, 2551) โรคชุนสมาธิสั้น หรือพฤติกรรมเกรี้ยวโดยเฉพาอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น (Biederman, et al., 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมของ Wozniak และคณะ (1995) พบว่า เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะเมเนีย จะพบโรคชุนสมาธิสั้นได้สูงถึงร้อยละ 90 ซึ่งสาเหตุสำคัญของปัญหาทางจิตเวชดังกล่าว จะมีความสัมพันธ์จากพันธุกรรมในครอบครัว โดย Chang, Steiner, และ Ketter (2000) พบว่า บุตรของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จะมีภาวะเมเนียร่วมกับโรคชุนสมาธิสั้นถึงร้อยละ 80 แต่ขัดแย้งกับ Johnson, Andersson-Lundman, Aberg-Wistedt และ Mathe (2000) ที่เห็นว่าในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ไม่มีประวัติโรคดังกล่าวในครอบครัว เหตุการณ์ความเครียดมักจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเมเนีย อย่างไรก็ตามโรคอารมณ์สองขั้วในช่วงที่มีภาวะเมเนียมักจะไม่มีความสัมพันธ์กับความกดดันภายนอก (มานิช หล่อตระกูล, 2552) ดังนั้นสรุปได้ว่า ปัจจัยทางพันธุกรรม อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเมเนียของกลุ่มวัยรุ่น มากกว่าปัจจัยทางด้านจิตสังคม

แหล่งทักษะภายในตนเอง (OR = .94; 95% CI: .91- .97; p = 0.00) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 23 (Nagelkerke $R^2 = 0.23$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ซึ่งยังไม่พบการศึกษาที่ระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทักษะภายในตนเองกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมโดยตรง อาจจะอธิบายได้ว่าแหล่งทักษะภายในตนเองจะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยแหล่งทักษะภายในตนเองมีผลต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง Rosenbaum (1990) ดังนั้นหากวัยรุ่นมีแหล่งทักษะภายใน

ตนเองในการควบคุมอารมณ์ระดับต่ำ ก็จะทำให้ไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆในชีวิต หรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้เหมาะสม และในที่สุดก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนในลักษณะต่อต้านสังคมได้

สำหรับเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากคะแนนรวมเฉลี่ยของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสร้างความยุ่งยากใจในระดับต่ำ (mean = 64.62 actual range = 8-199, S.D. = 35.4) ซึ่งส่วนหนึ่งอาจมาจากลักษณะบุคลิกภาพที่เบี่ยงเบนไป โดยมักจะมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือต่อผู้อื่น หรือต่อเหตุการณ์ที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง (รณชัย คงสกนธ์, 2552) ดังนั้นวัยรุ่นจากการศึกษาครั้งนี้รับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสร้างความยุ่งยากใจน้อยมาก จึงส่งผลให้ปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถทำนายความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม

ปัจจัยด้านการครุ่นคิดไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ถึงแม้ว่าการครุ่นคิดจะมีงานวิจัยระบุถึงความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตเวชกลุ่มแสดงออกภายใน (internalizing) เช่น กลุ่มอาการซึมเศร้า กลุ่มอาการวิตกกังวล เป็นต้น แต่ก็ยังไม่พบงานวิจัยที่ระบุถึงความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตเวชกลุ่มแสดงออกภายนอก (externalizing) เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ใช้สารเสพติด หรือในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เป็นต้น ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจากลักษณะอาการของความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง ใจร้อน ไม่มีความสำนึกผิด ไม่มีความวิตกกังวล หรือเสียใจกับพฤติกรรมของตนเอง (รณชัย คงสกนธ์, 2552) ดังนั้นจึงไม่มีลักษณะครุ่นคิดถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ไม่รู้สึกผิด หรือรู้สึกเศร้าเสียใจกับสิ่งที่ผ่านมา รูปแบบการครุ่นคิด หมกมุ่นจึงพบได้น้อยกว่าในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า หรือกลุ่มวิตกกังวล ดังนั้นปัจจัยด้านการครุ่นคิดของวัยรุ่นจากการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าวัยรุ่นที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่มีปัญหาทางจิตเวช (ร้อยละ 80) ดังนั้นควรมีการประเมินปัญหาทางจิตเวชในวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวเพื่อคัดกรองและเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม

1.2 จากผลการวิจัยที่พบว่าครูนักคิดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับกลุ่มอาการซึมเศร้า และกลุ่มอาการวิตกกังวล สำหรับแหล่งทักษะภายในตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมของวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ดังนั้นพยาบาลสามารถนำปัจจัยดังกล่าวมาพิจารณาประกอบการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชในวัยรุ่นที่มีประวัติใช้สารเสพติด รวมทั้งนำองค์ความรู้จากปัจจัยดังกล่าวมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกัน หรือลดความรุนแรงของปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นกลุ่มนี้ เช่น โปรแกรมการส่งเสริมทักษะในการควบคุมตนเอง เป็นต้น

1.3 บุคลากรในทีมสุขภาพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรม ควรมีการประสานการทำงานในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนแบบองค์รวม โดยเน้นทักษะภายในตนเองและทักษะในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้วัยรุ่นกลุ่มนี้สามารถนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางจิตเวช ของกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในครั้งนี้ ในประเทศไทยปัจจุบันพบไม่มากนัก โดยการศึกษาส่วนใหญ่จะให้ความสนใจความชุกของการเกิดปัญหาทางจิตเวช มากกว่าการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ ดังนั้นควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นกลุ่มนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม

2.2 การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย เพื่อให้ครอบคลุมประชากรควรมีการศึกษาเพศหญิงควบคู่กันไป เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน ดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดปัญหาทางจิตเวช การใช้สารเสพติด และการกระทำความผิดซ้ำ

2.3 การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกวิธีการแบบขั้นตอนเดียว (Enter method) สามารถทำนายได้ค่อนข้างต่ำ ซึ่งตัวแปรอาจมีอิทธิพลทางอ้อมหรือมีผลส่งเสริมอิทธิพลซึ่งกันและกันต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวช จึงควรมีการศึกษาอิทธิพลของตัวแปรทั้งแบบตัวแปรทำนาย(Moderator) และแบบตัวแปรแทรก (Mediator) รวมทั้งการใช้วิธีการแบบขั้นตอนเดียว ทำให้ไม่สามารถระบุว่าตัวแปรตัวใดที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชมากที่สุด ดังนั้นควรมีการเลือกการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกในรูปแบบอื่น เช่น การวิเคราะห์แบบเดินหน้า (Forward method) เป็นต้น เพื่อคัดเลือกตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามได้ดังกล่าวสูงสุด

3. ข้อจำกัดในการศึกษาในครั้งนี้

3.1 การศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I) สามารถประเมินปัญหาทางจิตเวชในกลุ่มวัยรุ่นได้ค่อนข้างดี อย่างไรก็ตามอาจจะยังไม่ครอบคลุมปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น เช่น โรคสมาธิสั้น โรคพฤติกรรมต่อต้านทำลาย หรือพฤติกรรมเกรี้ยว เป็นต้น

3.2 การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่กลุ่มประชากรกลุ่มอื่น



RELATIONSHIPS AMONG NEGATIVE LIFE EVENTS, RUMINATION,
LEARNED RESOURCEFULNESS AND PSYCHIATRIC PROBLEMS IN
JUVENILES WITH SUBSTANCE ABUSE IN INCARCERATION

USA NUAMPET 5137705 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: RUNGNAPA PANITRAT, RN, Ph.D.
(NURSING), PRAPA YUTTATRI, RN, D.N.S, NANTAWAT SITTIRAK, M.D.,
Dip. PSYCHIATRY

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Psychiatric problems are currently a problem with high incidence rates in detention facilities. According to the results of surveys on psychiatric problems among incarcerated juveniles in a number of countries, approximately 50-90% of them are aged of 15-18 years with having psychiatric problems (Stathis, Letters, Doolan, Fleming, Heath et al., 2008; Bickel & Campbell, 2002). According to a survey on the psychiatric problems of incarcerated juveniles in the United States, it has been shown that one out of five juveniles was found to have psychiatric problems (Pumariega et al., 1999; Steiner et al., 1996; Lyons, Baerger, Quigley, Erlich, & Griffin, 2001). Among them almost 15-20% had bipolar disorder or schizophrenia (Arredondo et al., 2001). Furthermore, these evidences revealed that the incarcerated juveniles had high rates of psychiatric problems and when those problems occurred, they were terrible more suffered (Fazel et al., 2008).

Moreover, reports on research concerned with substance abuse of incarcerated juveniles indicated that more than 50% of them were involved with narcotic substances including the usage of substances or both usage and distribution of

substances (Aarons, Brown, Hough, Garland, & Wood, 2001; Stathis, Letters, Doolan, Fleming, Heath, et al., 2008; Manop Kanato, Suchada Paileeklee, Bangornsri Chindawong, and Suwanna Arunpongpaian, B.E. 2547). While there are many of incarcerated juveniles used more than one types of substances as combined cocktail (McClelland, Elkington, Teplin, & Abram, 2004).

Psychiatric problems and substance abuse are concurrently significant problems among incarcerated juveniles. According to the literature review, persons with abnormal mental conditions were found to be at 2.7 times greater risk for using narcotic substances than ordinary persons (Beyer & Antai-Otong, 2008). Furthermore, more than 50% of psychiatric patients and groups with antisocial behaviors were found to have higher tendencies toward substance abuse than ordinary persons (Conway, Compton, Stinson, & Grant, 2005). That is, persons with psychiatric problems are at risk for substance abuse. On the other hand, persons with substance abuse problems are at risk for psychiatric problems (Kandel, Huang, & Davies, 2001).

According to a qualitative study by Malhotra, Sharma, Saxena and Ingle (2007) using focus groups technique to collect the data among male incarcerated juveniles with substance abuse in India. Data had been shown that the juveniles used narcotic substances to ease their stress and anxiety due to loss of family members and loved ones. When persons use narcotic substances, the neuro-biological systems called “brain stress circuits” are involved (Mustafa, 2007). These systems stimulate the function of the reinforcement rewarding system in the limbic area. It creates feelings of comfort, happiness, satisfaction and desires with lead them to continue the use of narcotic substances (Chakkrit Sukying, B.E. 2543).

As the rewarding mechanism is induced, the juveniles feel relief from their mental suffering or pressure, resulting to substances addict. The study revealed that tendencies toward various forms of crime will increase when the juveniles use narcotic substances (Malhotra et al., 2007). There are reverberating effects, at the same time, leading to risks which may easily cause psychiatric problems among those juveniles (Rogers, Pumariega, Atkins, & Cuffe, 2006). However, currently there are no direct studies concerning mental health conditions in incarcerated juveniles with substance abuse.

Psychiatric problems and substance abuse in incarcerated adolescents have been influenced by several factors. According to the literature review, negative or stressful life events either severe or major life events, including parental separation or divorce, the death of loved ones, or daily hassles, etc., have been found to be related to increased risks for psychiatric problems (Kristin & Lisi, 2000) whether within the type of internalizing or externalizing symptoms (Liu & Tein, 2005). It is evident, therefore, that negative life events are another risk factor associated with the occurrence of psychiatric problems in adolescents. Stressful life events and childhood experiences that were negative life events to be related to or factors involved in causing risk for depression (Chintana Lichongpermpoon, Kesaraporn Kenbuppa and Toranin Kingsuk, B.E. 2549).

The rumination is one of factors involving psychiatric problems. It is the repeated thinking of any situation that impact on one's emotion and behavior. If the adolescents respond to themselves and the environment as in the negative rumination, they may lack of concentration, leading to an ineffective problems confrontation, and making them prone to psychiatric problems (Nolen-Hoeksema, 2000).

According to a study by Kuyken, Watkins, Holden and Cook (2006) who examined the relationship between rumination and depression in adolescents, adolescents with depression were found to have higher levels of rumination than adolescents with no depression ($F = 249.92 (2,270), p < 0.001$). Furthermore, other reports on research have supported that rumination is related to other psychiatric problems such as anxiety (Blagden & Craske, 1996; Moulds, Kandris, Starr, & Wong, 2007; Nolen-Hoeksema, 2000; Robinson & Alloy, 2003), eating disorders and substance abuse (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, & Bohon, 2007).

Apart from stressful situations or negative life events and characteristics of rumination, which are precipitating factors, learned resourcefulness is also a significant skill which impacts on capacity to confronting problems. Persons with learned resourcefulness will be able to confront with internal triggers by minimization, reduction, mastering or toleration. If internal problems cannot be controlled, persons may be unable to control exhibited behaviors (Rosenbaum, 1990). According to research reports, children and adolescents with low learned resourcefulness have been found to have mental health problems, such as conduct disorder, anxiety, depression

(Chiung-Yu Huang, Sousa, Shu-Yin Tu, & Mei-Yi Hwang, 2005; Chiung-Yu Huang, & Su-Er-Guo, 2009), and especially, substance abuse (Wulfert, Block, Ana, Rodriguez & Colsman, 2002).

In general, the adolescents with psychiatric problems are found to have higher risk of substance abuse and more difficult to stop using drug than ones' without psychiatric problems. According to a report, juvenile psychiatric patients tend to stop and/or not comply with treatment plans, thus causing higher treatment or therapy expenses (RachBeisel, Scott, & Dixon, 1999). Simultaneously, narcotic substances also cause the exacerbation of severe mental symptoms, so patients experience depression, commit suicide or other abnormal behaviors (King, Gaines, Lambert, Summeerfelt, & Bickman, 2000). According to research, psychiatric adolescents with substance abuse have been found to have higher tendencies for repeating crimes and re-entering to the justice system (Vermeiren, Schwab-Stone, Ruchkin, De Clippele, & Deboutte, 2002) than incarcerated adolescents with only substance abuse or mental symptoms (Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams, & Murray, 2009).

The incarcerated juveniles are found to have double jeopardy. These high risk groups of juveniles are difficult to be approached from health care profession and their problems are complex as well (McCarty, Stoep, Kuo, & McCauley, 2006). Consequently, some of incarcerated juveniles are usually misjudged that their substance abuse and illegal actions resulting from the behavioral problems, while the fact that those inappropriate behaviors might be their psychological response to ease the mental health problems were neglected.

It is important for health care profession, especially psychiatric nurse, to aware of the mental health significance among the aforementioned juveniles unless they were obtained an improper treatment. By overlook this problem; it might increase the risk for violent behaviors, raise the rate of substance abuse, suicide attempt, severe mental illness upon entering adulthood, and, in the most horrible case, further severe crimes. Understanding the factors related to psychiatric problems in incarcerated juveniles is significant toward bringing about improvement in care models for promoting skills in effectively confronting problems, and expanding the accessibility to mental health and psychiatric services to these groups of juveniles.

In Thailand, studies concerning factors associated with psychiatric problems in incarcerated juveniles remain limited, particularly, the study on relationships between variables associated with negative life events, rumination, learned resourcefulness, psychiatric problems and substance abuse. Therefore, as a mental health care and psychiatric staff member, the researcher is interested in studying the relationship between negative life events, rumination, learned resourcefulness and the psychiatric problems of incarcerated juveniles with substance abuse in order to form evidence-based practice leading to further appropriate care and treatment among those juveniles.

Research Objectives

To examine the relationships among negative life events, rumination, learned resourcefulness and current psychiatric problems (depressive disorders, anxiety disorders, mania and antisocial personality disorder) in juvenile with substance abuse in incarceration.

Research Hypothesis

1. Negative life events, rumination and learned resourcefulness predict of depressive disorders in juveniles with substance abuse in incarceration.
2. Negative life events, rumination and learned resourcefulness predict of anxiety disorders in juveniles with substance abuse in incarceration.
3. Negative life events, rumination and learned resourcefulness predict of mania in juveniles with substance abuse in incarceration.
4. Negative life events, rumination and learned resourcefulness predict of antisocial personality disorder in juveniles with substance abuse in incarceration.

Conceptual Framework

In the present study, the Learned Resourcefulness model proposed by Michael Rosenbaum (1990) was used as the conceptual framework. Michael Rosenbaum asserted psychiatric problems as the result of low levels of learned resourcefulness when negative life events happen in their lifetime. People will be

adjusted by using process regulating cognitions, leads to control and effective coping. If people have rumination, think in circles, or become obsessed with a stressful situation, they will lose concentration and disturb process regulating cognitions. Moreover, if person have low levels of learned resourcefulness with impact on issues from the inside, like anger and misery. In other words, persons with learned resourcefulness will be able to confront internal triggers by minimizing, reducing, mastering or tolerating internal triggers. If internal problems cannot be controlled, the person may not be able to control exhibited behaviors and adolescents with low learned resourcefulness will be at risk for psychiatric problems in the future.

Thus, the researcher is interested in studying examined relationships between negative life events, rumination, learned resourcefulness and psychiatric problems in juvenile with substance abuse in incarceration as shown in the following diagram:

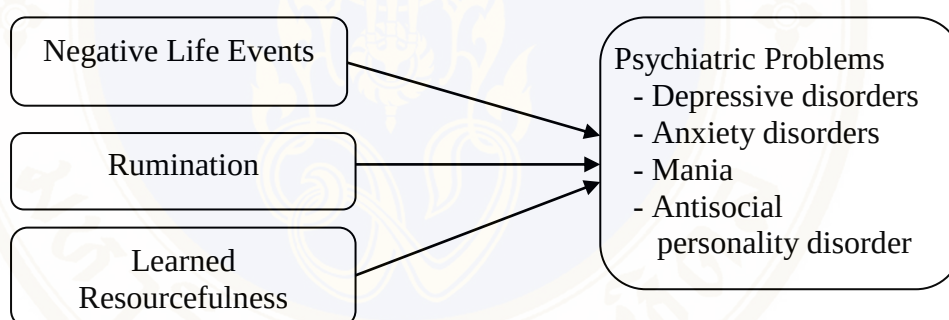


Figure 1 – Conceptual framework for the study based on the learned resourcefulness model (Rosenbaum, 1990).

Scope of the study

This study aimed to predict the relationship between negative life events, rumination, learned resourcefulness and current psychiatric problems in juveniles with substance abuse in incarceration of Bangkok between May 2010 and May 2011.

Research Methodology

Research design

This study was predictive correlational research

Population and Sample Group

The population of this study was consisted of incarcerated juveniles who aged 14-18 years with the history of substance abuse and crime. The sample selection was conducted using convenience sampling, whereas the juveniles who met the exclusion criteria were excluded from the study. The exclusion criteria was consisted of physical diseases with impact on cognitive function such as history of brain surgery, retardation, etc, or psychiatric symptoms disturbing cognitive function with severity to the point that juveniles require treatment for symptoms such as dementia, paranoia, auditory hallucinations, visual hallucinations, self-destruction or abuse of others, etc.

The sample size was calculated based on the following formula (Chariya Lertackayamanee and colleagues, 2000):

$$n = (Z_{\alpha/2})^2 P (1-P)/d^2$$

After replacing each variable in the formula, the calculation was indicated minimize sample size of 110.

Research Instrumentation

Part 1: Demographic Data Questionnaire was developed by the researcher and included 20 questions consisting of data on population, parents or guardians, cases, health and narcotic substance.

Part 2: Rumination was evaluated by using the Thai version of the Ruminative Response Scale (RRS) by Nolen-Hoeksema & Morrow (1991) which was translated by Wareerat Thanoi (2009). The RRS is a self-evaluation form concerning responses to expressions of negative emotions. Levels of rumination were evaluated from scores on cognitive responses to each situation. The scale contained 22 questions. In this study, the RRS had a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.87.

Part 3: Learned resourcefulness can be evaluated by using the Self-Control Schedule (SCS) of Rosenbaum (1980), so the data can be used for evaluating learned resourcefulness. The Thai edition was translated by Rungnapa Panitrat (2001). SCS is a self-evaluation form for using self-control skills in confronting problems with 36 questions. In this study, the SCS had a Cronbach's Alpha Coefficient equal to 0.76.

Part 4: Negative life events were evaluated by using the Negative Event Scale (NES) by Maybery (2003). The Thai edition was translated and developed by

Pitakpon Boonyamalik (2005) with 42 questions. In this study, the NES had Cronbach's Alpha Coefficient equal to 0.95.

Part 5: Psychiatric problems were evaluated by using the Thai version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) – 5.0.0 translated by Pannapa Kittirattanapaiboon and colleagues (2003) with 16 modules. In this study, the researcher received training concerning the use of instrument and practices in patients with characteristics similar to the sample group. The researcher was trained by the expert psychiatrists to use and interview patients according to the aforementioned instrument. The inter-rater methods were performed to examine the reliability (Polit & Beck, 2008) of this instrument. In this study, the reliability was 0.97.

Data Collection

Before the data collection began, permission letter for data collection in the setting was obtained from the Graduate Studies, Mahidol University. It was submitted to the director-general of the Department of Juvenile Observation and Protection. During that time, the study proposal was also submitted to Mahidol University- Institutional Review Board (MU-IRB, Panel C Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University in order to obtain the approval to collect data from incarcerated juveniles.

After the approval was granted, as well as the permission to collect data from the director-general of the Department of Juvenile Observation and Protection was obtained. The data collection was preceded at the Ban Karuna Juvenile Vocational Training Center for Boys, Amper Bangpli, Samutprakarn from November of 2010 to January of 2011. The researcher collected all data herself by interviewing and completing questionnaires which required approximately 1 hour per informant by beginning with the interview corresponding with the M.I.N.I. and then having the sample group answer all four sets of questionnaires. All of the samples used codes instead of names to complete the interview forms and questionnaires. The researcher notified the sample group of their rights and freedom in participating in the research with no impact on the receipt of training, services, or care/various support in the Ban Karuna Juvenile Vocational Training Center for Boys in both the present and future.

All of the data provided by the participants was stored and not disclosed to the public individually but reported only as overall data.

Data Analysis

All data obtained from the interview forms and questionnaires were analyzed by using a statistical computer program package employing descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, average scores, standard deviation and logistic regression analysis.

Research Findings

Part 1: Demographic data for incarcerated juveniles with substance abuse

This study involved a total of 110 samples aged 15-18 years with an average age of 16.9 years (S.D. = 1.02). Nearly the entire sample group comprised Buddhists (93.6%) with no congenital diseases (91.8%). Most had graduated with junior high school levels of education (52.7%). Approximately half of the sample group was in the Ban Karuna Juvenile Vocational Training Center for Boys for crimes of substance abuse (50.9%) and most were in the Ban Karuna for the first time (93.6%) and average age of 16 years (Min = 10, Max = 17, S.D. = 1.29) and used substances for the first time at an average age of 14.25 years (Min = 10, Max 17, S.D. = 1.68).

As for the demographic data of the sample group associated with families, more than half of the sample group was found to not have parents who live together (52.7%) with the average monthly family income was 5,000 – 10,000 baht (40.9%). Before entering the Ban Karuna Juvenile Vocational Training Center for Boys, most of the sample group had not lived with parents (58.2%), had family members with substance abuse (60%) and most family members had no history of psychiatric problems (88.2%).

Demographic data of the sample group in terms of substance abuse. During periods of three months to entering the Ban Karuna, with more than half smoke cigarettes (75.5%). Which will return to using drugs again within 1-4 weeks (42.9%) and the sample is related to substance abuse by drug users and dealers (50.9%).

Part 2: Data concerning negative life events, rumination and learned resourcefulness of incarcerated juveniles with substance abuse

1) Negative life events

The scores obtained from the assessment of negative life events evaluated by using the Negative Event Scale (NES) were 0-210 points and the sample group was found to have an average score for perceived stress occurring throughout their lives equal to 64.62 (Actual range = 8-199, S.D. = 35.44).

2) Rumination

According to the assessment of rumination by using the Ruminative Response Scale (RRS) with the scores obtained ranging from 22-88 points, the sample group was found to have an average score of 43.72 (Actual range = 26-74, S.D. = 9.35) When considered in terms of individual aspects, the sample group was found to have depression-related average scores of 23.61 (Actual range = 14-41, S.D. = 5.21), brooding average scores of 10.77 (Actual range = 5-19, S.D. = 2.87), and reflection average scores of 9.34 (Actual range = 5-20, S.D. = 2.55).

3) Learned resourcefulness

According to the assessment of learned resourcefulness by using the Self-Control Schedule (SCS) with scores ranging from 36-216 points, the sample group was found to have an average score of 140.2 (Actual range = 91-172, S.D. = 14.84). When analyzed in terms of individual aspects, the sample group was found to have an average self-control skill score of 50.1 (Actual range = 19-69, S.D. = 8.18), an average Problem-solving strategies score of 43.82 (Actual range = 14-62, S.D. 8.11), an average Delay Immediate Gratification score of 15.45 (Actual range = 2-22, S.D. = 2.34) and an average perceived self-efficacy score of 30.84 (Actual range = 19-41, S.D. = 4.18).

Part 3: Data concerning the psychiatric problems of incarcerated juveniles with substance abuse

According to the assessment of psychiatric problems in the sample group by using the Thai version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-5.0.0 by Pannapa Kittirattanapaiboon and colleagues (2003), most of the sample group was found have psychiatric problems (80%). When considered in terms

of current psychiatric problems showed more than half the sample conditions Mania 53.6% of the total sample, followed by an antisocial personality disorders accounted for 50% of the total sample. Depressive disorders 36.4% of the total sample. And anxiety disorders were 25.5% Of the total sample.

Part 4: Prediction relationship between negative life events, rumination, learned resourcefulness, and psychiatric problems (Depressive disorders, Anxiety disorders, Mania and Antisocial personality disorder) in juvenile with substance abuse in incarceration.

This research use binary logistic regression analysis statistic by enter method have level of significant ($\alpha=0.05$) this research finding rumination related with depressive disorder (OR=1.07; 95% CI: 1.01-1.13; $p = 0.02$) and anxiety disorders (OR=1.09; 95% CI: 1.03-1.17; $p = 0.01$). Rumination can predict depressive disorders are 9% and predict anxiety disorders are 22%. Learned resourcefulness related with antisocial personality disorder (OR= .94; 95% CI: .91- .97; $p = 0.000$). Learned resourcefulness can predict antisocial personality disorder is 23.4%. This research finding negative life event, rumination, learned resourcefulness not related with mania in juvenile with substance abuse in incarceration.

Table 1: Binary Logistics Regression Analysis statistic by Enter method between predict factor with psychiatric problems.

Predict factor	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% CI	
							Lower	Upper
<u>Depressive disorders</u>								
Rumination	.07	.03	5.61	1	.02*	1.07	1.01	1.13
Learned								
resourcefulness	-.01	.01	.60	1	.44	.99	.96	1.02
Negative life events	-.01	.01	.54	1	.46	.99	.98	1.01
Constant	-1.6	2.24	.55	1	.46	.19		
Nagelkerke R ² = 0.09								

Predict factor	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% CI	
							Lower	Upper
<u>Anxiety disorders</u>								
Rumination	.09	.03	7.89	1	.01*	1.09	1.03	1.17
Learned resourcefulness	-.02	.02	1.28	1	.26	.98	.95	1.01
Negative life events	.00	.01	.24	1	.62	1.00	.99	1.02
Constant	-2.81	2.57	1.20	1	.27	.06		
Negelkerke R ² = 0.22								
<u>Mania</u>								
Rumination	.03	.03	1.17	1	.28	1.03	.98	1.08
Learned resourcefulness	-.01	.01	.87	1	.35	.99	.96	1.01
Negative life events	.01	.01	1.87	1	.17	1.01	.99	1.02
Constant	.13	2.15	.00	1	.95	1.13		
Negelkerke R ² = 0.09								
<u>Antisocial personality disorder</u>								
Rumination	.00	.03	.01	1	.91	1.00	.95	1.06
Learned resourcefulness	-.06	.02	12.59	1	.00*	.94	.91	.97
Negative life events	.01	.01	1.96	1	.16	1.01	.99	1.03
Constant	7.46	2.66	7.85	1	.00	1.74		
Negelkerke R ² = 0.23								
p< 0.05*								

Conclusion and Discussion

The results of this study indicate that rumination associated with depressive disorders in juvenile (OR=1.07; 95% CI: 1.01-1.13; p = 0.02) and can predict depressive disorders about 9%. This finding is consistent with the research hypothesis. From the literature review, ruminations were often study in health care center or school and did not study in incarceration. However, the previous studies had shown that rumination associated with depressive disorders (Geiger & Kwon, 2010;

Lo et al, 2008; Kuyken et al, 2006). The theory that rumination is the respond pattern of stress concern about re-thinking fixed in same stress. Although stress is pass away, it effect on solving problem process and not effective for problems attention. Nolen-Hoeksema (1991) elustrated that depress symptoms from rumination influence to severirity and long term depression.

Negative life event factor cannot predict depressive disorders. This finding was not consistensy with the previous studies (Liejongpermpoon, Kanepuppha and Kongsuk, 2006; Thanoi, 2009). There are three reasons that support this finding. First, the participant perceive that negative life event is not occure and do not disturb them (34-76%). It releated to the score and total score are low.

Second, depressive disorders can occur from several factors, many studies reported the relationship between stress and initial depressive symptom. They remark that someone have severe stress but they donot have depressive symptom (Monroe & Simon, 1991). There are many factors affect on depressive disorders including self esteem, life experience, and environment (Vongsirimas, 2008).

Third, this study use binary logistic regression analysis with enter method. The characteristic of this method are concern in specific variable influence when fixed another variable therefore analyze by this statistical make un explore of variable influence. Nevertheless, another factors may be can effect in moderator and/or mediator so that it cannot find the predict relationship between negative life event and depressive disorders in this study.

Learned resourcefulness was not associated with depressive disorders in Juvenile with substance abuse in incarceration. This result did not consistent with some studies which suggested about learned resourcefulness associated with psychiatric problems (Chiung-Yu Huang, Sousa, Shu-Yin Tu, & Mei-Yi Hwang, 2005; Chiung-Yu Huang, & Su-Er-Guo, 2009).

Rumination associated with anxiety disorders in juvenile with substance abuse in incarceration (OR=1.09; 95% CI: 1.03-1.17; $p = 0.01$), this factor can predict 22% (Negelkerke $R^2 = 0.22$) and consistent with research hypothesis. Previous studies supported this finding (Blagden & Craske, 1996; Moulds et al., 2007; Nolen-Hoeksema, 2000; Robinson & Alloy, 2003). Especially,when person have rumination

he/she may be think and re-thinking many times. This characteristic may be continue and increas so that it affect on severe anxiety.

Negative life event was not associated with anxiety disorders in Juvenile with substance abuse in incarceration. Explained that frequency and the severity of the incident may be contributed low level of the perception in this group. Gothelf, Aharonovsky, Horesh, Carty and Apter (2004) noted that frequency, severity and specific event probably related to personality that the juvenile use method for solving problem. The type of event occur might be not severe in juvenile perception so that it is not affect on anxiety in this study.

Learned resourcefulness was not associated with anxiety disorders in this study. From literature review, no studies reported about the relationship between learned resourcefulness and anxiety disorders in juvenile group. However, Rosenbaum (1989) suggested that learned resourcefulness related to stress situation. The successful of stress situation attending related to self-control and referred to learned resourcefulness. The processes of emotional response control and stress situation are used by problem-solving skills and delaying immediate gratification. The results of this study found that the total score of learned resourcefulness in juvenile with substance abuse in incarceration is moderate level as same the general adolescent. It indicated that the juvenile with substance abuse in incarceration can control emotional by themselves. When using logistic regression analysis approaches enter method in this study, it did not predict the relationship between learned resourcefulness and anxiety disorders.

This study found that no factor associated with mania in juvenile with substance abuse in incarceration ($\alpha=0.05$) and could not find the literature about relationship between factors with Mania in juvenile group, expression this following.

First aspect mania often occurs in children and adolescents. They are present moody emotional, angry and show unstable emotional more than happy or joyful (McCiure, Kubiszn, & Kaslow, 2002). Adolescents who are mania like to present harmful behavior such as car driving not safety, substance abuse and turbulent behavior all of this behaviors are cause of illegal action and move to the course of justice (United Nations, 2003) but it remarkable mania in juvenile with substance abuse in incarceration several defined in term of bipolar disorder, attention deficit

hyperactivity disorder, aggressive or take substance abuse more than single definition (Biederman et al., 2000; Ryan & Redding, 2004). The participant take all of substance abuse in the past and take belonging before come to incarceration, it show that mania in sample group involve in another psychiatric problems which are the same sign, nevertheless this juvenile may be ever joyful, happy, and moody in some period of time. The mania symptoms can occur when the juvenile use substance abuse therefore these symptoms are unclear effect on factor relationship in this study.

Second aspect mania symptom such as joyful happy or moody disorder and transform thinking and behavior related to emotional abnormality (Sorayut Vasiknanonte, B.E. 2547) or speed thinking and thinking pattern of mania not be occupied in sadly they are make interest in enjoy activities (Manote Lortakoon, B.E. 2552) may be some reason make rumination not related with mania in juvenile with substance abuse in incarceration.

Third aspect negative life event and learned resourcefulness were not direct relation with mania but may be describe via mania which specific concern with bipolar disorder (Sompop Ruangtrakool, B.E. 2551). Attention Deficit Hyperactivity Disorder or turbulent behavior especially childs and adolescents (Biederman, et al., 2000) from literature review of Wozniak (1995) finding childs and adolescents were diagnose mania. We will finding Attention Deficit Hyperactivity Disorder up to 90% major cause of problem may be related from family's genetic. Chang, Steiner, Ketter (2000) suggested that children of bipolar disorder parents will have mania co-operate with Attention Deficit Hyperactivity Disorder up to 80% but contrast with Johnson, Andersson-Lundman, Aberg-Wistedt and Mathe (2000) bipolar disorder patient without this psychiatric problem in family history stress event is a related factor with mania. However bipolar disorder in period of mania did not associated with external pressure (Manote Lortakoon, B.E. 2552). Genetics factor may be related with mania in adolescents more than psychosocial factor.

Learned resourcefulness related factor with antisocial personality disorder (OR= .94; 95% CI: .91- .97; $p = 0.00$) in Juvenile with substance abuse in incarceration ($\alpha=0.05$), can predict 23.4% (Nagelkerke $R^2 = 0.234$) and consistent with research hypothesis. Previous study did not report relationship between learned resourcefulness with antisocial personality disorder in direct specific. Therefore can

explain learned resourcefulness concern with problem behavior, learned resourcefulness effect to self control (Rosenbaum, 1990). If adolescents have low level of learned resourcefulness, it make them cannot attending in any life situations or loss of self- control finally effect to occur antisocial personality disorder.

Negative life event did not predict relation with antisocial personality disorder in juvenile with substance abuse in incarceration. However, mean total scores in juvenile with substance abuse in incarceration and perceived that make low level of mind confusion (mean = 64.62 actual range = 8-199, S.D. = 35.4) which from deviation of behavior cause of self perception or other perception or event perception deviated (Ronnachai Kongsakon, B.E. 2552). Conclusion of study shown that negative life event cannot reach pressure to them and cannot predict relation with antisocial personality disorder.

Rumination did not predict relation with antisocial personality disorder in juvenile with substance abuse in incarceration although support from previous study. Rumination related to internalizing such as depression, anxiety but not have any previous research identify relational about externalizing psychiatric problems such as aggressive, substance abuse or antisocial personality disorder may be made from emotional unstable, impatient, not to be penitent, not anxiety or sadly in self behavior (Ronnachai Kongsakon, B.E. 2552). No characteristics of rumination such as stressor or sadly in previous event, rumination pattern can find less than depression or anxiety. Rumination factors cannot predict the relationship with antisocial personality disorder in juvenile.

Recommendations

1. Recommendations for Implementing the Research Findings in Nursing Practice

1.1 According to the findings of this study, most of the incarcerated juveniles with history of substance abuse had psychiatric problems (80%). Therefore, psychiatric problems screening shield be done in order to finding a case and to provide appropriate help.

1.2 According to the research findings, rumination is predicting relation factor with depression disorders and anxiety disorders. Learned

resourcefulness is predict relation with antisocial personality disorder in juvenile with substance abuse in incarceration, so nurses can reach their factors to consider with risk assessment to occurring psychiatric problems in juvenile with substance abuse and take body of knowledge from these factors to develop program for prevention or reduce severity in psychiatric problems such as self control skill program.

1.3 Nurses, as a member of health care provider, should actively work in cooperation with incarcerated officials in order to provide holistic care for improving psychiatric problems in incarcerated juveniles with history of substance abuse. They should emphasize by learned resourcefulness and effectively deal with problems. The adolescents can make effective modification in their daily lives.

2. Recommendations for Further Study

2.1 The study relationship factors which associated with psychiatric problems in juvenile with substance abuse in incarceration are a few publish in Thailand. Almost of research conducted in epidemiology more than the relationship factors. The finding of this study indicate that further research is required into the factors that related to the psychiatric problem in juvenile in order to understand and improve quality of care.

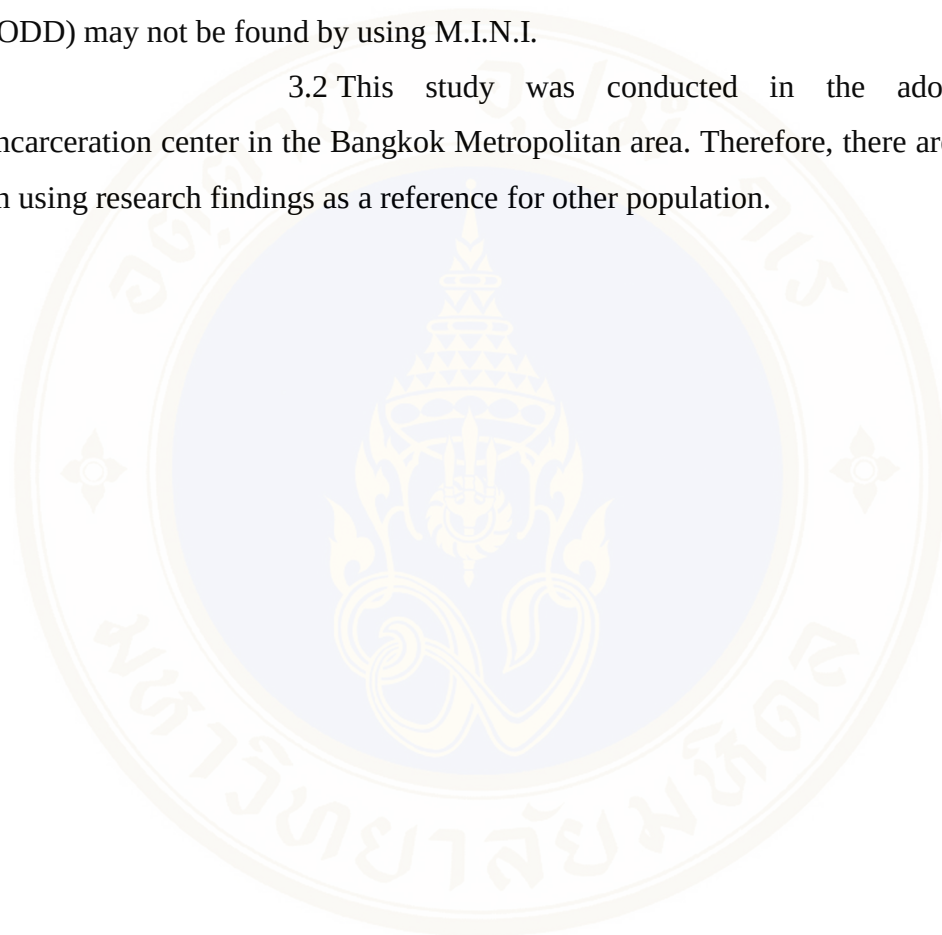
2.2 All of participants in this study conducted in men population. Further studies are need to determine this factors in women in order to appropriate assessment and treatment, reduce psychiatric problems, substance abuse, and recidivism.

2.3 The study was conducted for exploring predictive relationships by using the “enter method” of logistic regression analysis. This was able to predict at a low level. The variables may have had indirect influence or supported the influence of one another in causing psychiatric problems. Therefore, next studies should be conducted on the influence of moderator variables and mediator variables. The use of the enter method cannot specify the variable of which it had the greatest influence on the occurrence of psychiatric problems. Therefore, other methods should be used to analyze the effect, in order to select moderator variables most capable of explaining variable fluctuations.

3. Research Limitations

3.1 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) which was used in this study originally developed for assessing disorder among adults. Some psychiatric disorders among adolescents, such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder (ODD) may not be found by using M.I.N.I.

3.2 This study was conducted in the adolescents in incarceration center in the Bangkok Metropolitan area. Therefore, there are limitations in using research findings as a reference for other population.



บรรณานุกรม

- กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. (2551). รายงานสถิติคดี ประจำปี พ.ศ. 2551: กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน.
- กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. (2553). สถิติจำนวนเด็กและเยาวชนต่อวัน โดยเฉลี่ย. วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2553, จาก <http://www2.djop.moj.go.th/djopintranet/weekstat/index.php>
- กรมสุขภาพจิต. (2546). สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546: การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2552). การวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวด้วย SPSS for windows. กรุงเทพฯ: ชรรรมสาร.
- จริยา เลิศอรรมยมนิ, ประดิษฐ์ สมประกิจ, มานพ คณะโต, สุทธพล อุดมพันธ์รัก, สุพรชัย กองพัฒนากุล และอุบลรัตน์ สันตวัตร. (2543). งานวิจัยทางคลินิก. ใน จริยา เลิศอรรมยมนิ (บรรณาธิการ), งานวิจัยทางคลินิก. กรุงเทพฯ: ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
- จรรณ จิตติวุฒิการ. (2544). กลไกทางสมองของการติดยาและสารเสพติด (Brain Reward Mechanism). ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากร, ลำชา ลักขณาภิชนชัย, นวิวรรณ ปัญจนุศย์ และนิภา ณีสกุล (บรรณาธิการ), ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง.
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2552). Substance use disorder. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์ งามาธิบัติ. กรุงเทพฯ: สวิชาญการพิมพ์.
- จันทนา วงษ์ศิริ. (2544). การเสพติดในวัยรุ่น. ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากร, ลำชา ลักขณาภิชนชัย, นวิวรรณ ปัญจนุศย์ และนิภา ณีสกุล (บรรณาธิการ), ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง.
- จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, และธรณินทร์ กอสุข. (2549). การทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า. ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5, ณ. โรงแรมปรีณซ์พาเลซ กรุงเทพฯ, จากหลังคาแดงสู่ชุมชนระหว่างวันที่ 3-5 กรกฎาคม 2549, 167.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2533). ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย. สงขลา: คณะวิทยาการจัดการ.

- ครุณี แปงทิส. (2545). การใช้ค่ายสังคมจิตเวช กระบวนการกลุ่ม และครอบครัวบำบัด เพื่อแก้ไข
ปัญหาการใช้สารเสพติดในนักเรียนของอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่.
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ดวงใจ กษานติกุล. (2544). โรคอารมณ์ผิดปกติ. ใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน
(บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น* (หน้า. 309-318). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็น
เทอร์ไพรซ์.
- ทวีพร ปฐมทอง. (2545). วิธีการปรับตัวและลักษณะปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในสถานพินิจและ
คุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เชิรชัย งามทิพย์วัฒนา, มวลัย เฉลิมชัยนุกูล, และวิลาสินี ชัยสิทธิ์. (2545). Substance use disorder :
ความเห็นต่อแนวคิดในการบำบัดในปัจจุบัน. *วารสารจิตวิทยาคลินิก* 2(33), 70-92.
- นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (2545). สารเสพติดในวัยรุ่น. ใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน
(บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น* (หน้า. 336-357). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็น
เทอร์ไพรซ์.
- บุญธรรม บุญหมื่น. (2545). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาบ้าของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและ
คุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญเพราะ แสงเทียน. (2546). กฎหมายเกี่ยวกับเยาวชนและครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิทยา
พัฒน์.
- ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552). ความผิดปกติทางจิตเวชในเด็กที่พบบ่อย. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ
ปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (หน้า. 420-421).
กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น. (2548). ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิต
เวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย. *วารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(3), 125-135.
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2549). เครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช: *Mini International
Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)* ฉบับภาษาไทย. เอกสารประกอบการประชุม
วิชาการเรื่องการใช้แบบประเมินในงานสุขภาพจิตและจิตเวช วันที่ 8-10 พฤษภาคม
2549, กรุงเทพฯ.

- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2546). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว สำหรับการวิจัยทางการแพทย์*. สงขลา: จ. เอกสาร.
- มานพ คณะโต, สุชาดา ภัยหลักลี, บังอรศรี จินดาวงค์, และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2547). *การใช้สารเสพติดและผลกระทบในกลุ่มเยาวชนสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน*. ขอนแก่น: เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รณชัย คงสกนธ์. (2548). บุคลิกภาพผิดปกติ. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (หน้า. 251-264). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รัตนา สายพานิชย์, และ ชัชวาล ศิลปกิจ. (2552). ปัญหาการใช้สารเสพติด. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บรรณาธิการ.), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (หน้า. 93-119). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รัตนา สายพานิชย์, และ สุวรรณ พุทธิศรี. (2548). โรควิตกกังวล. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บรรณาธิการ.), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (หน้า. 161-181). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2545). พัฒนาศิลปะของเด็กและวัยรุ่น. ใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน (บรรณาธิการ.), *ตำรา จิตเวชเด็กและวัยรุ่น* (หน้า. 1-31). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วิโรจน์ วีระชัย. (2548). ธรรมชาติวิทยาของการติดยาของสารเสพติด. ใน วิโรจน์ วีระชัย, ลำชาลักษณ์ ทัศนชัย, อังกูร ภัทรากร, จวีวรรณ ปัญญาสุข และ นิภา กิมสูงเนิน (บรรณาธิการ.), *ตำราเวชศาสตร์การเสพติด* (หน้า. 132-146). กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย.
- ศาลเยาวชนและครอบครัว. (2545). *รายงานประจำปี สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง*. กระทรวงยุติธรรม.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (2546). *การประเมินผลระบบการดูแลเด็กและเยาวชน สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน แห่งหนึ่งในประเทศไทย: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2551). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

- สมิต วัฒนชัยบุญธรรม. (2544). ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ต่อการติดยาและสารเสพติด. ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากร, ลำชา ลักขณาภิชนชัย, จวีวรรณ ปัญญาบุญ และ นิภา ณีสกุล (บรรณาธิการ), *ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด* (หน้า. 129-134). กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์พริ้นติ้ง.
- สรยุทธ วาสิกนันท์. (2547). โรคซึมเศร้า. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ (บรรณาธิการ), *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช* (หน้า. 77-92). สงขลา: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย. (2547). ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ (บรรณาธิการ), *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช* (หน้า. 11-43). สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. (2545). *บทความวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2540-2544* กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
- สุชา จันทรเฒ. (2544). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวรรณ พิสุทธิศรี, และศศิธร ยิ่งสำหรี. (2547). ความชุกของโรคทางจิตเวชในสถานพินิจ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 49(3), 213-221.
- อรัญญา แพ้จุ้ย, และนริศญา ศรีบุรพา. (2549). *ภาวะ โรคจิตร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*.
- Aarons, G. A., Brown, S. A., Hough, R. L., Garland, A. F., & Wood, P. A. (2001). Prevalence of adolescent substance use disorders across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 419-426.
- Abram, K. M., Choe, J. Y., Washburn, J. J., Teplin, L. A., King, D. C., & Dulcan, M. K. (2008). Suicidal ideation and behaviors among youths in juvenile detention. *Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 47(3), 291-300.
- Abram, K. M., Teplin, L. A., McClelland, G. M., & Dulcan, M. K. (2003). Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1097-1108.

- Abrantes, A. M., Hoffmann, N., & Anton, R. (2005). Prevalence of co-occurring disorders among juveniles committed to detention center. *International Journal of Offender therapy and Comparative Criminology*, 49(2), 179-193.
- Akgiin, S., & Ciarrochi, J. (2003). Learned resourcefulness moderates the relationship between academic stress and academic performance. *Educational Psychology*, 23, 287-294.
- Al' Absi, M. (2007). *Stress and addiction biological and psychological mechanisms*. California: Academic Press.
- Albanese, M. J., Clodfelter, R. C., Pardo, T. B., & Ghaemi, S. N. (2006). Underdiagnosis of bipolar disorder in men with substance use disorder. *Journal of psychiatric practice*, 12(2), 124-127.
- Arredondo, D. E., Kumli, K., Soto, L., Colin, E., Judge, J. O., Davilla, R. J., et al. (2001). Juvenile mental health court: rationale and protocols. *Juvenile and Family Court Journal*, 1-19.
- Back, A. T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A., & Murray, O. J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *American Journal of Psychiatry*, 166, 103-109.
- Banerjee, S., Clancy, C., & Crome, I. (2002). *Co-existing Problems of Mental Disorder and Substance Misuse ("Dual Diagnosis"): An Information Manual*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Behrendt, S., Wittchen, H. U., Höfler, M., Lieb, R., & Beesdo, K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: is early onset associated with a rapid escalation. *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1-3), 68-78.
- Beyer, S., & Antai-Otong, D. (2008). The client with a substance-related disorder. In D. Antai-Otong (Ed.), *Psychiatric Nursing: Biological & Behavioral Concepts* (pp. 618-671). Canada: Thomson Delmar Learning.
- Bickel, R., & Campbell, A. (2002). Mental health of adolescents in custody: the use of the 'Adolescent Psychopathology Scale' in a Tasmanian context. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 603-609.

- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T. E., & Wozniak, J. (2000). Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? *Society of Biological Psychiatry*, 48, 458-466.
- Blagden, J. C., & Craske, M. G. (1996). Effects of active and passive rumination and distraction: a pilot replication with anxious mood. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 243-252.
- Boonyamalik, P. (2005). Epidemiology of adolescent suicidal ideation: roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use (Thailand). Unpublished doctoral dissertation, Johns Hopkins University, US.
- Burwell, R. A., & Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(1), 56 - 65.
- Carey, M. P., Carey, K. B., Carnrike, C. L. M., & Meisler, A. W. (1990). Learned resourcefulness, drinking, and smoking in young adults. *The Journal of Psychology*, 124, 391-396.
- Carlson, G. A. (1998). Mania and ADHD: comorbidity or confusion. *Journal of Affective Disorders*, 51, 177-187.
- Chan, Y.-F., Michael, L. D., & Rodney, R. F. (2008). Prevalance and cormorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presentating to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 14-24.
- Chang, K. D., Steiner, H., & Ketter, T. A. (2000). Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 39, 453-460.
- Charoensuk, S. (2005). *Factors influencing depression in Thai adolescents*. Unpublished doctoral dissertation, University of Kentucky, Kentucky.
- Chiung-Yu Huang, Shoa-Jen Perng, Hisu-Fung Chen, & Chien-Yu Lai. (2008). The impact of learned resourcefulness on quality of life in type II diabetic patients: a cross-sectional correlational study. *Journal of Nursing Research*, 16(4), 264-273.
- Chiung-Yu Huang, Sousa, V. D., Shu-Yin Tu, & Mei-Yi Hwang. (2005). Depressive symptoms and learned resourcefulness among Taiwanese female adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(3), 133-140.

- Chiung-Yu Huang, & Su-Er-Guo. (2009). Stress, perceived support, resourcefulness and depressive symptoms in Taiwanese adolescents. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3271-3279.
- Clay, S. W. Risk factors for addiction. *Osteopathic Family Physician*, 2(2), 41-45.
- Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., Bontempo, D. E., & Greenberg, M. T. (2008). The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 157-164.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: a power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Conway, K. P., Compton, W. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related condition. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 247-257.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1984). Life Stress and illness: formulation of the issues. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events & their contexts*. New Jersey: Rutgers University Press
- Drake, R. E., & Brunette, M. F. (1998). Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorder. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism*. New York: Plenum.
- Drake, R. E., & Wallach, M. A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric services*, 51(9), 1126-1129.
- Duangduen, B. (2004). *The relationship of learned resourcefulness, social support and depressive symptoms*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand
- Fawcett, J., & Downs, F. S. (1992). *The relationship of theory and research* (2 ed.). Philadelphia: F.D. Davis.
- Fazel, S., Doll, H., & Långström, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1010-1019.

- Friedman, A. S., & Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse: a longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*(3), 267-275.
- Geiger, K. A., & Kwon, P. (2010). Rumination and depressive symptoms: evidence for the moderating role of hope. *Personality and Individual Differences, 49*, 391-395.
- Geraber, J., Seeley, J., Brooks-Gunn, J., & Lewinsohn, P. (2004). Is pubertal timing associated with psychopathology in young adulthood? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(6), 718-726.
- Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T., & Apter, A. (2004). Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry, 45*(3), 192-198.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis*. (7th ed.). New Jersey: Pearson.
- Hankin, B. L. (2008). Rumination and depression in adolescence: Investigating symptom specificity in a multiwave prospective study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(4), 701-713.
- Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., & Cavanaugh, J. L. (1995). Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *The American Journal of Psychiatry, 152*(6), 856-861.
- Hoffmann, J. P., & Cerbone, F. G. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 66*(3), 255-264.
- Homes, H. T., & Masuda, M. (1974). Life change and illness susceptibility. In B. S. Dohrenwend & P. B. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life events: Their Nature and Effects* (pp. 45-72). New York: John Wiley & Sons.
- Huang, C., Sousa, V. D., Tu, S., & Hwang, M. (2005). Depressive symptoms and learned resourcefulness among Taiwanese female adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing, 19*(3), 133-140.

- Insavek, J. (1996). *Effects of group reality therapy on increasing degree of self-control and decreasing the drug addiction recidivism of the patients during detoxification period*. Unpublished master's thesis, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.
- Johnson, L., Andersson-Lundman, G., Aberg-Wistedt, A., & Mathe, A. A. (2000). Age of onset in affective disorder: Its correlation with hereditary and psychosocial factors. *Journal of Affective Disorders*, 59(2), 139-148
- Kaew-in, K. (2002). *Depression and behavior problems among adolescent in urban opportunity school under Sing Buri provincial Office of Primary Education*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Kamon, J. L., Stanger, C., Budney, A. J., & Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family-based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85(3), 244-254.
- Kandel, D. B., Huang, F. Y., & Davies, M. (2001). Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug and alcohol dependence*, 64(2), 233-241.
- Kasornsri, S. (2006). *The relationships of vision disability and learned resourcefulness to depressive symptoms in persons with visual impairment*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Kenneth, D. J., & Ackerman, M. (1995). Importance of learned resourcefulness to weight loss and early success during maintenance: Preliminary evidence. *Patient Education and Counseling*, 25, 197-203.
- Kenneth, D. J., & Keefer, K. (2006). Impact of learned resourcefulness and theories of intelligence on achievement of university students: An integrated approach. *Educational Psychology*, 26(3), 441-457.
- Kenneth, D. J., Morris, E., & Bangs, A. M. (2006). Learned resourcefulness and smoking cessation revisited. *Patient Education and Counseling*, 60, 206-211.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 8-19.

- Khunphadung, F. (2005). *The relationships of situational factors, physiological factor, and learned resourcefulness to depression of the patients with lower extremity fracture undergoing fixation*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- King, R. D., Gaines, L. S., Lambert, E. W., Summeierfelt, W. T., & Bickman, L. (2000). The co-occurrence of psychiatric and substance abuse diagnoses in adolescents in different service systems, frequency, recognition, cost, and outcomes. *The Journal of behavioral Health Services & research*, 27, 428-430.
- Konick, C. L., & Gutierrez, M. P. (2005). Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide and Life-Threatening Behaviors*, 35(2), 181-192.
- Krueger, R. F., Avshalom, C., Terrie, E. M., Jennifer, W., & Magda, S. (1996). Delay of Gratification, Psychopathology, and Personality: Is Low Self-Control Specific to Externalizing Problems? *Journal of Personality*, 64(1), 107-129.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., & Cook, W. (2006). Rumination in adolescents at risk for depression. *Journal of Affective Disorders* 96, 39-47.
- Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2004). Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 74(3), 365-375.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leshner, A. I. (1998). *NIDA probes the elusive link between child abuse and later drug abuse*. U.S.: National Institute on Drug Abuse.
- L'evesque, L., Gauvin, L., & Desharnais, R. (2003). Maintaining exercise involvement: the role of learned resourcefulness in process of change use. *Psychology of Sport and Exercise*, 4, 237-253.
- Lin, S.-K., Ball, D., Hsiao, C.-C., Yuan-Lin, Ree, S.-C., & Chen, C.-K. (2004). Psychiatric comorbidity and gender differences of persons incarcerated for methamphetamine abuse in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 206-212.
- Liu, X., & Tein, J.-Y. (2005). Life events, psychopathology, and suicidal behavior in Chinese adolescent. *Journal of Affective Disorders*, 86, 195-203.

- Lo, C. S. L., Ho, S. M. Y., & Hollon, S. D. (2008). The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(4), 487-495.
- Lyons, J. S., Baerger, D. R., Quigley, P., Erlich, J., & Griffin, E. (2001). Mental health service needs of juvenile offenders: a comparison of detention, incarceration, and treatment settings. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 4(2), 69-85.
- Malhotra, C., Sharma, N., Sexena, R., & Ingle, G. K. (2007). Drug use among juveniles in conflict with the law. *Indian Journal of Pediatrics*, 78, 353-356.
- Maremmani, I., Perugi, G., Pacini, M., & Akiskal, H. S. (2006). Toward a unitary perspective on the bipolar spectrum and substance abuse: Opiate addiction as a paradigm. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 1-12.
- Martin, L. L., & Tesser, A. L. (1996). Some ruminative thoughts. In R. S. Wyer (Ed.), *Ruminative thoughts: Advance in social cognition* (pp. 1-47). NJ: Erlbaum.
- Mathias, R. (1996). *Preventive factors can buffer high-risk youths from drug use*: National Institute of Drug Abuse.
- Maybery, D. (2003). Including interpersonal events on hassle and uplift scales: verification employing global and molecular events. *Stress and Health*, 19(5), 289-296.
- McCarty, C. A., Stoep, A. V., Kuo, E. S., & McCauley, E. (2006). Depressive symptoms among delinquent youth: testing models of association with stress and support. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(2), 85-93.
- McCiure, E. B., Kubiszn, T., & Kaslow, N. J. (2002). Advances in diagnosis and treatment of childhood mood disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 13, 125-134.
- McClelland, G. M., Elkington, K. S., Teplin, L. A., & Abram, K. M. (2004). Multiple substance use disorders in juvenile detainees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1215-1224.
- Monroe, S. M., & Simon, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implication for the depressive disorder. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406-425.

- Moulds, L. M., Kandris, E., Starr, S., & Wong, C. M. A. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 251-261.
- Mueser, K., Drake, R., & Miles, K. (1997). *The course and treatment of substance use disorder in persons with severe mental illness*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Munro., B. H. (2001). *Statistical methods for health care research*. (4th ed.). Philadelphia: PA: Lippincott.
- Murberg, T. A., & Bru, E. (2004). The role of coping style as predictors of depressive symptoms among adolescent: a prospective study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46(4), 385-393.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-582.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 198-207.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, E. B., & Lyubomirsky. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Noordsy, D. L., Drake, R. E., Biesanz, J. C., & McHugo, G. J. (1994). Family history of alcoholism in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(651-655).
- Pairour, R. (2003). *The influence of learned resourcefulness on fasting plasma glucose level by mediating effect of diabetic controlled behaviors of diabetic type 2 persons*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Pajer, K. A., Kelleher, K., Gupta, R. A., Rolls, J., & Gardner, W. (2007). Psychiatric and medical health care policies in juvenile detention facilities *Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry* 46(12), 1660-1667.

- Pani, P. P., Maremmanni, I., Trogu, E., Gessa, G. L., Ruiz, P., & Akiskal, H. S. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: Should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included? *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 185-197.
- Panitrat, R. (2001). *The relationships among dysfunctional attitudes, learned resourcefulness, and amphetamine use in Thai adolescents*. Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Ohio.
- Parsons, C. (2008). The client with attention-deficit disorder. In D. Antai-Otong (Ed.), *Psychiatric Nursing: Biological & Behavioral Concepts* (pp. 495-529). Canada: Thomson Delmar Learning.
- Pascoe, K. E. (2007). *Learned resourcefulness and psychosocial development: relationship with alcohol related behaviors*. Unpublished doctoral dissertation, University of Northern Colorado, Colorado.
- Pianchob, S. (2005). *The relationships among personal factors, learned resourcefulness, and psychological self care behavior of patients with coronary artery disease*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Plattner, B., Steiner, H., The, S. S. L., Kraemer, H. C., Bauer, S. M., Kindler, J., et al. (2009). Sex-specific predictors of criminal recidivism in a representative sample of incarcerated youth. *Comprehensive Psychiatry*, 50(5), 400-407.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating & assessing evidence for nursing practice*. New York: Lippincott Williams & Willkins.
- Pumariega, A. J., Atkins, D. L., Rogers, K., Montgomery, L., Nybro, C., Caesar, R., et al. (1999). Mental health and incarcerated youth: prevalence and nature of psychopathology. *Journal of Child and Family Studies*, 8(2), 193-204.
- RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: a review of recent research. *Psychiatric services*, 50(11), 1427-1434.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *The Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511-2518.

- Robert H. Aseltine, J., Gore, S., & Gordon, J. (2000). Life stress, anger and anxiety, and delinquency: an empirical test of general strain theory. *Journal of Health and Social Behavior, 41*(3), 256-275.
- Robertson, A. A., Dill, P. L., Husain, J., & Undesser, C. (2004). Prevalence of mental illness and substance abuse disorder among incarcerated juvenile offenders in Mississippi. *Child Psychiatry and Human Development, 35*(1), 55-73.
- Robinson, M. S., & Alloy, B. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 275-292.
- Rogers, K. M., Pumariega, A. J., Atkins, D. L., & Cuffe, S. P. (2006). Conditions associated with identification of mentally ill youths in juvenile detention. *Community Mental Health Journal, 42*(1), 25-40.
- Rood, L., Roelofs, J., Bogels, S. M., Nolen-Hoeksema, S., & Schouten, E. (2009). The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review 29*, 607-616.
- Rosenbaum, M. (1989). The role of individual differences in stress and stress management self-control under stress: the role of learned resourcefulness. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 11*(4), 249-258.
- Rosenbaum, M. (1990). In M. Rosenbaum (Ed.), *Learned Resourcefulness* (pp. xiv). New York: Springer Publishing Company.
- Ryan, E. P., & Redding, R. E. (2004). A review of mood disorders among juvenile offenders. *Psychiatric Services, 55*(12), 1397-1407.
- Scott, K. M., McGee, M. A., Oakly Browne, M. A., & Wells, J. E. (2006). Mental disorder comorbidity in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 875-881.
- Simkin, D. R. (2002). Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatric Clinics of North America, 49*, 463-477.

- Stathis, S., Letters, P., Doolan, I., Fleming, R., Heath, K., Arnett, A., et al. (2008). Use of the Massachusetts Youth Screening Instrument to assess mental health problems in young people within an Australian youth detention centre. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 44, 438-443.
- Steiner, Hans, Garcia, Ivan G., Matthews, & Zakee. (1996). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 357-365.
- Straub, D. M., Hills, N. K., & Thompson, P. J. (2003). Effects of pro- and anti-tobacco advertising on nonsmoking adolescents' intentions to smoke. *Journal of Adolescent Health*, 32, 36-43.
- Subramaniam, G., Harrell, P., Huntley, E., & Tracy, M. (2009). Beck Depression Inventory for depression screening in substance-abusing adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(1), 25-31.
- Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 55(3), 209-224.
- Swofford, C. D., Kasckow, J. W., Scheller-Gilkey, G., & Inderbitzin, L. B. (1996). Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophr Res*, 20, 145-151.
- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Dulcan, M. K., & Mericle, A. A. (2002). Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 59, 1133-1143.
- Thanoi, W. (2009). *Adolescent suicide risk behaviors predictive model: testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support*. Unpublished doctoral dissertation, Mahidol University, Bangkok, Thailand
- Thragkasombat, U., & Likapichitkul, D. (1996). Depression in junior high school students in the Bangkok metropolis. *Journal of the Psychiatric association of Thailand*, 43, 162-172.
- Türkel, Y. D., & Tezer, E. (2008). Parenting styles and learned resourcefulness of Turkish adolescents. *Adolescence*, 43(169), 143-152.
- Turner, A. H., & Butler, J. M. (2003). Direct and indirect effects of childhood adversity on depressive symptoms in young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(2), 89-103.

- United Nations. (2003). Juvenile delinquency. In *World youth report 2003: The global situation of young people* (pp. 188-206). New York: United Nations.
- Vermeiren, R., Schwab-Stone, M., Ruchkin, V., De Clippele, A., & Deboutte, D. (2002). Predicting recidivism in delinquent adolescents from psychological and psychiatric assessment. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 142-149.
- Videbeck, S. L. (2008). *Psychiatric-mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Voelkl, K. E., & Frone, M. R. (2000). Predictors of substance use at school among high school students. *Journal of Educational Psychology*, 92(3), 583-592.
- Vongsirimas, N. (2008). *The relationship among depressive symptom severity in mothers, gender difference and depressive symptoms in Thai adolescents: the mediating role of life stress, social support, and self-esteem*. Unpublished doctoral dissertation, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Vreugdenhil, Brink, Wouters, & Doreleijers. (2003). Substance use, substance use disorder, and comorbidity patterns in a representative sample of incarcerated male Dutch adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(6), 372-378.
- Wanke, M., & Schmid, J. (1996). Rumination: when all else fails. In R. S. Wyer (Ed.), *Ruminative thoughts: Advances in social cognition* (pp. 177-187). NJ: Erlbaum.
- Wasserman, G. A., McReynolds, L. S., Ko, S. J., Katz, L. M., & Carpenter, J. R. (2005). Gender differences in psychiatric disorders at juvenile probation intake. *American journal of Public Health*, 95(1), 131-137.
- Watkins, E. R. (2009). Depressive Rumination and co-morbidity: Evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 27, 160-175.
- World Health Organization. (1997). *World Health Report Bridging the Gaps*. Geneva: Switzerland.
- Wozniak, J., Biederman, J., Kiely, K., Ablon, S., Faraone, S., Mundy, E., et al. (1995). Mania-like symptoms suggestive of childhood onset bipolar disorder in clinically referred children. *Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 34, 867-876.

- Wulfert, E., Block, J. A., Santa Ana, E., Rodriguez, M. L., & Colsman, M. (2002). Delay of gratification: Impulsive choices and problem behaviors in early and late adolescence. *Journal of Personality, 70*(4), 533-552.
- Yen, C. F., & Chong, M. Y. (2006). Comorbid psychiatric disorders, sex, and methamphetamine use in adolescents: a case-control study. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 251-220.
- Yuttatri, P. (2001). *The effects of the application of a relapse prevention program on self-control and remission from Methamphetamine dependence among teenagers*. Unpublished doctoral dissertation, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Zahourek, R. P. (1996). The client with dual diagnosis. In S. Lego (Ed.), *Psychiatric Nursing: A comprehensive reference* (2 ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Zauszniewski, J. A., Chung, C. W., Chang, H. J., & Krafcik, K. (2002). Predictors of resourcefulness in school-aged children. *Issues in Mental Health Nursing, 23*, 385-401.



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบ และ/หรือเติมข้อความลงในช่องว่างซึ่งตรงกับลักษณะเฉพาะของคุณตามความเป็นจริง

1. อายุปัจจุบัน.....ปี
2. นับถือศาสนา () พุทธ () คริสต์
 () อิสลาม () อื่นๆ ระบุ.....
3. มีโรคประจำตัวหรือไม่
 () ไม่มี () มี ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
 () ไม่ได้เรียนหนังสือ
 () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษาต้น
 () มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
 () อื่นๆ ระบุ.....
5. เข้ามาอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณาครั้งนี้ด้วยสาเหตุ
.....
6. เข้ามาอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณาครั้งนี้เป็นครั้งที่.....

7. เข้ามาอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณา / บ้านเมตตา/ บ้านมุทิตา/บ้านอุเบกขา ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี
8. ใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี
9. สถานภาพสมรสของบิดามารดา
- () อยู่ด้วยกัน () แยกกันอยู่
- () หย่าร้าง () เสียชีวิต บุคคลใด () บิดา () มารดา
10. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว
- () ต่ำกว่า 5,000 บาท () 5,001 – 10,000 บาท
- () 10,001 – 15,000 บาท () 15,001 – 20,000 บาท
- () 20,001 – 30,000 บาท () 30,001 – 50,000 บาท
- () สูงกว่า 50,000 บาท
11. ก่อนเข้ามาอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณา อาศัยอยู่กับผู้ใด
- () บิดาและมารดา () บิดา หรือมารดา
- () บิดาและครอบครัวใหม่ () มารดาและครอบครัวใหม่
- () สามีหรือภรรยา () ญาติ
- () เพื่อน () อื่นๆ ระบุ.....
12. สมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด (เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ กัญชา ยาบ้า กาว เป็นต้น) หรือไม่
- () ไม่มีสมาชิกคนใดในครอบครัวใช้สารเสพติด
- () มี บุคคลนั้นคือ () บิดา () มารดา () ทั้งบิดาและมารดา
- () ญาติ () ทั้งบิดา มารดา และญาติ
13. บุคคลในครอบครัวมีประวัติเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคเครียด โรควิตกกังวล หรือไม่
- () ไม่มี () มี ระบุ.....
14. ครั้งแรก มีการใช้สารเสพติด ประเภทไหน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () บุหรี่ () สุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- () กัญชา () ยาบ้า
- () กาว/สารระเหย () อื่นๆ ระบุ.....

15. ในช่วง 3 เดือน ก่อนเข้ามาอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณา เคยเสพสารเสพติดประเภทไหน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ไม่เคย () เคย คือ () บุหรี่ () สุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
() กัญชา () กาว/สารระเหย
() ยาบ้า () อื่นๆ ระบุ.....

16. ในช่วง 1 เดือน ก่อนเข้ามาอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณา เคยเสพสารเสพติดประเภทไหน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ไม่เคย () เคย คือ () บุหรี่ () สุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
() กัญชา () กาว/สารระเหย
() ยาบ้า () อื่นๆ ระบุ.....

17. ในช่วง 1 สัปดาห์ ก่อนเข้ามาอยู่ในหรือศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชาย บ้านกรุณา เคยเสพยาเสพติดประเภทไหน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ไม่เคย () เคย คือ () บุหรี่ () สุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
() กัญชา () กาว/สารระเหย
() ยาบ้า () อื่นๆ ระบุ.....

18. เคยเลิกสารเสพติดหรือไม่

- () ไม่เคย
() เคย แล้วสามารถเลิกได้ () สำเร็จ () ไม่สำเร็จ เนื่องจาก.....

19. หากเคยเลิกสารเสพติดแล้วไม่สำเร็จ มีการกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้งเมื่อไหร่

- () ภายใน 1-4 สัปดาห์ () ภายใน 1-3 เดือน
() ภายใน 4-6 เดือน () หลังจาก 6 เดือน

20. เกี่ยวข้องกับสารเสพติดโดย

- () เป็นผู้เสพ () เป็นผู้จำหน่าย
() เป็นทั้งผู้เสพและจำหน่าย () อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2

แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS)

คำชี้แจง: คนเรามีความคิดและการกระทำที่หลากหลายแตกต่างกันได้เมื่อรู้สึกเศร้า โดยทำเครื่องหมายวงกลม O ในแต่ละข้อข้างล่างนี้และระบุว่าบ่อยครั้งแค่ไหนที่ท่านเคยคิดหรือกระทำดังเช่นข้อความเหล่านั้นเมื่อท่านรู้สึกเสียใจ รู้สึกแย่และรู้สึกเศร้า และหากท่านไม่เคยคิดหรือกระทำไปรระบุเฉพาะสิ่งที่ท่านคิดหรือกระทำจริงๆ มิใช่สิ่งที่ท่านคิดว่า น่าจะคิดหรือ น่าจะทำ ระลึกเสมอว่าในแต่ละข้อความนั้นจะขึ้นต้นด้วย

เมื่อคุณรู้สึกเศร้า, แย่ หรือเสียใจ.....

ข้อความ	เกือบจะ ไม่เคย เลย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบจะ สม่ำเสมอ
1. ครุ่นคิดว่าคุณรู้สึกโดดเดี่ยวเพียงใด	1	2	3	4
2. ครุ่นคิดว่า “ฉันไม่สามารถทำงานของตนเองได้ถ้าฉันไม่ปลดปล่อยความรู้สึกนี้”	1	2	3	4
3. ครุ่นคิดเกี่ยวกับความอ่อนล้าและความรู้สึกเจ็บปวดของคุณ	1	2	3	4
.	.	.	.	.
.	.	.	.	.
.	.	.	.	.
.	.	.	.	.
.	.	.	.	.
20. วิเคราะห์บุคลิกภาพของคุณเพื่อที่จะพยายามทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดคุณจึงรู้สึกซึมเศร้า	1	2	3	4
21. ไปบางสถานที่ตามลำพังเพื่อที่จะคิดเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณ	1	2	3	4
22. ครุ่นคิดว่าคุณรู้สึกโกรธตนเองเพียงใด	1	2	3	4

ส่วนที่ 3

แบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS)

คำชี้แจง: แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นแบบวัดความเชื่อและพฤติกรรมของบุคคลโดยทั่วไป ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 36 ข้อ ขอให้ท่านอ่านข้อคำถามทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องตัวเลือกที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ผู้วิจัยต้องการทราบความรู้สึกของท่านที่มีต่อคำถามแต่ละข้อเท่านั้น

ข้อคำถาม	6	5	4	3	2	1
	ตรงกับ ความเป็น จริง มากที่สุด	ตรงกับ ความเป็น จริง มาก	ตรงกับ ความเป็น จริง ปาน กลาง	ตรงกับ ความ เป็น จริง ค่อนข้าง น้อย	ตรงกับ ความเป็น จริง น้อย	ตรงกับ ความเป็น จริง น้อย ที่สุด
1. เมื่อฉันต้องทำสิ่งที่ไม่ชอบ ฉันจะคิดถึงผลดีที่จะได้รับหลังจากทำสิ่งนั้นสำเร็จลง						
2. เมื่อฉันต้องทำงานที่ทำให้รู้สึกกังวล ฉันจะพยายามหาวิธีจัดการกับความกังวลในระหว่างทำงานนั้นให้ได้						
.						
.						
.						
34. เมื่อฉันไม่มีสมาธิในการทำงานบางอย่าง ฉันจะแบ่งงานนั้นออกเป็นชิ้นย่อยๆก่อนทำ						
35. บ่อยครั้งที่ฉันไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกทุกข้อใจที่รบกวนฉันอยู่ได้						
36. ถ้าฉันรู้สึกหิว และไม่มีโอกาสที่จะรับประทานอาหารได้ในขณะนั้น ฉันจะพยายามไม่สนใจกับความหิวนั้น						

ส่วนที่ 4

แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES)

คำชี้แจง: ให้คุณคิดถึงเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจให้คุณ ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา เหตุการณ์นี้อาจเป็นสิ่งที่เล็กน้อยๆที่เกิดขึ้นในแต่ละวันที่ทำให้คุณรู้สึกยุ่งยากใจ ทุกข์ทรมาน ไม่มีความสุข รู้สึกผิด หรือละอายใจ กลัว หงุดหงิด ไม่เป็นมิตร ขุ่นเคืองง่าย กังวลใจ หรือผัดพ้อ

รายชื่อของเหตุการณ์เหล่านี้ได้แสดงไว้ในแต่ละข้อข้างล่างนี้ โปรดพิจารณาแต่ละเหตุการณ์ว่า เกิดขึ้นในช่วงชีวิตที่ผ่านมาหรือไม่ จากนั้นให้พิจารณาว่า คุณมีความยุ่งยากใจเพียงไรกับเหตุการณ์เหล่านั้นแล้ว วงกลม O รอบหมายเลขที่ตรงกับประสบการณ์ของคุณมากที่สุด โดยเลือกวงกลมหนึ่งหมายเลขในแต่ละข้อ ถึงแม้ว่าจะไม่มีความยุ่งยากใจเกิดขึ้น

ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเหตุการณ์ด้านลบนี้สร้างความยุ่งยากใจมากเพียงใด ?

0	=	เหตุการณ์ไม่ได้เกิดขึ้น
1	=	เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น แต่ไม่มีความยุ่งยากใจ
2	=	เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจเล็กน้อยมาก
3	=	เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจบ้าง
4	=	เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจมาก
5	=	เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น และมีความยุ่งยากใจมากที่สุด

ปัญหากับเพื่อน

1. ถูกตอบโต้ในทางลบจากเพื่อน	0	1	2	3	4	5
2. การสื่อสารในทางลบกับเพื่อน	0	1	2	3	4	5
3. ความขัดแย้งกับเพื่อน	0	1	2	3	4	5
4. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมทั้งการโต้เถียง) กับเพื่อน	0	1	2	3	4	5

.

.

.

ความสนใจในวิชาเรียน

41. วิชาเรียนไม่ตรงกับอาชีพการงานในอนาคต	0	1	2	3	4	5
42. วิชาเรียนน่าเบื่อหน่าย	0	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 5

แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช

(Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.)- 5.0.0

M.I.N.I.
MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW
Thai version 5.0.0 (ฉบับภาษาไทย)
DSM-IV

D. Sheehan, J. Janavys, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Thai version translated by :
พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์¹ (P. Kittirattanapaiboon), สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล¹ (S. Mahatnirunkul),
พิเชฐ อุดมรัตน์² (P. Udomratn), ปรีทรรศ ศิลปกิจ¹ (P. Silpakit),
มธุรีน คำนวณรัตน์¹ (M. Khamwongpin), สุนทรี ศรีโกสสัย¹ (S. Srikosai)
โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
¹ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
²Suan Prung Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand
³Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Thailand

© Copyright 1992, 1994, 1998, 2000, 2001, 2002, 2003 Sheehan DV & Lecrubier Y

สงวนลิขสิทธิ์ไม่อนุญาตให้มีการลอกเลียนแบบส่วนใดส่วนหนึ่งของเอกสารนี้ ทั้งการจัดเก็บ ตัดทอน ไม่ว่ารูปแบบหรือวิธีการใดๆ
ในกระบวนการทางอิเล็กทรอนิกส์ การถ่ายภาพ การบันทึก หรือวิธีการอื่นใด โดยไม่ได้รับอนุญาตจาก Dr. Sheehan หรือ Dr. Lecrubier
เป็นลายลักษณ์อักษร นักวิจัยหรือแพทย์ที่ทำงานในหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไร หรือหน่วยงานของรัฐ
(รวมถึงมหาวิทยาลัย, โรงพยาบาลและหน่วยงานราชการอื่นๆ) สามารถนำสำเนาไปใช้ทางคลินิกและการวิจัยได้

M.I.N.I. 5.0.0 Thai version / DSM-IV / current (January 2003)
Y. Lecrubier, E. Weiller, E. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavys, R. Baker, E.H. Knapp, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida (TAMPA, USA) / พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (P. Kittirattanapaiboon), สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (S. Mahatnirunkul), พิชเชฐ อุดมรัตน์ (P. Udomratn),
ปรีทรรศ ศิลปกิจ (P. Silpakit), มธุรีน คำนวณรัตน์ (M. Khamwongpin), สุนทรี ศรีโกสสัย (S. Srikosai) Suan Prung Psychiatric Hospital, Department of Mental Health,
Ministry of Public Health, THAILAND October 2003 by the translator.

ชื่อผู้ป่วย : _____ วัน เดือน ปีเกิด : _____ ผู้สัมภาษณ์ : _____ วันที่สัมภาษณ์ : _____	เลขที่ผู้ป่วย : _____ เวลาที่เริ่มสัมภาษณ์ : _____ เวลาสิ้นสุดการสัมภาษณ์ : _____ รวมเวลาที่สัมภาษณ์ : _____
---	--

MODULES	TIME FRAME	MEETS CRITERIA DSM-IV	ICD-10
A MAJOR DEPRESSIVE EPISODE	Current (2 weeks)	☐ 296.20-296.26 Single	F32.x
	Recurrent	☐ 296.30-296.36 Recurrent	F33.x
MDE WITH MELANCHOLIC FEATURES	Current (2 weeks)	☐ 296.20-296.26 Single	F32.x
Optional		☐ 296.30-296.36 Recurrent	F33.x
B DYSTHYMIA	Current (Past 2 years)	☐ 300.4	F34.1
C SUICIDALITY	Current (Past Month)	☐	
	Risk : ☐ Low ☐ Medium ☐ High		
D MANIC EPISODE	Current	☐ 296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Past		
HYPOMANIC EPISODE	Current	☐ 296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Past	☐	
E PANIC DISORDER	Current (Past Month)	☐ 300.01/300.21	F40.01-F41.0
	Lifetime	☐	
F AGORAPHOBIA	Current	☐ 300.22	F40.00
G SOCIAL PHOBIA (Social Anxiety Disorder)	Current (Past Month)	☐ 300.23	F40.1
H OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER	Current (Past Month)	☐ 300.3	F42.8
I POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER	Current (Past Month)	☐ 309.81	F43.1
Optional			
J ALCOHOL DEPENDENCE	Past 12 Months	☐ 303.9	F10.2x
ALCOHOL ABUSE	Past 12 Months	☐ 305.00	F10.1
K SUBSTANCE DEPENDENCE (Non-alcohol)	Past 12 Months	☐ 304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1
SUBSTANCE ABUSE (Non-alcohol)	Past 12 Months	☐ 304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1
L PSYCHOTIC DISORDERS	Lifetime	☐ 295.10-295.90/297.1/	F20.xx-F29
	Current	☐ 297.3/293.81/293.82/	
		☐ 93.89/298.8/298.9	
MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES	Current	☐ 296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVOSA	Current (Past 3 Months)	☐ 307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA	Current (Past 3 Months)	☐ 307.51	F50.2
ANOREXIA NERVOSA, Binge Eating/Purging Type	Current	☐ 307.1	F50.0
O GENERALIZED ANXIETY DISORDER	Current (Past 6 Months)	☐ 300.02	F41.1
P ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER	Lifetime	☐ 301.7	F60.2
Optional			

MINI 5.0 Thai version / DSM-IV / current (January 2003)

© Copyright © 1997, 2000, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 2688, 2689, 2690, 2691, 2692, 2693, 2694, 2695, 2696, 2697, 2698, 2699, 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2705, 2706, 2707, 2708, 2709, 2710, 2711, 2712, 2713, 2714, 2715, 2716, 2717, 2718, 2719, 2720, 2721, 2722, 2723, 2724, 2725, 2726, 2727, 2728, 2729, 2730, 2731, 2732, 2733, 2734, 2735, 2736, 2737, 2738, 2739, 2740, 2741, 2742, 2743, 2744, 2745, 2746, 2747, 2748, 2749, 2750, 2751, 2752, 2753, 2754, 2755, 2756, 2757, 2758, 2759, 2760, 2761, 2762, 2763, 2764, 2765, 2766, 2767, 2768, 2769, 2770, 2771, 2772, 2773, 2774, 2775, 2776, 2777, 2778, 2779, 2780, 2781, 2782, 2783, 2784, 2785, 2786, 2787, 2788, 2789, 2790, 2791, 2792, 2793, 2794, 2795, 2796, 2797, 2798, 2799, 2800, 2801, 2802, 2803, 2804, 2805, 2806, 2807, 2808, 2809, 2810, 2811, 2812, 2813, 2814, 2815, 2816, 2817, 2818, 2819, 2820, 2821, 2822, 2823, 2824, 2825, 2826, 2827, 2828, 2829, 2830, 2831, 2832, 2833, 2834, 2835, 2836, 2837, 2838, 2839, 2840, 2841, 2842, 2843, 2844, 2845, 2846, 2847, 2848, 2849, 2850, 2851, 2852, 2853, 2854, 2855, 2856, 2857, 2858, 2859, 2860, 2861, 2862, 2863, 2864, 2865, 2866, 2867, 2868, 2869, 2870, 2871, 2872, 2873, 2874, 2875, 2876, 2877, 2878, 2879, 2880, 2881, 2882, 2883, 2884, 2885, 2886, 2887, 2888, 2889, 2890, 2891, 2892, 2893, 2894, 2895, 2896, 2897, 2898, 2899, 2900, 2901, 2902, 2903, 2904, 2905, 2906, 2907, 2908, 2909, 2910, 2911, 2912, 2913, 2914, 2915, 2916, 2917, 2918, 2919, 2920, 2921, 2922, 2923, 2924, 2925, 2926, 2927, 2928, 2929, 2930, 2931, 2932, 2933, 2934, 2935, 2936, 2937, 2938, 2939, 2940, 2941, 2942, 2943, 2944, 2945, 2946, 2947, 2948, 2949, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2957, 2958, 2959, 2960, 2961, 2962, 2963, 2964, 2965, 2966, 2967, 2968, 2969, 2970, 2971, 2972, 2973, 2974, 2975, 2976, 2977, 2978, 2979, 2980, 2981, 2982, 2983, 2984, 2985, 2986, 2987, 2988, 2989, 2990, 2991, 2992, 2993, 2994, 2995, 2996, 2997, 2998, 2999, 3000, 3001, 3002, 3003, 3004, 3005, 3006, 3007, 3008, 3009, 3010, 3011, 3012, 3013, 3014, 3015, 3016, 3017, 3018, 3019, 3020, 3021, 3022, 3023, 3024, 3025, 3026, 3027, 3028, 3029, 3030, 3031, 3032, 3033, 3034, 3035, 3036, 3037, 3038, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3047, 3048, 3049, 3050, 3051, 3052, 3053, 3054, 3055, 3056, 3057, 3058, 3059, 3060, 3061, 3062, 3063, 3064, 3065, 3066, 3067, 3068, 3069, 3070, 3071, 3072, 3073, 3074, 3075, 3076, 3077, 3078, 3079, 3080, 3081, 3082, 3083, 3084, 3085, 3086, 3087, 3088, 3089, 3090, 3091, 3092, 3093, 3094, 3095, 3096, 3097, 3098, 3099, 3100, 3101, 3102, 3103, 3104, 3105, 3106, 3107, 3108, 3109, 3110, 3111, 3112, 3113, 3114, 3115, 3116, 3117, 3118, 3119, 3120, 3121, 3122, 3123, 3124, 3125, 3126, 3127, 3128, 3129, 3130, 3131, 3132, 3133, 3134, 3135, 3136, 3137, 3138, 3139, 3140, 3141, 3142, 3143, 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3149, 3150, 3151, 3152, 3153, 3154, 3155, 3156, 3157, 3158, 3159, 3160, 3161, 3162, 3163, 3164, 3165, 3166, 3167, 3168, 3169, 3170, 3171, 3172, 3173, 3174, 3175, 3176, 3177, 3178, 3179, 3180, 3181, 3182, 3183, 3184, 3185, 3186, 3187, 3188, 3189, 3190, 3191, 3192, 3193, 3194, 3195, 3196, 3197, 3198, 3199, 3200, 3201, 3202, 3203, 3204, 3205, 3206, 3207, 3208, 3209, 3210, 3211, 3212, 3213, 3214, 3215, 3216, 3217, 3218, 3219, 3220, 3221, 3222, 3223, 3224, 3225, 3226, 3227, 3228, 3229, 3230, 3231, 3232, 3233, 3234, 3235, 3236, 3237, 3238, 3239, 3240, 3241, 3242, 3243, 3244, 3245, 3246, 3247, 3248, 3249, 3250, 3251, 3252, 3253, 3254, 3255, 3256, 3257, 3258, 3259, 3260, 3261, 3262, 3263, 3264, 3265, 3266, 3267, 3268, 3269, 3270, 3271, 3272, 3273, 3274, 3275, 3276, 3277, 3278, 3279, 3280, 3281, 3282, 3283, 3284, 3285, 3286, 3287, 3288, 3289, 3290, 3291, 3292, 3293, 3294, 3295, 3296, 3297, 3298, 3299, 3300, 3301, 3302, 3303, 3304, 3305, 3306, 3307, 3308, 3309, 3310, 3311, 3312, 3313, 3314, 3315, 3316, 3317, 3318, 3319, 3320, 3321, 3322, 3323, 3324, 3325, 3326, 3327, 3328, 3329, 3330, 3331, 3332, 3333, 3334, 3335, 3336, 3337, 3338, 3339, 3340, 3341, 3342, 3343, 3344, 3345, 3346, 3347, 3348, 3349, 3350, 3351, 3352, 3353, 3354, 3355, 3356, 3357, 3358, 3359, 3360, 3361, 3362, 3363, 3364, 3365, 3366, 3367, 3368, 3369, 3370, 3371, 3372, 3373, 3374, 3375, 3376, 3377, 3378, 3379, 3380, 3381, 3382, 3383, 3384, 3385, 3386, 3387, 3388, 3389, 3390, 3391, 3392, 3393, 3394, 3395, 3396, 3397, 3398, 3399, 3400, 3401, 3402, 3403, 3404, 3405, 3406, 3407, 3408, 3409, 3410, 3411, 3412, 3413, 3414, 3415, 3416, 3417, 3418, 3419, 3420, 3421, 3422, 3423, 3424, 3425, 3426, 3427, 3428, 3429, 3430, 3431, 3432, 3433, 3434, 3435, 3436, 3437, 3438, 3439, 3440, 3441, 3442, 3443, 3444, 3445, 3446, 3447, 3448, 3449, 3450, 3451, 3452, 3453, 3454, 3455, 3456, 3457, 3458, 3459, 3460, 3461, 3462, 3463, 3464, 3465, 3466, 3467, 3468, 3469, 3470, 3471, 3472, 3473, 3474, 3475, 3476, 3477, 3478, 3479, 3480, 3481, 3482, 3483, 3484, 3485, 3486, 3487, 3488, 3489, 3490, 3491, 3492, 3493, 3494, 3495, 3496, 3497, 3498, 3499, 3500, 3501, 3502, 3503, 3504, 3505, 3506, 3507, 3508, 3509, 3510, 3511, 3512, 3513, 3514, 3515, 3516, 3517, 3518, 3519, 3520, 3521, 3522, 3523, 3524, 3525, 3526, 3527, 3528, 3529, 3530, 3531, 3532, 3533, 3534, 3535, 3536, 3537, 3538, 3539, 3540, 3541, 3542, 3543, 3544, 3545, 3546, 3547, 3548, 3549, 3550, 3551, 3552, 3553, 3554, 3555, 3556, 3557, 3558, 3559, 3560, 3561, 3562, 3563, 3564, 3565, 3566, 3567, 3568, 3569, 3570, 3571, 3572, 3573, 3574, 3575, 3576, 3577, 3578, 3579, 3580, 3581, 3582, 3583, 3584, 3585, 3586, 3587, 3588, 3589, 3590, 3591, 3592, 3593, 3594, 3595, 3596, 3597, 3598, 3599, 3600, 3601, 3602, 3603, 3604, 3605, 3606, 3607, 3608, 3609, 3610, 3611, 3612, 3613, 3614, 3615, 3616, 3617, 3618, 3619, 3620, 3621, 3622, 3623, 3624, 3625, 3626, 3627, 3628, 3629, 3630, 3631, 3632, 3633, 3634, 3635, 3636, 3637, 3638, 3639, 3640, 3641, 3642, 3643, 3644, 3645, 3646, 3647, 3648, 3649, 3650, 3651, 3652, 3653, 3654, 3655, 3656, 3657, 3658, 3659, 3660, 3661, 3662, 3663, 3664, 3665, 3666, 3667, 3668, 3669, 3670, 3671, 3672, 3673, 3674, 3675, 3676, 3677, 3678, 3679, 3680, 3681, 3682, 3683, 3684, 3685, 3686, 3687, 3688, 3689, 3690, 3691, 3692, 3693

A. MAJOR DEPRESSIVE EPISODE

(→ หมายถึง : ไม่ใช่หรือพบสำหรับการวินิจฉัย, วงกลมล้อมรอบคำว่า * ไม่ใช่* : ไม่พบหรือพบสำหรับการวินิจฉัย, และข้ามไปทำชุดต่อไป)

A1 คุณเคยมีอาการซึมเศร้าหรือเหนื่อยอย่างต้องเฝ้า, เกือบตลอดเวลา, เกือบทุกวัน, ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่
A2 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา, ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกสนใจเรื่องต่างๆ ลดลงอย่างมาก หรือ แทบจะไม่มีรู้สึกสนุกสนานเหมือนเดิม หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่*
ข้อ A1 หรือ A2 ตอบว่า *ใช่* ใช่หรือไม่ ?	→ ไม่ใช่	ใช่

A3 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา, เมื่อคุณรู้สึกซึมเศร้าหรือเหนื่อย :

a. ความรู้สึกเบื่ออาหารหรือความอยากอาหารของคุณเพิ่มขึ้นเกือบทุกวัน หรือไม่ ? น้ำหนักตัวของคุณลดลงหรือเพิ่มขึ้นโดยที่คุณไม่ได้เจตนาที่จะลดหรือเพิ่มบ้าง หรือไม่ ? (เช่น $\pm 5\%$ ของน้ำหนักตัว หรือ ± 8 ปอนด์ หรือ ± 3.5 กก. สำหรับคนที่หนัก 160 ปอนด์หรือ 70 กก. ใน 1 เดือน) ถ้าตอบว่า *ใช่* ในข้อใดข้อหนึ่ง, ให้ลงรหัสว่า *ใช่*	ไม่ใช่	ใช่
b. คุณมีปัญหาในการนอนหลับเกือบทุกคืน (หลับยาก, ตื่นตอนกลางคืน, ตื่นเช้ามานานเกินไป หรือนอนมากกว่าปกติ) หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่
c. คุณพูดหรือเคลื่อนไหวช้าลงกว่าปกติ หรือคุณรู้สึกหงุดหงิด, กระสับกระส่าย หรือนั่งอยู่นิ่งๆ ไม่ได้ เกือบทุกวัน หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่*
d. คุณรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่มีแรงเกือบทุกวัน หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่
e. คุณรู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดเกือบทุกวัน หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่
f. คุณไม่มีสมาธิหรือตัดสินใจไม่ค่อยได้เกือบทุกวัน หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่
g. คุณคิดทำร้ายตัวเองซ้ำๆ, รู้สึกอยากฆ่าตัวตาย, หรืออยากตาย หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่
ข้อ (A1-A3) ตอบว่า *ใช่* อย่างน้อย 5 ข้อ หรือไม่ ?	ไม่ใช่	ใช่*

MAJOR DEPRESSIVE EPISODE, CURRENT

ถ้าผู้ป่วยมี Major depressive episode, current ให้ทำข้อ A4 ต่อไป ถ้าไม่ใช่ให้ข้ามไปทำชุด * B *

A4 a. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา, คุณเคยมีช่วงเวลายาวอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ที่รู้สึกซึมเศร้าหรือเหนื่อย, และมีอาการต่างๆ ตามที่ได้พูดคุยกันไปแล้ว หรือไม่ ?

→ ไม่ใช่ ใช่

b. ระหว่างการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 2 ครั้ง คุณเคยมีช่วงเวลายาวอย่างน้อย 2 เดือน ที่ไม่มีอาการซึมเศร้าและอาการเหนื่อย ใช่หรือไม่ ?

MAJOR DEPRESSIVE EPISODE, RECURRENT

* ถ้าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Major Depressive Episode, Current, ให้ลงรหัสว่า *ใช่* ในคำถามที่เกี่ยวข้องกันในหน้า 5

M.I.N.I. 5.0.0 Thai version / DSM-IV / current (January 2003)
 © 1997-2003 W.P. K. Williams & Associates, Ltd. Published by permission of the World Health Organization. All rights reserved.
 The World Health Organization is grateful to the following for their contribution to the development of the Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.):
 * World Health Organization, Geneva, Switzerland
 * Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand
 * Ministry of Public Health, Phnom Penh, Cambodia
 * Ministry of Public Health, Hanoi, Vietnam
 * Ministry of Public Health, Manila, Philippines
 * Ministry of Public Health, New Delhi, India
 * Ministry of Public Health, Singapore
 * Ministry of Public Health, Tokyo, Japan
 * Ministry of Public Health, Yangon, Myanmar
 * Ministry of Public Health, Zaire
 * Ministry of Public Health, Zimbabwe

P. ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER (optional)

(→ หมายถึง : ให้ไปที่กรอบสำหรับการวินิจฉัย แล้ววงกลมล้อมรอบคำว่า "ไม่ใช่")

P1 เมื่อคุณอายุไม่น้อยกว่า 15 ปี, คุณ :

- | | | |
|---|--------|-----|
| a. ขาดเรียน หรือหนีออกจากบ้านแบบข้ามคืนบ่อย ๆ หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| b. โกหก, ซักง, เอาเปรียบคนอื่น หรือ ขโมยของบ่อย ๆ หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| c. เป็นคนหาเรื่องจกตอย วิวาท, คุกคาม หรือดูหมิ่นผู้อื่น หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| d. ทำลายข้าวของหรือ จุกโผล่มาสิ่งของโดยเจตนาหรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| e. ทำอันตราย (รังแก) สัตว์หรือคนโดยเจตนา หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| f. บังคับให้คนอื่นมีเพศสัมพันธ์กับคุณหรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |

ข้อ P1 ตอบว่า *ใช่* อย่างน้อย 2 ข้อ ใช่หรือไม่ ? → ไม่ใช่ ใช่

ถ้าพฤติกรรมดังต่อไปนี้ทำไปเพราะแรงจูงใจทางการเมืองหรือศาสนาเท่านั้น ไม่ต้องลงรหัส "ใช้"

P2 ตั้งแต่คุณอายุ 15 ปีเป็นต้นมา, คุณ :

- | | | | |
|----|---|--------|-----|
| a. | มีพฤติกรรมที่คนอื่นมองว่า ไม่รับผิดชอบบ่อยๆ , เช่น ไม่จ่ายหนี้, มีอารมณ์รุนแรงกับคนในแล่น หรือไม่ทำงานเพื่อหาเลี้ยงตัวเอง หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| b. | ทำสิ่งผิดกฎหมายแม้ว่าจะไม่ถูกจับ (เช่น ทำลายข้าวของ, สักเล็ชไมยน้อย, ขโมยของ, ขยายาสะพัตติ, หรือกระทำความผิดทางอาญา) หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| c. | มีการดื้อรังใช้กำลังบ่อยๆ (รวมถึงการทำร้ายร่างกายคู่สมรสและบุตร) หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| d. | โกหก หรือหาประโยชน์จากคนอื่นเพื่อให้ได้เงินหรือเพื่อความพอใจ, หรือ โกหกเพื่อความสะดวกสบายบ่อยๆ หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| e. | ทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายโดยไม่ตั้งใจ หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| f. | ไม่รู้สึกผิดหลังจากทำร้าย, ทุเรศ, โกหก, หรือขโมยของผู้อื่น, หรือหลังจากทำลายข้าวของเสียหาย หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |

ข้อ P2 สงสัยว่า *ใช้* อย่างน้อย 3 ข้อ หรือใช้หรือไม่ ?

๒๒	๒๓
----	----

ANTISOCIAL PERSONALITY
DISORDER
LIFETIME

M.I.N.I. 5.0.0 Thai version / DSM-IV / current (January 2003)

© 2003 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved. This publication is intended to provide accurate and authoritative information in regard to the subject matter covered. It is sold with the understanding that the publisher is not engaged in rendering legal, accounting, or other professional service. If legal advice or other expert assistance is required, the services of a competent professional person should be sought.

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406

ภาคผนวก ข
ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

ตาราง 1 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือ	จำนวนข้อ	ค่าความเชื่อมั่น	
		n = 30	n = 110
1. แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์	22	0.87	0.88
2. แบบวัดความสามารถในการควบคุมตนเอง	36	0.74	0.76
3. แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ	42	0.95	0.96

สำหรับเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I)- 5.0.0 ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช ผู้วิจัยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและฝึกปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมารับบริการที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ชั้น 6 และหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ ชั้น 7 ดึงผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการใช้เครื่องมือดังกล่าว เป็นผู้ฝึกอบรมและเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมกับผู้วิจัย โดยมีผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการสัมภาษณ์จำนวน 10 คน แล้วจึงนำผลมาตรวจสอบหาค่าความเที่ยงโดยวิธีประเมินร่วมกัน(Inter-rater method) โดยคำนวณจากข้อคำถามทั้งหมด 195 ข้อคำถาม ได้เท่ากับ 0.97 จากสูตร (Polit & Beck, 2008)

$$\text{ความเที่ยงโดยวิธีประเมินร่วมกัน} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

ตาราง 2 จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน และความเที่ยงโดยวิธีประเมินร่วมกันของแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (n = 10)

รายที่	จำนวนการสังเกต ที่เหมือนกัน (ข้อ)	จำนวนการสังเกต ที่ต่างกัน (ข้อ)	ความเที่ยงโดย วิธีประเมินร่วมกัน
1	194	1	0.99
2	193	2	0.99
3	195	0	1
4	195	0	1
5	195	0	1
6	193	2	0.99
7	192	3	0.98
8	173	22	0.89
9	172	23	0.88
10	193	2	0.99

ภาคผนวก ค
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS)

Re: ask for permission to use RRS

susan.nolen-hoeksema ถึง Usa Nuampet

You have my permission.

Susan Nolen-Hoeksema
Professor Department of Psychology Yale University
P.O. Box 208205 (for packages, 2 Hillhouse Ave)
New Haven, CT 06520
Phone: 203-432-0699

Quoting Usa Nuampet <krajeab_wu@hotmail.com>:

> Dear Dr. susan Nolen-Hoeksema:

I am Miss Usa Nuampet, a Master degree student of Mental and Psychiatric Nursing program of Mahidol University, Thailand. According to developing my thesis, The Relationships among Negative Life Events, Rumination, Learned Resourcefulness and Mental Health Problem in Juvenile with Substance Abuse in Incarceration, and I found the Rumination Response Scale (RRS) that you develop is appropriated to measure the subject' s rumination. I also knew that the RSS were translated into Thai language by Dr. Wareerat Thanoi, so that the permission from original developer is necessary before using Thai version. Therefore, I would like to ask for your permission to use the RRS in my study, and it would be my appreciated to receive any suggestions or answers from you. Thank you very much for your kindness.

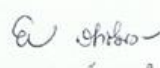
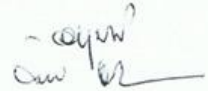
Sincerely,

Usa Nuampet

Master degree student of Mental and Psychiatric Nursing program, Mahidol University, Thailand

Tel. 668-726-6343

E-mail: krajeab_wu@hotmail.com

	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล เลขที่ 8908 วันที่ 3 ส.ค. 2553 เวลา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โทร. ๘๕๑ ต่อ ๑๔๑๑, ๑๔๑๒ โทรสาร ๐๒-๔๑๒-๘๔๑๕	
ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕(พ.บ.)/๖๗๐ วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๓ เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์	
ด้วย นางสาวอุษา น่วมเพชร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน” (The Relationships among Negative Life Events, Rumination, Learned Resourcefulness and Mental Health Problem in Juvenile with Substance Abuse in Incarceration) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา หานะครินทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์ (Rumination Response Scale : RRS) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารีรัตน์ ฉานน้อย จากการศึกษาในปี 2009 เรื่อง-Adolescent suicide risk behaviors predictive model : Testing a model of negative life events, Rumination, emotional distress, resilience and social support. เพื่อประกอบการทำวิจัยในครั้งนี้ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้อนุเคราะห์ด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง  (รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา หานะครินทร์) ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารีรัตน์ ฉานน้อย  (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วาริตัน ฉานน้อย) รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา หานะครินทร์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 4 ส.ค. 53	

แบบวัดการควบคุมตนเอง (The Self-Control Schedule: SCS)

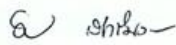


หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. ๘๕๑ ต่อ ๑๔๑๑, ๑๔๑๒
โทรสาร ๐๒-๔๑๒-๘๔๑๕

ที่ สธ ๐๕๑๑.๐๕(พย.ม.) ๖๗๑
วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๓
เรื่อง ขอลงอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์

ด้วย นางสาวอุษา น่วมเพชร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์
เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การรuminat แล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทาง
จิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน” (The Relationships among Negative
life Events, Rumination, Learned Resourcefulness and Mental Health Problem in Juvenile with Substance Abuse
in Incarceration) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงงานวิทยานิพนธ์
ในการนี้ นักศึกษา มีความประสงค์จะขอลงอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความสามารถในการควบคุมตนเอง
ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลและพัฒนาโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ จากการศึกษาในปี 2001 เรื่อง
The Relationships among dysfunctional attitudes, learned resourcefulness, and amphetamine use in Thai
adolescents เพื่อประกอบการทำวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้อนุเคราะห์ด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง



(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES)



ที่ สร ๐๘๑๓.๕/ ๑๑๑๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือ ที่ สร ๐๕๑๓.๐๕/๐๒๓๓๓๒ ลงวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๒

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

เลขที่ ๒๑๐ หมู่ ๑๑ ตำบลอาจสามารถ

อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ๔๘๐๐๐

๖ สิงหาคม ๒๕๕๓

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวอุษา น่วมเพชร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การรบกวนคิด แหล่งทักษะภายในตนเองและปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนฯ” นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ มีความยินยอมอนุญาตให้นักศึกษาใช้เครื่องมือวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ คือ แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจในปี ๒๐๐๕ เรื่อง Epidemiology of adolescent suicidal ideation : roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use (Thailand) โดย ดร. นายแพทย์ พัทธกัญพล บุญขมาลิก เพื่อประกอบการทำวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นายพัทธกัญพล บุญขมาลิก)

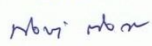
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

ศูนย์พัฒนาวิชาการและวิจัย

โทร ๐-๔๒๕๕-๓๑๐๓-๖ ต่อ ๑๑๐๖

โทรสาร ๐-๔๒๕๕-๓๑๐๕

ทราบ



(รองศาสตราจารย์ ดร.พองคำ จิลกสกุลชัย)

คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

3 / ๗.๖ / ๕3

แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช

(Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I) - 5.0.0

ที่ สธ ๐๔๕๕.๒/๒๓๓

กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๙ สิงหาคม ๒๕๕๓

เรื่อง อนุญาตให้ใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕ / ๐๒๕๔๒ ลงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๓

ตามหนังสือที่อ้างถึงหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
แจ้งว่า นางสาวอุษา น่วมเพชร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขออนุญาตจะทำการวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งที่เกาะภายในตนเองและปัญหาทางจิตเวช
ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน" นั้น

กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามในการวิจัยดังกล่าวได้
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายยังยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์)
หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต

กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
โทร. ๐ ๒ ๕๙๐ ๘๐๔๓
โทรสาร ๐ ๒๑ ๔๙ ๕๕๓๙

ภาคผนวก ง

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการอบรมการใช้เครื่องมือวิจัย



หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร. ๐-๒๔๑๑-๓๒๕๘

ที่ ศธ ๐๕๑๑.๐๕ / ๐๒๕๓๗

วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๓

เรื่อง ขออนุญาตบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญอบรมการใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาวอุษา น่วมเพชร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน” โดยอยู่ในควบคุมของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ศาณิรัตน์ ซึ่งใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (Mini international neuropsychiatric structure interview : M.I.N.I)-Thai Version 5.0.0 ของพื้นฐานภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ โดยมีความจำเป็นต้องผ่านการอบรมเพื่อเข้าใจทั้งหลักการวินิจฉัยโรค หลักการใช้เครื่องมือ และผ่านการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวกับจิตแพทย์วินิจฉัย

ในการนี้ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ อาจารย์ นพ.วรภัทร รัตอาภา อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือดังกล่าว เป็นผู้ฝึกอบรมทั้งในหลักการวินิจฉัยโรค หลักการใช้เครื่องมือ และการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง รวมทั้งเป็นผู้ตรวจสอบการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ ในวันที่ ๑๖-๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๓ เวลา ๘.๐๐-๑๒.๐๐ ณ หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ชั้น ๖ และหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ ชั้น ๗ ตึกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ผู้มีนามดังกล่าวข้างต้นเป็นผู้ฝึกอบรมและผู้ตรวจสอบการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้าพเจ้า ความวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

นางสาว อุษา น่วมเพชร

(รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์คำ คิลลสกุลชัย)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สำเนาเรียน อาจารย์ นพ. วรภัทร รัตอาภา



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โทร. 4 294

ที่ ผ. 0514-046/คจ. 1948

วันที่ 4 กันยายน 2553

เรื่อง เอกสารรับรองการผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I) - Thai Version 5.0.0

เนื่องด้วย นางสาวอุษา น่วมเพชร นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I) - Thai Version 5.0.0 โดยแบ่งเป็นภาคทฤษฎี ระหว่างวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ 72 ปี โรงพยาบาลศิริราช และการฝึกภาคปฏิบัติระหว่างวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ณ อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น 7 แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยอยู่ภายใต้การนิเทศของอาจารย์นายแพทย์ วรภัทร รัตอาภา อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือดังกล่าว

จึงขอรับรองว่านางสาวอุษา น่วมเพชร ได้ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I) - Thai Version 5.0.0 และมีความสามารถในการใช้เครื่องมือดังกล่าวเพื่อทำการประเมินกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งผู้ป่วยทางจิตเวชได้จริง

.....เสนา.....ร.ร.ด.....

(นายแพทย์วรภัทร รัตอาภา)

ตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....ร.ร.ด...../.....ร.ร.ด...../.....ร.ร.ด.....

ภาคผนวก จ

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



COA.No.MU-IRB/C 2010/ 69.0112

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing)

Title of Project: RELATIONSHIPS AMONG NEGATIVE LIFE EVENTS, RUMINATION, LEARNED RESOURCEFULNESS AND MENTAL HEALTH PROBLEMS IN JUVENILE WITH SUBSTANCE ABUSE IN INCARCERATION

Project Number: MU-IRB/C 2010/ 101.0610

Principle Investigator: Miss Usa Nuampet

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) MU-IRB/C Submission form version received date 19 November 2010
- 2) Participant Information sheet version date 19 November 2010
- 3) Consent form version date 19 November 2010
- 4) Questionnaire version received date 19 November 2010

Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 1 December 2010

Date of Expiration: 1 December 2011

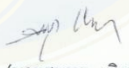
Signature of Chair: 
(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)
Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing 
(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)
Dean, Faculty of Nursing

Office of Institutional Review Board panel C (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing, 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

	
บันทึกข้อความ	
ส่วนราชการ	กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สำนักพัฒนาระบบงานยุติธรรมฯ โทร. ๐ ๒๑๔๑ ๓๕๗๘
ที่ ยธ ๐๖๐๒/๐๗๙๖๕	วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๓
เรื่อง	ขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลเด็กและเยาวชน
เรียน	ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายบ้านกรุณา
ด้วย นางสาวอุษา น่วมเพชร นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเอง และปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน” ขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลเด็กและเยาวชนที่มีประวัติใช้สารเสพติด จำนวน ๑๒๐ คน ณ ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายบ้านกรุณา ระหว่างวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๓ - ๓๐ มกราคม ๒๕๕๔ โดยได้แนบบแบบสอบถามมาเพื่อพิจารณาอนุญาตด้วยแล้วนั้น กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ได้พิจารณาแบบสอบถาม รวมทั้งได้ให้คำแนะนำและให้รับทราบข้อปฏิบัติในการเข้าเก็บข้อมูลแล้ว จึงเห็นควรอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลได้ ซึ่งผู้ขอเก็บข้อมูลจะประสานกับหน่วยงาน ในเรื่องวัน เวลา ที่จะเข้าเก็บข้อมูลอีกครั้งหลังจากได้รับอนุญาต จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป	
 (นายสุนทร เพ็งมาก) รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน อธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	

ภาคผนวก ข

ตารางแสดงช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อของ
แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ แบบวัดการควบคุมตนเองและ
แบบวัดการตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์

ตาราง 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อของแบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความ
ยุ่งยากใจ

เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ	Rang	Mean	S.D.
1. ถูกตอบโต้ในทางลบจากเพื่อน	0-5	1.59	1.21
2. การสื่อสารในทางลบกับเพื่อน	0-4	1.47	1.17
3. ความขัดแย้งกับเพื่อน	0-5	1.89	1.39
4. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมทั้งการโต้เถียง) กับเพื่อน	0-5	2.22	1.38
5. การสื่อสารในทางลบกับแฟน	0-5	1.63	1.42
6. ความขัดแย้งกับแฟน	0-5	1.66	1.39
7. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมทั้งการโต้เถียง) กับแฟน	0-5	1.70	1.45
8. ถูกปฏิเสธ/ไม่ยอมรับจากแฟน	0-5	1.55	1.59
9. แฟนของคุณทำให้คุณผิดหวัง	0-5	2.14	1.75
10. เงินไม่เพียงพอสำหรับสิ่งจำเป็น	0-5	1.46	1.43
11. เงินไม่เพียงพอสำหรับการศึกษา	0-5	1.34	1.47
12. เงินไม่เพียงพอสำหรับเรื่องฉุกเฉิน	0-5	1.75	1.65
13. เงินไม่เพียงพอสำหรับสิ่งอื่นที่นอกเหนือจากสิ่งจำเป็น	0-5	1.31	1.41
14. ปริมาณการบ้าน, งาน, หรือภาระอื่นจากวิชาเรียน	0-5	1.39	1.20
15. กำหนดเวลาที่ต้องส่งการบ้าน/งาน	0-5	1.72	1.26
16. ความกดดันเรื่องเวลา	0-5	1.95	1.43
17. ปัญหาในการทำการบ้าน/งานให้เสร็จ	0-5	1.69	1.28
18. การสื่อสารในทางลบกับครู อาจารย์	0-5	1.13	1.20
19. ถูกตอบโต้ในทางลบกับครู อาจารย์	0-5	1.35	1.33
20. ความขัดแย้งกับครู อาจารย์	0-5	1.22	1.40

เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ	Rang	Mean	S.D.
21. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมทั้งการโต้เถียง)	0-5	1.18	1.53
22. การสื่อสารทางลบกับบิดามารดา	0-5	1.37	1.51
23. ความขัดแย้งกับบิดามารดา	0-5	1.26	1.50
24. ความเห็นไม่ลงรอย(รวมทั้งการโต้เถียง)กับบิดามารดา	0-5	1.46	1.59
25. ถูกตอบโต้ทางลบ จากบิดามารดา	0-5	1.45	1.60
26. การสื่อสารทางลบกับนักเรียนอื่น	0-5	1.50	1.36
27. ความขัดแย้งกับนักเรียนอื่น	0-5	1.97	1.38
28. ความเห็นไม่ลงรอย(รวมทั้งการโต้เถียง)กับนักเรียนอื่น	0-5	2.21	1.51
29. การทำงานหรือกิจกรรมร่วมกับนักเรียนอื่น	0-5	1.35	1.30
30. ความขัดแย้งกับญาติ พี่น้อง	0-5	1.37	1.36
31. ความเห็นไม่ลงรอย(รวมทั้งการโต้เถียง)กับญาติพี่น้อง	0-5	1.44	1.19
32. ถูกตอบโต้ในทางลบ จากญาติพี่น้อง	0-5	1.65	1.34
33. การทำกิจกรรมร่วมกับญาติ พี่น้อง	0-5	1.13	1.41
34. สุขภาพของคุณ	0-5	1.05	1.31
35. สมรรถภาพทางร่างกายของคุณ	0-5	1.04	1.21
36. การได้รับการรักษาพยาบาลของคุณ	0-5	1.21	1.37
37. การเจ็บป่วย (เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดทั่วไป)	0-5	1.42	1.34
38. ไม่ได้รับคะแนน (ผลการเรียน) ตามที่คาดหวัง	0-5	1.56	1.22
39. ความสามารถในการเรียนไม่ใช้อย่างที่คิด	0-5	1.73	1.31
40. ไม่เข้าใจบทเรียนบางวิชา	0-5	1.80	1.30
41. วิชาเรียนไม่ตรงกับอาชีพการงานในอนาคต	0-5	1.47	1.32
42. วิชาเรียนน่าเบื่อหน่าย	0-5	1.86	1.56
คะแนนรวม	0-210	64.62	35.44

ตาราง 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อของแบบวัดการควบคุมตนเอง

การควบคุมตนเอง	Rang	Mean	S.D.
1. เมื่อฉันต้องทำสิ่งที่ไม่ชอบ ฉันจะคิดถึงผลดีที่จะได้รับหลังจากทำสิ่งนั้นสำเร็จลง	1-6	3.75	1.37
2. เมื่อฉันต้องทำงานที่ทำให้รู้สึกกังวล ฉันจะพยายามหาวิธีจัดการกับความกังวลในระหว่างทำงานนั้นให้ได้	1-6	4.15	1.22
3. เพียงแต่ฉันเปลี่ยนความคิด ฉันก็จะสามารถเปลี่ยนความรู้สึกที่มีต่อสิ่งต่างๆ ได้	1-6	4.14	1.22
4. เป็นการยากที่ฉันจะเอาชนะความหงุดหงิดและความเครียดได้โดยไม่มีใครช่วยเหลือ	1-6	3.36	1.42
5. เมื่อฉันรู้สึกเศร้าหมอง ฉันจะพยายามคิดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกพึงพอใจแทน	1-6	4.30	1.27
6. ฉันไม่สามารถหักห้ามใจให้เลิกคิดถึงความคิดฟุ้งซ่านในอดีตของตนเองได้	1-6	3.16	1.47
7. เมื่อฉันต้องเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยาก ฉันจะพยายามจัดระบบการแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน	1-6	3.75	1.23
8. ฉันจะทำงานของฉันได้เร็วขึ้นถ้ามีคนมากระตุ้นให้ทำ	1-6	3.15	1.55
9. เวลาที่ฉันรู้สึกยุ่งยากใจในการตัดสินใจ ฉันจะเลื่อนการตัดสินใจไปก่อนแม้ว่าจะมีข้อมูลเรื่องนั้นพร้อมแล้ว	1-6	3.24	1.26
10. เมื่อฉันรู้สึกว่าไม่มีสมาธิในการทำงาน ฉันจะพยายามหาวิธีทำให้ตนเองมีสมาธิมากขึ้น	1-6	4.22	1.15
11. เมื่อฉันวางแผนที่จะทำงาน ฉันจะตัดทุกอย่างที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานที่ฉันจะทำออกไป	1-6	4.07	1.18
12. เมื่อฉันพยายามแก้นิสัยไม่ดีของตนเอง สิ่งแรกที่ฉันจะทำคือค้นหาวามิอะไรบางอย่างที่ทำให้ฉันมีนิสัยอย่างนั้น	1-6	4.03	1.21
13. เมื่อมีความไม่สบายใจ ฉันจะพยายามคิดถึงสิ่งที่ทำให้พึงพอใจแทน	1-6	4.36	1.22
14. ถ้าสูบบุหรี่ 2 ซองต่อ 1 วัน ฉันคิดว่าถึงเวลาที่ฉันควรขอความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว	1-6	3.08	1.56
15. เมื่อฉันรู้สึกไม่สดชื่น ฉันจะพยายามทำใจให้รื่นเริงเพื่อให้อารมณ์ของฉันเปลี่ยนไป	1-6	4.46	1.19
16. เมื่อรู้สึกเครียดและหงุดหงิด ฉันจะใช้ยาระงับประสาททุกครั้ง ถ้ามียานั้นอยู่กับตัว	1-6	4.59	1.70

การควบคุมตนเอง	Rang	Mean	S.D.
17. เมื่อนั้นรู้สึกซึมเศร้า ฉันจะพยายามทำให้ตัวเองไม่ว่างด้วยการทำสิ่งที่ชอบ	1-6	4.06	1.34
18. ฉันมักจะเลื่อนการทำงานที่ไม่ชอบออกไป แม้ว่าฉันจะทำในตอนนั้นได้	1-6	4.65	.88
19. ถ้าฉันต้องแก้ไขนิสัยไม่ดีของตนเอง ฉันคิดว่าจำเป็นต้องให้คนอื่นช่วยเหลือ	1-6	3.86	1.34
20. ถ้าเกิดปัญหาในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ฉันจะพยายามค้นหาวิธีการใหม่ๆที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จจนได้	1-6	4.35	1.06
21. ฉันอดไม่ได้ที่จะคิดถึงสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตแม้ว่ามันจะทำให้ฉันรู้ไม่ดี	1-6	3.16	1.30
22. ฉันชอบที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายให้เสร็จก่อนที่ฉันจะได้ทำในสิ่งที่ฉันชอบจริงๆ	1-6	4.31	1.25
23. เมื่อใดที่ฉันรู้สึกเจ็บปวดส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายฉันจะพยายามไม่คิดถึงความเจ็บปวดนั้น	1-6	4.03	1.32
24. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีค่ามากขึ้น ถ้าฉันสามารถแก้ไขนิสัยไม่ดีของตนเองได้	1-6	4.49	1.11
25. ฉันสามารถเอาชนะความรู้สึกไม่ดีที่เกิดจากความล้มเหลวของตัวเองได้	1-6	4.09	1.22
26. เมื่อนั้นรู้สึกว่าฉันจะทำอะไรที่หุนหันเกินไป ฉันจะบอกกับตัวเองให้หยุดคิดให้รอบคอบก่อนที่จะทำอะไรลงไป	1-6	3.95	1.22
27. แม้ว่าฉันกำลังโกรธจัดอยู่ ฉันก็ต้องไตร่ตรองให้รอบคอบก่อนจะทำอะไรลงไป	1-6	4.02	1.33
28. เมื่อนั้นจำเป็นต้องตัดสินใจ ฉันจะมองหาทางเลือกที่เป็นไปได้หลายๆทาง แทนที่จะตัดสินใจทันทีทันใด	1-6	4.08	1.20
29. ฉันจะเลือกทำในสิ่งที่ฉันชอบก่อนแม้ว่าขณะนั้น จะมีสิ่งอื่นที่ต้องทำอย่างเร่งด่วนอยู่หลายอย่างแล้วก็ตาม	1-6	3.25	1.25
30. เมื่อนั้นแน่ใจว่าฉันจะทำธุระสำคัญไม่ทันด้วยเหตุผลสุดวิสัย ฉันจะบอกกับตัวเองให้ใจเย็นๆเอาไว้	1-6	4.16	1.15
31. ถ้าฉันรู้สึกเจ็บปวดที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ฉันจะพยายามหันเหความสนใจไปเรื่องอื่นแทน	1-6	4.10	1.13
32. ถ้ามีงานที่จะต้องทำหลายๆอย่างในเวลาเดียวกัน ฉันจะวางแผนการทำงานนั้นๆก่อน	1-6	4.16	1.12
33. เมื่อเงินไม่พอใช้ ฉันจะบันทึกรายรับรายจ่ายของฉัน เพื่อสามารถใช้จ่ายในอนาคตอย่างระมัดระวังมากขึ้น	1-6	3.48	1.52
34. เมื่อนั้นไม่มีสมาธิในการทำงานบางอย่าง ฉันจะแบ่งงานนั้นออกเป็นชิ้นย่อยๆก่อนทำ	1-6	3.77	1.19

การควบคุมตนเอง	Rang	Mean	S.D.
35. บ่อยครั้งที่ฉันไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกทุกข้อใจที่รบกวนฉันอยู่ได้	1-6	3.15	1.13
36. ถ้าฉันรู้สึกหิว และไม่มีโอกาสที่จะรับประทานอาหารได้ในขณะนั้น ฉันจะพยายามไม่สนใจกับความหิวนั้น	1-6	3.97	1.28
คะแนนรวม	36-216	140.2	14.84



ตาราง 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อของแบบวัดการตอบสนองทาง
ความคิดต่อสถานการณ์

การตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์	Rang	Mean	S.D.
1. ครุ่นคิดว่าคุณรู้สึกโดดเดี่ยวเพียงใด	1- 4	1.90	0.68
2. ครุ่นคิดว่า “ฉันไม่สามารถทำงานของตนเองได้ถ้าฉันไม่ปลดปล่อยความรู้สึก นี้”	1- 4	1.65	0.63
3. ครุ่นคิดเกี่ยวกับความอ่อนล้าและความรู้สึกเจ็บปวดของคุณ	1- 4	2.08	0.76
4. ครุ่นคิดว่ามันยากเพียงใดที่จะมีจิตใจจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	1- 4	2.03	0.81
5. ครุ่นคิดว่า “ฉันทำอะไรจึงสมควรได้รับสิ่งนี้”	1- 4	2.10	0.74
6. ครุ่นคิดว่าคุณรู้สึกไม่กระตือรือร้นและขาดแรงจูงใจเพียงใด	1- 4	2.08	0.80
7. วิเคราะห์เหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นเพื่อพยายามทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดคุณ จึงอยู่ในภาวะซึมเศร้า	1- 4	1.97	0.82
8. ครุ่นคิดว่าคุณดูเหมือนจะไม่รู้ตัวรู้สากับสิ่งต่างๆเพียงใด	1- 4	1.84	0.76
9. คิดว่า “ทำไมฉันจึงไม่สามารถทำอะไรต่อไปได้”	1- 4	1.65	0.72
10. คิดว่า “ทำไมฉันจึงมีปฏิกิริยาออกมาในลักษณะนี้”	1- 4	2.03	0.79
11. ปลีกตัวออกไปอยู่คนเดียว และคิดว่าเพราะเหตุใดคุณจึงรู้สึกเช่นนั้น	1- 4	1.91	0.81
12. เขียนว่าคุณกำลังคิดอะไรอยู่และวิเคราะห์มัน	1- 4	1.58	0.75
13. นึกถึงเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น และปรารถนาที่จะให้มันเป็นไปได้ดีกว่าที่มันเป็นอยู่	1- 4	2.35	0.86
14. คิดว่า “ฉันจะไม่สามารถที่จะมีสมาธิได้ถ้าฉันยังคงมีความรู้สึกเช่นนี้”	1- 4	2.01	0.76
15. คิดว่า “ทำไมฉันจึงมีปัญหามากมายในขณะที่คนอื่นๆไม่มี”	1- 4	2.11	0.91
16. คิดว่า “ทำไมฉันจึงไม่สามารถจัดการกับสิ่งต่างๆให้ดีกว่านี้”	1- 4	2.19	0.86
17. ครุ่นคิดว่าคุณรู้สึกเสียใจเพียงใด	1- 4	2.20	0.76
18. คิดถึงข้อบกพร่อง ความล้มเหลวความคิดและข้อผิดพลาดทั้งหมดของคุณ	1- 4	2.35	0.88
19. ครุ่นคิดว่าคุณรู้สึกว่าไม่อยากจะทำอะไรเพียงใด	1- 4	1.86	0.76
20. วิเคราะห์บุคลิกภาพของคุณเพื่อที่จะพยายามทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใด คุณจึงรู้สึกซึมเศร้า	1- 4	1.86	0.67
21. ไปบางสถานที่ตามลำพังเพื่อที่จะคิดเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณ	1- 4	2.01	0.86

การตอบสนองทางความคิดต่อสถานการณ์	Rang	Mean	S.D.
22. ครุ่นคิดว่าคุณรู้สึกโกรธตนเองเพียงใด	1- 4	1.95	0.90
คะแนนรวม	22-44	43.72	9.35



ภาคผนวก ข

**ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ ของปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด
ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน**

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ของปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน (n = 110)

ปัญหาทางจิตเวช	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ไม่มีปัญหาทางจิตเวช	22	20
- มีปัญหาทางจิตเวช	88	80
รวม	110	100

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ของปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนระบุนรายโรค (n = 88)

ปัญหาทางจิตเวช (ระบุได้มากกว่า 1 โรค)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ภาวะแมเนีย (manic episode)	78	88.6
- ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder)	44	50.0
- ภาวะซึมเศร้า (major depressive episode)	36	40.9
- โรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder)	17	19.3
- โรคกลัวที่ชุมชน (agoraphobia)	12	13.6
- ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidality)	11	12.5
- โรคตื่นตระหนก (panic disorder)	10	11.4
- โรคกลัวการเข้าสังคม (social phobia)	10	11.4
- ความผิดปกติที่เกิดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (posttraumatic stress disorder)	6	6.8
- โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder)	3	3.4

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มอาการทางจิตเวช โดยระยะเวลา ($n = 110$)

กลุ่มอาการทางจิตเวช	ปัจจุบัน		อดีต		ตลอดชีวิต		ไม่มี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. กลุ่มอาการซึมเศร้า	19	17.9	0	0	21	19.1	70	63.6
2. กลุ่มอาการวิตกกังวล	22	20.0	3	2.7	6	5.5	79	71.8
3. ภาวะแมเนีย	59	53.6	19	17.3	0	0	32	29.1
4. ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ แบบต่อต้านสังคม	44	40	0	0	0	0	66	60

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละของกลุ่มอาการทางจิตเวชทั้ง 4 กลุ่ม เฉพาะอาการในปัจจุบัน ($n = 110$)

กลุ่มอาการทางจิตเวช	ปัจจุบัน		ไม่มี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. กลุ่มอาการซึมเศร้า	40	36.4	70	63.6
2. กลุ่มอาการวิตกกังวล	28	25.5	82	74.5
3. ภาวะแมเนีย	59	53.6	51	46.4
4. ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบ ต่อต้านสังคม	44	40	66	60

ภาคผนวก ณ

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ข้อตกลงเบื้องต้นงานวิจัยโดยทั่วไปที่ใช้สถิติโลจิสติก นิยมเสนอผลการทดสอบค่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (correlation matrix) ของตัวแปรอิสระ(เพชรร้อย สิ่งช้างชัย, 2546) โดยตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กัน หรือไม่ควรเกิดปัญหาตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูงมาก หรือเรียกว่า multicollinearity (มากกว่า 0.85) (Munro, 2001) สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้มี ศึกษาตัวแปรอิสระ 3 ตัวซึ่งทำการวิเคราะห์โดยแยกตามกลุ่มอาการทั้ง 4 กลุ่ม พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระแต่ละคู่ ไม่มีตัวแปรใดที่มีค่าสูงหรือไม่เกิดปัญหาตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูงมาก ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 เมตริกซ์สหสัมพันธ์ (correlation matrix) ของกลุ่มอาการซึมเศร้า

	ค่าคงที่	การครุ่นคิด	แหล่งทักษะภายในตนเอง	เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ
Step 1 ค่าคงที่	1.000	-.370	-.876	-.016
การครุ่นคิด	-.370	1.000	-.080	-.593
แหล่งทักษะภายในตนเอง	-.876	-.080	1.000	.157
เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	-.016	-.593	.157	1.000

ตาราง 2 เมตริกซ์สหสัมพันธ์ (correlation matrix) ของกลุ่มอาการวิตกกังวล

		ค่าคงที่	การครุ่นคิด	แหล่งทักษะ ภายในตนเอง	เหตุการณ์ใน ชีวิตเชิงลบ
Step 1	ค่าคงที่	1.000	-.356	-.856	-.015
	การครุ่นคิด	-.356	1.000	-.131	-.513
	แหล่งทักษะภายในตนเอง	-.856	-.131	1.000	.106
	เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	-.015	-.513	.106	1.000

ตาราง 3 เมตริกซ์สหสัมพันธ์ (correlation matrix) ของกลุ่มภาวะเมเนีย

		ค่าคงที่	การครุ่นคิด	แหล่งทักษะ ภายในตนเอง	เหตุการณ์ใน ชีวิตเชิงลบ
Step 1	ค่าคงที่	1.000	-.339	-.885	-.050
	การครุ่นคิด	-.339	1.000	-.089	-.486
	แหล่งทักษะภายในตนเอง	-.885	-.089	1.000	.107
	เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	-.050	-.486	.107	1.000

ตาราง 4 เมตริกซ์สหสัมพันธ์ (correlation matrix) ของความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม

		ค่าคงที่	การครุ่นคิด	แหล่งทักษะ ภายในตนเอง	เหตุการณ์ใน ชีวิตเชิงลบ
Step 1	ค่าคงที่	1.000	-.365	-.908	.104
	การครุ่นคิด	-.365	1.000	-.014	-.545
	แหล่งทักษะภายในตนเอง	-.908	-.014	1.000	-.036
	เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	.104	-.545	-.036	1.000

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวอุษา น่วมเพชร
วัน เดือน ปีเกิด	31 พฤษภาคม พ.ศ. 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ พ.ศ. 2545-2549 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2551-2554 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ทุนการวิจัย	ทุนส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาและการวิจัย จากมูลนิธิ หม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาศน์ ของสมาคมพยาบาล แห่งประเทศไทย จำนวน 10,000 บาท
ที่อยู่ปัจจุบัน	52/1 หมู่ 1 ตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84120 โทรศัพท์ 087-266-3443, 082-6332383 E-mail: krajeab_wu@hotmail.com
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2549 พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พ.ศ. 2549-2550 ผู้ช่วยสอน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช โทรศัพท์ 0 7567 2101-2, 087-266-3443 E-mail: usa.nu@wu.ac.th