

ผลของศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด

มนตรี ชุนอินทร์ทอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ มนตรี ชุนอินทร์ทอง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทนา ชัยเสนา คาลาส)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียวอิสระ)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทนา ชัยเสนา คาลาส)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เลิศศิริ บวรกิตติ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล) 16

วันที่ 29 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินห์จุกา ชัยเสนา ดาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้พลังทางปัญญา และให้การสนับสนุนเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงสาธิตา วิรัชพันธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เลิศศิริร์ บวรกิตติ ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พร้อมทั้งกรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงจนมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกง เพื่อนร่วมงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านถึงแม้ไม่ได้เอ่ยนามมา ณ ที่นี้ ที่ให้ความอนุเคราะห์ ตลอดจนขอขอบพระคุณเยาวชนผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัดทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณภาพ และสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คุณแม่ฉวี หลงเจริญ คุณพ่อรุณ ขุนอินทร์ทอง และ เพื่อน ๆ รหัส 56 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจด้วยความรัก ความห่วงใย และคอยช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยมอบเป็นกตัญญูกตเวทีตาแด่บุพการีบูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีต และปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

มนตรี ขุนอินทร์ทอง

56920182: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: กลุ่มศิลปะบำบัด/ ความแข็งแกร่งในชีวิต/ เยาวชนผู้เสพยาเสพติด

มนตรี ขุนอินทร์ทอง: ผลของศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของ
เยาวชนผู้เสพยาเสพติด (THE EFFECT OF GROUP ART THERAPY ON RESILIENCE
AMONG YOUTHS WITH SUBSTANCE ABUSE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: จินห์จุฑา
ชัยเสนา ดาลลาส, Ph.D., ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, Ph.D. 121 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการเปลี่ยนผ่านเพื่อหยุดการใช้
สารเสพติดในเยาวชน การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของศิลปะบำบัด
แบบกลุ่มต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนผู้เสพ
ยาเสพติดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 24 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 12 คน
และกลุ่มควบคุม 12 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ
2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ร่วมกับการบำบัดหลักของทางโรงพยาบาล กลุ่มควบคุมได้รับการ
บำบัดหลักของโรงพยาบาล เก็บรวบรวมผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะก่อนการทดลอง
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน ใช้ความแข็งแกร่งในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูล
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบ
ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตกลุ่มทดลองระยะหลัง
การทดลองเสร็จสิ้นทันที แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่ม
ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ นี้ สามารถเสริมสร้าง
ความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดได้ บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถประยุกต์ใช้
รูปแบบของโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ นี้ เพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตในเยาวชนผู้เสพ
ยาเสพติด และพัฒนาเพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

56920182: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S.
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: GROUP ART THERAPY/ RESILIENCE/ YOUTHS WITH SUBSTANCE
ABUSE

MONTREE KHUNIONTRTONG: THE EFFECT OF GROUP ART THERAPY ON
RESILIENCE AMONG YOUTHS WITH SUBSTANCE ABUSE: ADVISORY COMMITTEE:
JINJUTHA CHAISEANA DALLAS, Ph.D., PORNPAT HENGUDOMSUB, Ph.D. 121 P. 2018.

Resilience is considered as a significant predominant factor in transformative process from substance abuse to drug free in youths. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effect of group art therapy on resilience among youths with substance abuse. The sample included twenty-four youths with substance abuse who met the inclusion criteria. They were selected by simple random sampling and were assigned into the experimental group ($n = 12$) and the control group ($n = 12$). The experimental group received usual substance abuse therapy from the hospital and group art therapy for 8 sessions, two sessions per week and each session took about 60-90 minutes. The control group received only usual substance abuse therapy from the hospital. The Resilience Inventory was employed to evaluate the effectiveness of the program 3 times; at pre-intervention, post-intervention and 1 month follow-up. Descriptive statistics, t -test, two-way repeated measure ANOVA and pairwise comparison test by Bonferroni's method were employed to analyze the data.

The finding showed that there were significant differences in increasing mean score of resilience between the experimental group and control group before and after intervention ($p < .05$). In the experimental group, the mean scores of resilience at pre-intervention, post-intervention and 1 month follow-up were significantly different ($p < .05$).

The study results revealed that group art therapy program could promote resilience in youths with substance abuse. Nurses and other health professions could apply this program to promote resilience for youths with substance abuse and may apply the program for other groups of patients.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานของการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดเกี่ยวกับเยาวชนผู้แสวงหาเสพติด	10
แนวคิดเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิต	20
แนวคิดเกี่ยวกับศิลปะบำบัด	24
ศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้แสวงหาเสพติด	33
3 วิธีดำเนินการวิจัย	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	41
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	42
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	49

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	50
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณลักษณะ ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	51
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชน ผู้เสพยาเสพติดฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	53
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรง ในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่าง ระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน	54
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรง ในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน และเปรียบเทียบ ความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธีบอนเฟอโรนี (Bonferromi).....	55
5 สรุปและอภิปรายผล	57
สรุปผลการวิจัย.....	58
อภิปรายผลการวิจัย.....	58
ข้อเสนอแนะ.....	63
บรรณานุกรม	64
ภาคผนวก	78
ภาคผนวก ก.....	79
ภาคผนวก ข.....	82
ภาคผนวก ค.....	84
ภาคผนวก ง	95
ภาคผนวก จ.....	98
ภาคผนวก ฉ	103
ภาคผนวก ช.....	108
ประวัติย่อของผู้วิจัย	121

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต และเกณฑ์การให้คะแนน	39
2	จำนวน ร้อยละและผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของ ความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	51
3	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชน ผู้เสพสารเสพติดฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	53
4	วิเคราะห์ความแตกต่างของผลต่างของค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ความแข็งแกร่งในชีวิต ของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ ระยะเวลาก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	54
5	วิเคราะห์ความแตกต่างของผลต่างของค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชน ผู้เสพสารเสพติดฯ ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มควบคุม.....	55
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชน ผู้เสพสารเสพติดฯ ของกลุ่มทดลองระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น ทันที และติดตามผล 1 เดือน	55
7	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิต ของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน.....	56

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2	สรุปขั้นตอนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล	48

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสารเสพติดในเยาวชนนับว่า เป็นปัญหาสำคัญอันก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อตัวเยาวชน ครอบครัว และสังคม จากการสำรวจภาวะสุขภาพ และการใช้สารเสพติดระดับประเทศของสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2014 พบว่า มีประชากรประมาณ 27 ล้านคน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอายุมากกว่า 12 ปี มีการใช้สารเสพติดอย่างไม่เหมาะสม หรืออาจกล่าวได้ว่า ทุก ๆ สิบคนในสหรัฐอเมริกา มีการใช้สารเสพติดซึ่งเป็นปริมาณที่สูงมาก (Substance Abuse and Mental Health Service Administration [SAMHSA], 2016) สำหรับประเทศไทยได้เห็นถึงความสำคัญและเน้นถึงการแก้ไขปัญหาสารเสพติดตั้งระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) จนถึงปัจจุบัน ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2559) จากการศึกษาถึงสถานการณ์สารเสพติดกับเยาวชนในประเทศไทยของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ปี 2557-3559 พบว่า มีเยาวชนกระทำความผิดเกี่ยวกับสารเสพติดให้โทษ คิดเป็นร้อยละ 43.1, 42.24 และ 39.63 ของคดีทั้งหมด ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนที่สูง (กรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2559) จากข้อมูลผู้เข้ารับบำบัดรักษาจากปี พ.ศ. 2554-2558 มีแนวโน้มเยาวชนเข้ารับการบำบัดสูงขึ้น (กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้บำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัดเป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ถึงเกือบร้อยละ 50 (กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร, 2559) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทำให้เห็นถึงปัญหาเยาวชนกับสารเสพติดซึ่งเป็นปัญหาระดับชาติและสังคมควรให้ความสนใจ

เยาวชน คือ บุคคลที่มีอายุระหว่าง 15-25 ปี (คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ, 2554; พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ, 2550) ซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีค่าและสำคัญมากเพราะเป็นวัยที่จะเชื่อมโยงไปสู่ผู้ใหญ่หรือวัยทำงานเป็นกำลังของประเทศชาติ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างรวดเร็ว (ศรีเรือนแก้วกัฏวาน, 2540) มีการศึกษาปัจจัยสนับสนุนในการเสพสารเสพติดในเยาวชน พบว่า เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ไม่สามารถเผชิญปัญหา จัดการกับปัญหาไม่ได้ ทำให้หมดกำลังใจ จึงหันไปเสพสารเสพติด (กุสุมา สว่างพันธุ์, 2558) ใช้เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากประสบการณ์ที่ได้รับ (Stajduhar, Funk, Shaw, Bottorff, & Johnson, 2009) เสพแล้วรู้สึกสนุก มีเพื่อนใช้สารเสพติด ถูกชักชวนให้ใช้สารเสพติด ที่อยู่อาศัยเป็นชุมชนแออัดหรือเป็นแหล่งที่มีการเสพสารเสพติด

(บุบผา บุญญามณี, สยาม มุสิกะไชย, นุรินยา แหะหมัด และวราลักษณ์ วงศรววิทย์, 2559; อรพิน กลิ่นพวยร และอำนาจ พิพัฒน์พิทยาสกุล, 2553; อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และประภา ยุทธไตร, 2556) อีกทั้งสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีในครอบครัว และระหว่างเพื่อนมีผลต่อการเสพติด (สิทธิพงษ์ แคนแก้ว, 2551)

สารเสพติดมีผลกระทบต่อเยาวชนที่เสพ 3 ด้าน คือ ด้านตัวผู้เสพ ด้านครอบครัว ด้านสังคม และประเทศชาติ ผลกระทบด้านตัวผู้เสพสารเสพติดมีผลโดยตรงกับสมองเพราะกระตุ้นสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ความรู้สึก ความพึงพอใจ โดยหลังสารเคมีที่เรียกว่า โดปามีน (Dopamine) มากกว่าปกติ ทำให้รู้สึกเป็นสุข หากเสพบ่อยขึ้น สมองจะจดจำความสุขนั้น เมื่อขาดการเสพติดจึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้า หงุดหงิด ไม่เป็นสุข ต้องหาสารมาเสพช้ำบ่อยขึ้น จนสมองถูกทำลาย สูญเสียความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และการใช้เหตุผล ส่งผลถึงการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เมื่อเสพช้านาน ๆ จึงเกิดภาวะเสพติดหรือเสติดรุนแรงจนนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตหรืออาจเป็นโรคจิตเต็มขั้น (ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกลิมศรี ราชนาจันทร์ และ ศรีวรรณ มีคุณ (2553) พบว่า เยาวชนที่เสพยาบ้าจะไม่สนใจการเรียนมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ทำให้ตัวเองเสียนาคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.3 (กฤษฎา ง่วนสน และ मुखระวี ง่วนสน, 2557) ผลกระทบด้านครอบครัว การเสพติดทำให้ครอบครัวเสื่อมเสียชื่อเสียง สูญเสียรายได้เพราะต้องนำเงินไปซื้อ สารเสพติดมาเสพ การทะเลาะวิวาท การโกหก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตตา ฤทธิมนตรี (2554) พบว่า เยาวชนที่เสพยาบ้ามีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว และผลกระทบด้านสังคม และประเทศชาติ ผู้เสพยาจะมีอาการอยากยา ไม่สามารถหักห้ามใจต้องหาวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ได้เงินไปซื้อมาเสพอันนำไปสู่ปัญหาอาชญากรรม ธุรกิจนอกกฎหมาย ถูกจับกุม รวมไปถึงการค้าสารเสพติด ประชากรจึงกลายเป็นบุคคลไม่มีคุณภาพ การพัฒนาประเทศจึงทำได้ยาก (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และรัตนา บรรณาธรรม, 2550) มีการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถทำนายพฤติกรรมการเสพติดของเยาวชนที่ถูกทารุณกรรม (Wingo, Ressler, & Bradley, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Forman and Kalafat (1998) พบว่า การใช้โปรแกรมการป้องกันเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถลดพฤติกรรมการเสพติดในเยาวชนผู้เสพติดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์นี้ทำให้เห็นว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดปัญหาด้านอารมณ์ และจิตสังคมในเยาวชนผู้เสพติด และทำให้บุคคลมีความทนทานต่ออารมณ์ทางลบมากขึ้น ดังนั้น การสร้างจิตสำนึกในตัวเยาวชนให้เลิกยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด จึงควรมุ่งเน้นที่การสร้างความเข้มแข็งภายในจิตใจ เพื่อเป็นเกราะป้องกันในการดูแลตนเองได้อย่างแท้จริง

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) คือ ความสามารถในการยืนหยัด และเอาชนะต่อสถานการณ์เลวร้ายหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถฟื้นตัว และผ่านพ้นจากสถานการณ์นั้นได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ฉันเป็น (I am) คือ แหล่งสนับสนุนภายในบุคคล 2) ฉันมี (I have) คือ แหล่งสนับสนุนภายนอก และ 3) ฉันสามารถ (I can) คือ ทักษะการจัดการแก้ไขปัญหา และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Grotberg, 2003) บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูงจะมีอารมณ์มั่นคง ทนต่อความเครียด พึ่งพาตนเอง ยืดหยุ่น รักตัวเอง ภาควิชาจิตในตัวเอง มองโลกด้านบวก มีวินัย มีทักษะการผูกมิตร รู้จักสร้างสัมพันธภาพ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ข) สอดคล้องกับการศึกษาของ Roghannchi, Mohamad, Mey, Momeni, and Golmohamadian (2013) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตทำให้บุคคลเผชิญกับความเครียดในชีวิตประจำวันได้ ช่วยเยียวยาทางจิตใจ และเป็นภูมิคุ้มกันความเครียด มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงความสำคัญของความแข็งแกร่งในชีวิตกับวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด ดังเช่นการศึกษาของ มนัส สุนทร โขติ (2554) พบว่า วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดมีความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับต่ำ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Dillon et al. (2007) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตจะทำให้วัยรุ่นไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด แม้จะเผชิญกับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด และจากการศึกษาของ อธิศักดิ์ พลงาม, วุฒิชัย พลสงคราม, สุพรรณยา พูลพิพัฒน์, สาธิต สมศรี, และจิตฤดี จันทร์ปัญญา (2553) พบว่า ผู้เสพยาเสพติดที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะสามารถผ่านกระบวนการบำบัด และไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ดังนั้น การพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับเยาวชนผู้เสพยาเสพติด จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะสร้างความเข้มแข็งภายใน เพื่อเป็นเกราะป้องกันไม่ให้กลับไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด (Braverman, 1999; Hawkins, Catalano, & Miller, 1992) ความแข็งแกร่งในชีวิตจึงเป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่ควรพัฒนาให้เกิดขึ้นในเยาวชนที่เสพยาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ ระบบต้องโทษ และระบบบังคับบำบัด (พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545) จากการศึกษาของ Tokaew (2009) พบว่า ผู้ป่วยบังคับบำบัดเข้ารับการบำบัดรักษารอบตามเกณฑ์มากกว่าผู้ป่วยในแบบสมัครใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพลินฉนวน บุญรอด (2556) พบว่า เยาวชนคดีสารเสพติดจังหวัดภาคเหนือตอนบน หลังเข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัดมีพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งประเทศไทยมีการบำบัดรักษารูปแบบมาตรฐาน 4 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมก่อนการรักษา ขั้นรักษาการถอนพิษยา ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และทางจิตใจ และขั้นติดตามหลังการรักษา ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอันจะทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดเลิกสารเสพติดได้อย่างเด็ดขาด (วันเพ็ญ อานาจกิติกร, 2552) การบำบัด

มีหลายรูปแบบตามแนวคิดพื้นฐาน และวิธีการที่แตกต่างกัน แต่มุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น และบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (นิตา ลี้มสุวรรณ และมาโนช หล่อตระกูล, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการบำบัดผู้เสพสารเสพติดหลาย ๆ รูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษา (ต้องชนะ ชยกร โสภิต, 2558; นงลักษณ์ มั่นจิตร, 2556; ศิริพร ยาวิราช, 2555) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (กาญจนา วิสัย, 2553; ฉวีวรรณ ปัญญาสุข และสุกมา แสงเดือนฉาย, 2556) การบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจ (พะยอม ตันจรรยา, สุนัญญา พรหมดวง, วันเพ็ญ ทัดศรี และอัสน์ สารสุวรรณ, 2557; วาริศา เข้มศรี, วันทนามณี ศรีวงศ์กุล และอรสา พันธุ์กิติ, 2557; สลिया หลิมศิริโรรัตน์, ประภา ยุทธไตร และช่อทิพย์ สันธนะนิช, 2553) โปรแกรมจิตสังคมบำบัด (ชิตารัตน์ อรุณรัตน์, 2544; อารี สุภาวงศ์, 2559) และศิลปะบำบัด (Chandler, 2016; Holt & Kaiser, 2009; Lounsbury, 2014)

ศิลปะบำบัด (Art therapy) เป็นกระบวนการบำบัดทางเลือกวิธีหนึ่งของ “จิตบำบัด” ที่ใช้ งานศิลปะหรือศิลปกรรม เพื่อช่วยค้นหาข้อบกพร่อง ความผิดปกติของกระบวนการทางจิตใจ ใช้บำบัดภาวะผิดปกติทางจิตวิทยา และบรรเทาอาการหรือปรับสภาพจิตใจให้เข้าสู่สภาพปกติ (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550; เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2553) มีการศึกษาพบว่า เมื่อบุคคลทำกิจกรรมศิลปะ สมองจะหลั่งสารโดปามีนและซีโรโตนิน ทำให้เกิดความสุข ความพึงพอใจเช่นเดียวกับการเสพ สารเสพติด (Hass-Cohen & Carr, 2008 cited in Lounsbury, 2014) จากการศึกษาของ Luesbrink (2004) พบว่า ศิลปะบำบัดมีผลต่อกระตุ้นการทำงานของสมองซีกขวา ส่งผลให้มีความยืดหยุ่นต่อ ความเครียดมากขึ้น (Davidson & Begley, 2012; Luesbrink, 2004) การใช้ศิลปะบำบัดยังช่วยส่งเสริม การแสดงออกทางอารมณ์ จิตวิญญาณ และความคิดสร้างสรรค์ช่วยในการค้นพบ และเปิดเผยตนเอง ของผู้เสพสารเสพติด (Holt & Kaiser, 2009) นอกจากนี้ Chandler (2016) พบว่า ศิลปะบำบัด สามารถลดความละอายใจ และความวิตกกังวลในผู้ติดสารเสพติด และศิลปะบำบัดยังเป็นสื่อกลาง ที่ช่วยพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตของบุคคลได้ เพราะงานศิลปะเป็นสื่อกลางที่ดึงทรัพยากรในตัว บุคคลออกมา ทำให้เห็นเป็นรูปธรรม ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ (Heise, 2014; Roghannchi et al., 2013) มีการศึกษาพบว่า ศิลปะบำบัดและการเจริญสตินำไปสู่ความสงบสุขรวมทั้งบรรยากาศเชิงบวก ในการสร้างสรรค์งานศิลปะบำบัดทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่น มั่นคง ปลอดภัย จนสามารถรับรู้ว่าตนเอง เป็นใคร มีบริบทชีวิตอย่างไร จึงมีความเข้าใจตนเอง รับรู้ว่าตนเองสามารถทำได้ มีความภาคภูมิใจ ในตนเอง จนเกิดเป็นความแข็งแกร่งในชีวิตที่ช่วยเยียวยาความเจ็บปวดจากการสูญเสียหลังจาก ประสบเหตุการณ์รุนแรง (Kalmanowitz & Ho, 2016) จากการศึกษาของ Sitzer and Stockwell (2015) พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับศิลปะบำบัดมีความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสามารถในการปรับ อารมณ์ การเข้าสังคม และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของ Prescott, Sekendur, Bailey, and Hoshino (2008) พบว่า การสร้างสรรค์งานศิลปะ

สามารถเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนกลุ่มคนเร่ร่อนในสหรัฐอเมริกา เนื่องจากศิลปะก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งมีความสำคัญในการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เยาวชนมีความเป็นอิสระ รู้จักความเพียงพอ รับผิดชอบต่อตนเอง ค้นพบแหล่งสนับสนุน รู้สึกถึงความท้าทาย การสร้างสรรค์งานศิลปะ จึงสามารถเพิ่มทักษะความแข็งแกร่งในชีวิตกับเยาวชน ดังนั้น ศิลปะบำบัดเป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัดที่น่าสนใจสำหรับเยาวชนที่เสพสารเสพติด

โรงพยาบาลบางปะกงบำบัดผู้เสพสารเสพติดโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ในผู้ติดยาแอมเฟตามีน (วิโรจน์ วีระชัย, ภัทรภรณ์ กิรินทร์, พนอ กลิ่นกุหลาบ และสุกมา แสงเดือนฉาย, 2558) ซึ่งนำมาจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ขยายผลสู่โรงพยาบาลต่าง ๆ เป็นรูปแบบการบำบัดที่เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ตระหนักถึงโทษของสารเสพติดนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเลิกเสพสารเสพติด ศิลปะบำบัดแบบกลุ่มนี้สร้างมาจากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต (Grotberg, 2003) และกระบวนการฟื้นฟูและพัฒนาของศิลปะบำบัดรูปแบบ Bovornkittiti Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดความผ่อนคลาย ระบายความคิดความรู้สึกผ่านงานศิลปะ เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง รับผิดชอบต่อตนเองมีแหล่งสนับสนุนภายนอกนำไปสู่ความเชื่อมั่นในความสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดแนวความคิดเยียวยาความรู้สึกทางลบ พร้อมรับแนวความคิดใหม่ จึงทำให้งิจกรรมศิลปะบำบัดสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต และสนับสนุนการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมซึ่งเป็นกิจกรรมบำบัดหลักของโรงพยาบาล กิจกรรมศิลปะบำบัดแบบกลุ่มนี้จึงเป็นอีกทางเลือกของการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้เสพสารเสพติดในเยาวชนเพื่อลดปัญหาการเสพสารเสพติดและป้องกันการเสพสารเสพติดซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนที่เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัด ระบบบังคับบำบัด แผนกสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ ที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และติดตามผล มีความแตกต่างกัน
2. คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ ที่เป็นกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนที่เสพสารเสพติดฯ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561

ตัวแปรในการศึกษา

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ
2. ตัวแปรตาม คือ ความแข็งแกร่งในชีวิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

เยาวชนที่เสพสารเสพติดฯ หมายถึง เยาวชนเพศชาย อายุ 15-25 ปี ที่เสพสารเสพติด และเข้ารับการบำบัดรักษาระบบบังคับบำบัดที่แผนกสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นครั้งแรก

ความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง การรับรู้ต่อความสามารถของตนเองของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ ในการยืนหยัดและเอาชนะต่อสถานการณ์อันเลวร้ายหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถฟื้นตัวพร้อมพาชีวิตให้ผ่านพ้นจากสถานการณ์นั้นได้อย่างรวดเร็ว และเป็นการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) ฉันเป็น (I am) การมีแหล่งสนับสนุนภายในบุคคล 2) ฉันมี (I have) คือ แหล่งสนับสนุนภายนอก และ 3) ฉันสามารถ (I can) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประเมินจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ข)

โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติด หมายถึง กระบวนการศิลปะบำบัดแบบกลุ่มในเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ เพื่อให้เกิดการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองในการฟื้นฝ่าอุปสรรคจนเกิดความแข็งแกร่งในชีวิต

ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ของ Grotberg (2003) และกระบวนการฟื้นฟูและพัฒนาโดยใช้ศิลปะบำบัดรูปแบบ Bovornkittiti Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) 4 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing) 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม “ผืนป่า” และกิจกรรม “ใบหน้าของผม” ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจและยอมรับ (Accepting and connecting) 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม “ความภาคภูมิใจของผม” และกิจกรรม “ศักยภาพที่ผมเชื่อมั่น” ขั้นตอนที่ 3 แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling) 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม “แม่น้ำแห่งชีวิต” และกิจกรรม “ชีวิตที่เปลี่ยนผัน” และขั้นตอนที่ 4 เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing) 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม “คู่ความร่วมมือเพื่อผ่านพ้นปัญหา” และกิจกรรม “นี่คือความแข็งแกร่งในชีวิตของผม”

การบำบัดหลักของโรงพยาบาลบางปะกง หมายถึง การบำบัดความคิด และพฤติกรรมในผู้ติดสารแอมเฟตามีน (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, 2558) ประกอบด้วย การบำบัดความคิด และพฤติกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะเตรียมการก่อนการรักษา 2) การบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะบำบัด 3) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 4) ระยะติดตามการรักษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

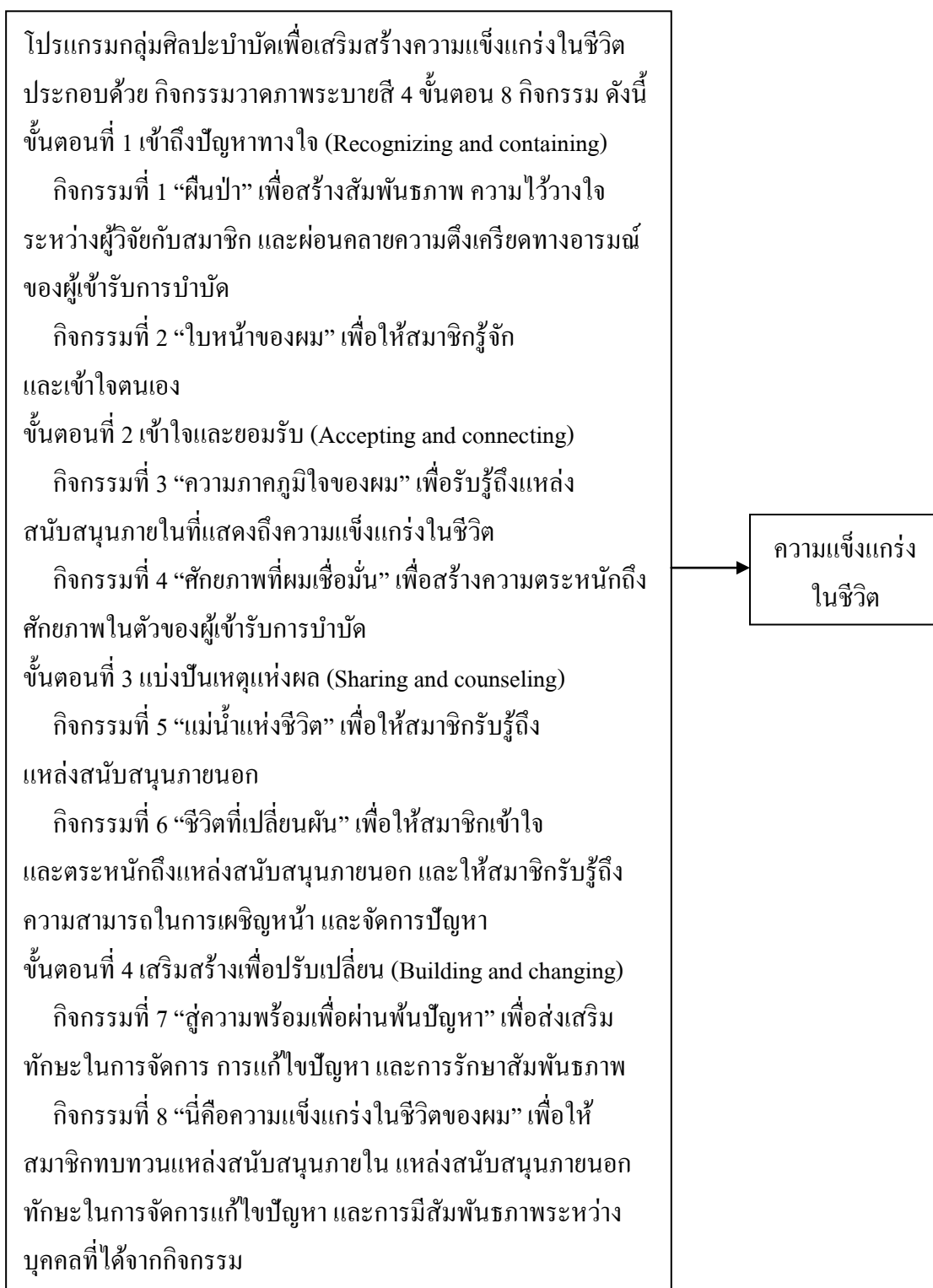
การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดกระบวนการศิลปะบำบัดรูปแบบ Bovornkittiti Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) กับแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (2003) การที่เยาวชนเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับสารเสพติดมีปัจจัยส่งเสริมมาจากไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้ จึงแสวงหาสารเสพติดเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดทางใจ ความต้องการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ถูกชักชวน หรือพักอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือชุมชนที่มีการเสพยาเสพติด จนเป็นเหตุให้เกิดพฤติกรรมเสพยาเสพติด และต้องเข้าสู่กระบวนการรักษา การบำบัดผู้เสพยาเสพติดในโรงพยาบาลใช้รูปแบบการบำบัดความคิด และพฤติกรรมในผู้ติดสารแอมเฟตามีน (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, 2558) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การบำบัดความคิด และพฤติกรรมระยะเตรียมการก่อนการรักษา 2) การบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะบำบัด 3) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 4) ระยะติดตามการรักษามีโครงสร้างสำคัญในการปรับความคิดในการเกิดพฤติกรรมเสพยาเสพติด

การพัฒนาารูปแบบศิลปะบำบัดแบบกลุ่มนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิด Bovornkittiti Art Therapy Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing) 2) เข้าใจและยอมรับ (Accepting and connecting) 3) แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing

and counseling) และ 4) เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing) ร่วมกับแนวคิด ความแข็งแกร่งในชีวิต (Grotberg, 2003) ซึ่งเป็นคุณสมบัติในการรับรู้ต่อความสามารถของตนเอง ของเยาวชนผู้เสียสารเสพติดฯ เพื่อยืนหยัดและเอาชนะต่อสถานการณ์อันเลวร้ายหรือเหตุการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนสามารถฟื้นตัวพร้อมพาชีวิตให้ผ่านพ้น จากสถานการณ์นั้นได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) ฉันเป็น (I am) การมีแหล่งสนับสนุนภายในบุคคล 2) ฉันมี (I have) คือ แหล่งสนับสนุนภายนอก และ 3) ฉันสามารถ (I can) คือ ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กิจกรรมนี้จะเน้นการถ่ายทอดความคิด อารมณ์ ความรู้สึกผ่านงานศิลปะ กระบวนการกลุ่ม จะนำไปสู่การแสดงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ความเข้าใจ การเกิดสัมพันธภาพ และความเป็น ปึกแผ่น กระบวนการสร้างสรรค์งานศิลปะอันอ่อนโยนจะส่งเสริมการเข้าถึงจิตใจ อันเป็น การสนับสนุน การปรับเปลี่ยนกระบวนการทางความคิด ส่งผลให้เยาวชนผู้เสียสารเสพติดฯ เกิดความตระหนักรู้ในตนเอง ยินดี และชื่นชมกับสิ่งที่ตนมี เกิดการยอมรับและเชื่อมโยงจนทำให้ เยาวชนผู้เสียสารเสพติดฯ เห็นถึงศักยภาพของตนเองมากขึ้น กระบวนการดังกล่าวจึงทำให้เยาวชน กลุ่มดังกล่าวมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มมากขึ้น กิจกรรมนี้ประกอบด้วย กิจกรรม 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละประมาณ 60-90 นาที ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมการบำบัดสรุปตามกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลของศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ โดยจำแนกประเด็นการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับเยาวชนผู้เสพยาเสพติด
2. แนวคิดเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับศิลปะบำบัด
4. ศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด

แนวคิดเกี่ยวกับเยาวชนผู้เสพยาเสพติด

1. ความหมายของเยาวชน

พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตราที่ 4 และ คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (2554) ให้ความหมายคำว่า “เยาวชน” คือ บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 15-25 ปีบริบูรณ์

2. ความหมายของสารเสพติด

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) ให้ความหมายคำว่า สารเสพติด หมายถึง สารใดก็ตามเมื่อเข้าสู่ร่างกายโดยการรับประทาน ดื่ม สูบ หรือดม ก็ตามแล้วส่งผลต่อจิตใจ และร่างกายของผู้ใช้ โดยมีลักษณะดังนี้ต้องเพิ่มขนาดตลอดเวลา หากหยุดใช้จะมีอาการขาดยา และถ้าใช้สารเป็นเวลานานจะเกิดความต้องการสารนั้นมากขึ้น ทั้งทางร่างกายและจิตใจ จนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2560 (2560) ให้ความหมายคำว่า สารเสพติด หมายถึง สารใด ๆ ที่นำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะเป็นวิธีการใดก็ตาม ส่งผลต่อร่างกาย และจิตใจโดยทำให้ต้องเพิ่มปริมาณให้มากขึ้นเป็นลำดับ เกิดการถอนยา ต้องการเสพทั้งทางร่างกาย และจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพทรุดโทรม หมายความว่ารวมถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็น หรือให้ผลผลิตเป็นสารเสพติดให้โทษ หรืออาจใช้ผลิตเป็นสารเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ ในการผลิตสารเสพติดให้โทษ แต่ไม่รวมถึงยาสามัญประจำบ้าน บางตำราตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มี สารเสพติดให้โทษผสมอยู่

สรุป สารเสพติด หมายถึง วัตถุ ผลิตภัณฑ์หรือสารเคมีใด ๆ ที่ได้จากธรรมชาติหรือสังเคราะห์ขึ้น เมื่อได้รับเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยวิธีการใด ๆ ก็ตามแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะดังนี้ คือ ต้องเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเป็นลำดับมีอาการถอนยา เมื่อไม่ได้รับสารนั้นหรือได้รับสารนั้นน้อยลง มีอาการต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง และต่อเนื่อง ทำให้สุขภาพทรุดโทรมลง

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสารเสพติด

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวกับสารเสพติดมากมาย ซึ่งอธิบายได้พอสังเขป ดังนี้

3.1 แนวคิดทฤษฎีชีวภาพ

มีการศึกษาพบว่า กรรมพันธุ์เป็นปัจจัยนำที่ทำให้เกิดภาวะเสพติดสุราและสารเสพติด แต่ยังไม่สามารถอธิบายถึงการเสพติดได้ทุกกรณี ส่วนสาเหตุทางกาย เกิดจากความทรمانจากการขาดสารเสพติด ทำให้บุคคลต้องหาสารมาเสพอย่างต่อเนื่อง (วิโรจน์ วีรชัย, สิโรตม์ ดีจงกิจ, อังกูร ภัทธกร และลำซำ ลักษณะภิกษนชัย, 2544) ซึ่งสารเสพติดมีผลต่อสมองส่วนความคิด (Cerebral cortex) และสมองส่วนอยาก (Limbic system) โดยกระตุ้นให้สมองส่วนอยากหลั่งสารโดปามีน (Dopamine) มากขึ้น ทำให้เกิดความสุข พอหมดฤทธิ์จึงเกิดอาการหงุดหงิด ซึมเศร้า ผู้เสพยาจึงหาสารมาเสพยาจนกลายเป็นการติด เมื่อสมองส่วนความคิดถูกทำลาย สมองส่วนอยากอยู่เหนือสมองส่วนคิด จึงแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เมื่อสมองสูญเสียการควบคุมการหลั่งโดปามีน ทำให้ไม่สามารถมีความสุขตามธรรมชาติได้เกิดอาการทรมานทรมายต้องพึ่งพาสารเสพติด เรียกว่า สมองติดยา และเมื่อใช้ในปริมาณที่มากขึ้นเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดอาการทางจิต และกลายเป็นโรคจิตเต็มขั้นได้ (ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555)

3.2 แนวคิดทางทฤษฎีจิตวิเคราะห์

Hall (2014) กล่าวว่า คนที่มีบุคลิกภาพอ่อนแอเกิดจากความขัดแย้งของ Id ซึ่งมีอิทธิพลเหนือ Ego และ Superego การเสพติดเกิดจากความบกพร่องของพัฒนาการความต้องการพึ่งพาผู้อื่น (Dependency need) มีการหยุดชะงักที่ระดับความสุขที่ปาก (Oral phase of development) กลายเป็นคนหมกมุ่น รักตนเอง หลงตัวเอง (Narcosistic preoccupation) จึงใช้สารเสพติดแก้ไขข้อขัดแย้ง และเกิดจากความกลัวอยู่ในระดับลึก จึงใช้กลไกการป้องกันตนเอง (Defense mechanism) ที่ไม่เหมาะสม จนมีบุคลิกภาพอ่อนแอกว่าพัฒนาไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเกิดเป็นพฤติกรรมติดสารเสพติดในที่สุด (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

3.3 แนวคิดทฤษฎีว่าด้วยกระบวนการทางสังคม

แนวคิดนี้เกี่ยวข้องกับผลกระทบของเด็กและเยาวชน มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมของอาชญากร (Criminal behavior) การเกิดจากกระบวนการ

เรียนรู้ทางสังคม (Social learning process) เช่นกัน แบ่งเป็น 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการเลียนแบบ (Theory of imitation) และทฤษฎีความแตกต่างในการคบหาสมาคม (Differential association theory) อาจกล่าวได้ว่า หากเยาวชนคบหาอยู่ในหมู่คนดีจะมีพฤติกรรมตามกลุ่มนั้น (Trade, 1912 อ้างถึงใน จิตตวิสุทธิ วิมุตติปัญญา, 2557)

3.4 แนวคิดด้านสังคมและวัฒนธรรม

แนวคิดนี้มีความสัมพันธ์กับภูมิประเทศและสภาพภูมิอากาศ เช่น ประเทศแถบอากาศหนาวมีการดื่มสุรา ประเทศตะวันออกกลางมีหลักคำสอนทางศาสนาเคร่งครัดมีอัตราการดื่มสุราต่ำ เพศชายใช้สารเสพติดมากกว่าเพศหญิง Hirshi (1969 cited in Pratt, Gau, & Franklin, 2011) กล่าวว่า มนุษย์ต้องการการยอมรับจากสังคม คนที่มีความผูกพันต่อสังคมสามารถควบคุมการกระทำของตนเองได้ดีกว่าคนที่ไม่สนใจหรือเพิกเฉยต่อสังคม เยาวชนที่เสพสารเสพติดจะมีความผูกพันกับสังคมน้อย หรือเป็นไปในทางลบ สังคมจึงไม่สามารถเหนี่ยวรั้งเขาได้ ประเด็นหลักอยู่ที่ความผูกพันทางสังคม (Social Bond) มี 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกผูกพัน (Attachment) ความยึดมั่น (Commitment) ความเกี่ยวข้อง (Involvement) และความเชื่อ (Belief)

3.5 แนวคิดเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ รวมกัน

เนื่องจากไม่มีแนวคิดใดที่อธิบายสาเหตุของการติดสารเสพติดได้อย่างครอบคลุม จึงเกิดแนวคิดการมีปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ (Interaction model) เนื่องจากการเสพติดเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การอยู่ในครอบครัวที่เสพติด แต่ก็ได้เสพ บางคนใช้เพื่อแก้ปัญหา นอกจากนี้การเสพติดเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน เช่น บุคลิกภาพ เพื่อน ประสบการณ์ ในการเสพติด ซึ่งส่งเสริมการเสพติด ดังเช่นในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสถานภาพทางสังคม จึงเสี่ยงต่อการเสพติดสูงกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเยาวชนที่มาจากครอบครัวที่มีปัญหาทั้งด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหา ด้านเศรษฐกิจ ทำให้มีพัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ที่บกพร่อง วุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำ ถูกชักจูงง่าย จึงเสี่ยงต่อการเสพติด และติดสารเสพติด

สรุป แนวคิดของการเสพติดมีหลายแนวคิด ได้แก่ แนวคิดทางทฤษฎีชีวภาพ แนวคิดทางทฤษฎีจิตวิเคราะห์ แนวคิดว่าด้วยกระบวนการทางสังคม แนวคิดด้านสังคมและวัฒนธรรม แนวคิดเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ รวมกัน ซึ่งไม่มีแนวคิดหรือทฤษฎีใดที่อธิบายการเสพติด สารเสพติดได้เพียงแนวคิดเดียว หากแต่ใช้แนวคิดหลายแนวคิดเพื่อประกอบการอธิบายจึงสามารถอธิบายได้ครอบคลุม

4. ประเภทของสารเสพติด

พระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2560 (2560) แบ่งประเภทสารเสพติดออกเป็น 5 ประเภท ดังในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 ได้แก่

- 4.1 สารเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง ได้แก่ เฮโรอีน แอมเฟตามีน เอ็กชาซี และแอลเอสดี เป็นต้น
- 4.2 สารเสพติดให้โทษทั่วไป ได้แก่ ใบบคา โคคาอิน โคลเดอิน ยาเสพติดเข้มข้นของ ต้นฝิ่นแห้ง เมทาโดน มอร์ฟิน ฝิ่น เป็นต้น
- 4.3 สารเสพติดให้โทษที่มีส่วนประกอบของสารเสพติดให้โทษประเภททั่วไป ผสมอยู่
- 4.4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตสารเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง หรือให้โทษทั่วไป เป็นส่วนประกอบ ได้แก่ อาเซติก แอไอโครด์ อาเซติล คลอไรด์ เอทิลีน เป็นต้น
- 4.5 สารเสพติดให้โทษอื่น ๆ ได้แก่ กัญชา กระท่อม ฝิ่น และเห็ดขี้ควาย

5. การเสพและการติดสารเสพติด

American Psychological Association [APA] (2004) กล่าวว่า การใช้ในทางที่ผิด (Drug abuse) และการเสพติด (Drug dependence) มีความแตกต่าง ดังต่อไปนี้

การใช้ในทางที่ผิด (Drug abuse) หรือใช้สารเสพติดนอกเหนือจากวัตถุประสงค์ที่กำหนด เช่น การใช้กัญชาเพื่อคลายความเครียด ใช้ยาบ้าเพื่อเสริมความมั่นใจ และความสนุกสนาน การติดยา (Drug dependence) เกิดจากการใช้ยาอย่างมาก และบ่อยครั้ง หรือใช้เป็นระยะเวลายาวนาน เพื่อหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาทุกข์ จนเกิดการติดยา การติดยาจึงใช้กับคนที่ใช้ยาหรือสารเสพติดจนมีอาการต้องพึ่งสารเสพติดอย่างถาวร และใช้ยาอย่างไม่ยั้งคิด จากแรงผลักดันของความอยากทำให้จำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และใช้ในปริมาณที่สูงขึ้น

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามสารเสพติด (2553) แบ่งลักษณะของการติดสารเสพติดออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การติดสารเสพติดทางกาย เป็นการติดสารเสพติดที่ผู้เสพมีความต้องการเสพอย่างรุนแรง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อไม่ได้เสพจะเกิดอาการผิดปกติอย่างมาก ซึ่งเรียกว่า “อาการขาดยา” เช่น การติดฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอีน เมื่อขาดยาจะมีอาการทางกาย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน หาว น้ำมูก น้ำตาไหล นอนไม่หลับ เจ็บปวดทั่วร่างกาย เป็นต้น

2. การติดสารเสพติดทางใจ เป็นการติดสารเสพติดที่จิตใจเกิดความต้องการ หรือเกิดการติดเป็นนิสัย หากไม่ได้เสพจะไม่มีอาการผิดปกติทางด้านร่างกายมีเพียงเกิดความหงุดหงิด หรือกระวนกระวายใจเท่านั้น

ศิริพร ขาววิราช (2555) แบ่งลักษณะของการเสพสารเสพติด โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. การเสพติดทางใจ (Psychological dependence) หรือการเสพจนเป็นนิสัย (Habitation) ผู้เสพรู้สึกสบายใจขึ้นหลังเสพยา มีการปรับทางอารมณ์ มีความต้องการเสพ โดยเริ่มจากความต้องการเพียงเล็กน้อยถึงความปรารถนาอย่างแรงกล้า

2. การเสพติดทางร่างกาย (Physical dependence) เป็นผลจากการที่ระบบประสาทวิทยา จะเกิดการปรับตัวต่อสารที่เสพเข้าไปทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อเซลล์สมองมีการเปลี่ยนแปลง 2 ระยะ คือ ระยะหลังเสพยาเข้าไปแล้ว และระยะที่ยาหมดฤทธิ์ ทำให้ผู้เสพเกิดความต้องการยาขึ้นมาซ้ำ เมื่อหยุดเสพจะเกิดอาการขาดยา

3. ความทนทาน (Tolerance) คือ ผู้เสพมีความต้องการเพิ่มปริมาณของยามากขึ้น จึงจะทำให้เกิดผลเหมือนเดิม

4. การเสพติดเรื้อรัง (Addiction) คือ ผู้เสพมีความต้องการเสพแล้วเสพอีก มีความต้องการยาจำนวนมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด

6. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดในประเทศไทย

การบำบัดรักษาการติดสารเสพติดมีในประเทศไทยมานานกว่า 600 ปี เรียกว่า “การหักดิบ” เป็นการบำบัดทางกายโดยการจับขังในพื้นที่จำกัดจนกว่าอาการอยากยาจะหมดไป การบำบัดทางจิต มีการทำทอล์กบ่นว่าจะไม่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด ต่อมาสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ปี พ.ศ. 2452 มีโปรแกรมบำบัดผู้สูบฝิ่นโดยวิธี “กระบวนการบำบัดธรรมชาติ” ใช้สมุนไพรถอนพิษยาเป็นเวลา 5 วัน อาบน้ำร้อนสมุนไพร 3 วัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในมาตรการการบำบัดสารเสพติดในประเทศไทย และยังใช้มาถึงปัจจุบัน (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, 2544)

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดในประเทศไทย (วันเพ็ญ อำนางจิตติกร, 2550) มี 3 ระบบ ดังนี้

ระบบที่ 1 การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (Voluntary system) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดสารเสพติดที่ต้องการเลิกเสพสารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน มีการศึกษาพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดด้วยระบบนี้ส่วนใหญ่ไม่มีแรงจูงใจเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบขั้นตอน (วันเพ็ญ อำนางจิตติกร, 2552)

ระบบที่ 2 การบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ (Correctional system) เป็นการบำบัด รักษา ผู้ติดสารเสพติดที่กระทำความผิดเกี่ยวกับคดีสารเสพติดในทัณฑสถานบำบัดของกรมราชทัณฑ์ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มีการศึกษาพบว่า การบำบัดมีข้อจำกัด คือ สถานที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และถูกควบคุมตัวร่วมกับผู้กระทำความผิดคดีอื่น ๆ ทำให้ผู้ติดสารเสพติดเรียนรู้พฤติกรรมของอาชญากร นอกจากนี้เมื่อผู้ติดสารเสพติดพ้นโทษก็จะมีประวัติอาชญากรรม ซึ่งสังคมไม่ยอมรับ ทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีพต่อไป (วันเพ็ญ อำนางจิตติกร, 2552)

ระบบที่ 3 การบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด (Compulsory system) เป็นการใช้กฎหมาย บังคับให้ผู้ติดสารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด พ.ศ. 2545 มีเป้าหมายเพื่อตัดวงจรผู้เสพออกจากผู้ค้าด้วยการบำบัด

ผู้ติดสารเสพติดต้องเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจจนครบทุกขั้นตอน สร้างความแข็งแกร่งจนสามารถเลิกสารเสพติดโดยเด็ดขาดหรืออย่างน้อยอาจจะหยุดเสพยาเสพติดได้นานก่อนจะกลับไปเสพยา และเป็นแนวทางผลักดันให้ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาชีพมั่นคง มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ระบบนี้เพิ่มขึ้นขึ้น เนื่องจากไม่ต้องถูกจับกุม มีโอกาสพัฒนาตนเองให้กลับตัวเป็นพลเมืองดี ได้รับการฝึกฝนทักษะอาชีพ สามารถอยู่ในสังคมได้ ไม่มีประวัติทางคดี สามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติ มีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดระบบนี้เข้ารับการบำบัดครบ 4 ขั้นตอน มากกว่าระบบสมัครใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการติดตามพบว่า ผู้บำบัดที่ถูกจำหน่ายในระบบบังคับบำบัดหยุดเสพยาเสพติดได้มากกว่าระบบสมัครใจ (พรรณี วาทีสุนทร และกฤติกา เฉิด โฉม, 2552)

รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดในสถานบำบัดรักษาสารเสพติดของประเทศไทย มีลำดับขั้นเป็นการบำบัดรักษาแบบมาตรฐาน (Classical method) อยู่ 4 ขั้นตอน (วันเพ็ญ อำนางจิตติกร, 2552) ดังต่อไปนี้

1. การเตรียมก่อนการรักษา (Pre-admission) เป็นระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนรับการบำบัดรักษาให้ครบตามเวลา ไม่ขาดตอน มีการแนะนำใจให้เห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาและเกิดความตั้งใจจริง ซึ่งจะได้ผลดีกว่าการรักษาที่มุ่งเน้นเฉพาะแต่ตัวผู้ป่วย กิจกรรมในขั้นนี้ คือ การตรวจหลักฐานประจำตัว ปฐมนิเทศขั้นตอนการรักษา ชักประวัติ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว วิเคราะห์ปัญหาของการเสพยาเสพติด อายุที่เริ่มใช้ สาเหตุของการติด สอบถามลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์ปอด จากนั้นนำข้อมูลมาประกอบการวินิจฉัย วางแผนการรักษา ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และญาติถึงวิธีการรักษาอย่างถูกต้อง รวมถึงชักจูง แนะนำให้ผู้ป่วยตั้งใจรักษาจริง แนะนำครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา

2. การรักษาระยะถอนพิษยา (Detoxification) ขั้นตอนนี้แบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ แบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โดยแบบผู้ป่วยในผู้รับการบำบัดจะได้รับดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้เกิดความทรมานจากการถอนพิษยา (Withdrawal symptoms) และเตรียมความพร้อมขึ้นสู่ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพใช้เวลา 7-21 วัน วิธีที่นิยมใช้ในการรักษาระยะถอนพิษยา ได้แก่

2.1 การหักดิบ เป็นการจับขังในพื้นที่จำกัดจนอาการอยากยาจะหมดไป ทำให้หยุดเสพยาทันที ผู้เสพยาจะมีอาการลงแดง และแสดงอาการรุนแรง 4-5 วัน ผู้ป่วยส่วนมากมักขอมแพ้ และเลิกกลางคัน

2.2 การใช้ยาทดแทนสารเสพติด เป็นการให้ยาเพื่อให้ผู้ติดสารเสพติดเลิกเสพยาสารเสพติด ซึ่งชนิดของยาขึ้นอยู่กับประเภทของสารที่เสพยา แต่มีสารเสพติดบางอย่างไม่มีการรักษา และการเสพยาบางชนิดมีผลทำให้เกิดความเสื่อมของสมอง เช่น สารระเหย เมื่อเกิดความพิการ

จะไม่สามารถรักษาได้ ยาที่ใช้ทดแทนสารเสพติด ได้แก่ Dolophine (Methdone), Narcotic antagonists, Disulfiram (Antabuse) Therapy (สุวรรณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

2.3 การฝังเข็มและกระตุ้นด้วยไฟฟ้า สามารถระงับอาการจากการหยุดเสพสารเสพติดได้ แต่มักกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ

2.4 การรักษาโดยอาศัยศรัทธาและยาสมุนไพร มีการศึกษาพบว่า ยาสามราก ประกอบด้วย สมุนไพร 3 ชนิด ได้แก่ โคลทงแดง ปลาไหลเผือก และพญาไฟ สามารถบำบัดรักษา ผู้เสพหรือผู้ติดสารเสพติดได้ (มนัญญา ไวอัมภา, 2555)

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) คือ การรักษาความพิการหรือความเสื่อมจากการเสพยาบ้าแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

3.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ การรักษาความพิการหรือความเสื่อมระยะยาวของอวัยวะระบบต่าง ๆ อันจะเกิดขึ้นได้มากน้อยแล้วแต่ละราย

3.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ ครอบครัวยุติธรรม และงานอาชีพ เป็นการบำบัดรักษา การติดทางจิตใจ ซึ่งต้องใช้เวลานานปัจจุบันการฟื้นฟูสภาพตามพระราชบัญญัติผู้ติดยาและสารเสพติด พ.ศ. 2545 กำหนดระยะเวลา 4 เดือนขึ้นไป โดยการบำบัดรักษาในระยะนี้มีหลายวิธี ได้แก่

3.2.1 การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการการให้คำแนะนำที่ใช้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในเชิงพฤติกรรม และสุขภาพจิต (นางพงา ล้อมสุวรรณ, 2555) มีการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบชุมชนบำบัด โดยรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิด Trotzer (1943) มีค่าเฉลี่ยคะแนนอิสระแห่งตนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริพร ยาวีราข, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ ต้องชนะ ชยากร โสภิต (2558) พบว่า ผู้ติดยาเสพติด ณ สถานันธัญญารักษ์ หลังจากได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับคำปรึกษา และมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นางลัดดา มั่นจิตร (2556) พบว่า ผู้เสพแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนทดลองหลังจากได้รับคำปรึกษากลุ่มโดยใช้ทฤษฎีเกสตัลท์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3.2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยน การนึกคิดหรือพฤติกรรม (นิตา ล้อมสุวรรณ และมาโนช หล่อตระกูล, 2555) จากกรณีศึกษาโรงเรียน ฟ้าใสวิทยา พบว่า ผู้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดความคิด และพฤติกรรมมีพฤติกรรมเชิงบวกมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Singkramkett, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ปัญญาสุข

และสุกมา แสงเดือนฉาย (2556) พบว่า ผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมการบำบัดความคิด และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยา มีความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3.3 โปรแกรมจิตสังคมบำบัด เป็นโปรแกรมบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดประเภทกระตุ้น เช่น ยาบ้า โคเคน เป็นต้น จากการศึกษาของ ธีรรัตน์ อรุณรัตน์ (2544) พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดยา และสารเสพติดแบบโปรแกรมจิตสังคมบำบัดในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น มีอัตราการกลับไปติดยาซ้ำหลังการประเมินในระยะเวลา 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 14.3 และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และผู้บำบัดต่อโปรแกรมจิตสังคมบำบัดอยู่ในระดับสูง

3.3.4 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) เป็นแนวทางการให้การบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) (Miller, 1995) จากการศึกษาของ วิชัย นิยมรัตน์ และกนกศรี จาดเงิน (2555) พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนวัดบางเกลือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และกลุ่มควบคุมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า กลุ่มทดลองสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ตั้งแต่วันที่ 6 ของการบำบัด และสามารถคงพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ได้จนกระทั่งเข้าสู่ระยะติดตามผล 30 วันหลังสิ้น โปรแกรม

3.3.5 ศิลปะบำบัด เป็นกระบวนการบำบัดทางเลือกวิธีหนึ่งของ “จิตบำบัด” ที่ใช้งานศิลปะหรือศิลปกรรม เพื่อช่วยค้นหาข้อบกพร่อง ความผิดปกติของกระบวนการทางจิตใจใช้บำบัดภาวะผิดปกติทางจิตวิทยา และบรรเทาอาการหรือปรับสภาพจิตใจให้เข้าสู่สภาพปกติ (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550; เลิศศิริ บวรกิตติ, 2553) มีการศึกษาพบว่า ศิลปะบำบัดสามารถลดความระอายใจ ความวิตกกังวล และยังช่วยเพิ่มความเชื่อมโยงในระดับจิตวิญญาณของผู้เสพสารเสพติด และผู้ติดสารเสพติด (Chandler, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Holt and Kaiser (2009) ศึกษาศิลปะบำบัดมีความเหมาะสมสำหรับผู้เสพสารเสพติดที่มีความคิดสองฝักสองฝ่ายเพราะช่วยส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการบำบัดสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจระหว่างการบำบัด และยังสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงภายในของผู้รับบริการอย่างนุ่มนวล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lounsbury (2014) พบว่า ศึกษาศิลปะบำบัดรูปแบบ Expressive Therapies Continuum [ETC] ในการบำบัดรักษาผู้เสพสารเสพติดก่อให้เกิดความแตกต่างกันในการแสดงออกของความคิดและอารมณ์ใน 3 ระดับ ได้แก่ การเคลื่อนไหว/ความรู้สึก การรับรู้/การแสดงอารมณ์ และความคิด/สัญลักษณ์ ซึ่งมีความซับซ้อนในการประมวลผลของกระบวนการมองเห็นของสมองและผลของภาพในหลากหลายมุมมอง

4. การติดตามหลังการรักษา (After care) เป็นขั้นตอนที่ทำให้ทราบถึงผลของการรักษาว่าเป็นอย่างไร มีการติดยาหรือไม่ การดำรงชีวิต สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นอย่างไร

ควรเสริมกำลังใจ หรือแนะแนวการแก้ปัญหาต่าง ๆ บ้างหรือไม่ การติดตามหลังการรักษาควรมีกำหนดระยะเวลาที่นัดพร้อมกับการพบผู้ป่วยแบบสัปดาห์ในบางครั้ง เพื่อจะได้เห็นสภาพที่แท้จริง โดยไม่มีการเตรียมตัวไว้ก่อน เนื่องจากผู้ป่วยอาจปิดบังสภาพที่แท้จริง การติดตามหลังการรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธี ขึ้นอยู่กับการพร้อมของกำลังคน งบประมาณ ของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ได้แก่

4.1 วิธีโดยตรง คือ การติดตามผลพบผู้ป่วยโดยตรง สามารถซักถามผลการรักษาได้ลึกซึ้งพร้อมกันตรวจหาสารเสพติดให้คำแนะนำการแก้ปัญหา โดยตรงวิธีโดยตรงมีทั้งแบบนัดผู้ป่วยมาพบที่สถานพยาบาลตามกำหนดและพบผู้ป่วยที่บ้าน

4.2 โดยวิธีอ้อม วิธีนี้ติดตามผลโดยไม่ได้พบผู้ป่วยโดยตรง เช่น การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ สนทนาทางโทรศัพท์ วิธีนี้ค่อนข้างสะดวก ไม่เสียเวลาทั้งสองฝ่าย แต่ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน

7. เยาวชนกับการเสพติด

เยาวชนเป็นทรัพยากรที่สำคัญมาก เป็นวัยที่จะเชื่อมไปสู่ผู้ใหญ่ซึ่งเป็นกำลังของประเทศชาติ แต่วัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวของเยาวชน เยาวชนที่ปรับตัวไม่ได้จะมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ จากการสำรวจของ SAMHSA (2016) พบว่า มีประชากรประมาณ 27 ล้านคนในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป มีการเสพติดอย่างไม่เหมาะสม ในประเทศไทย พบว่า มีเยาวชนกระทำความผิดเกี่ยวกับสารเสพติดให้โทษ คิดเป็นร้อยละ 43.1, 42.24 และ 39.63 ของคดีทั้งหมดตามลำดับ (กรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2560)

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษาสาเหตุการใช้สารเสพติดในเยาวชน ดังนี้ สิทธิพงษ์ แคนแก้ว (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดที่ศูนย์บำบัดยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น พบว่า อาการการติดสารเสพติดรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา สว่างพันธุ์ (2558) ศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิต (ในการศึกษาครั้งนี้ใช้คำว่า “ภูมิคุ้มกันยาเสพติดและสารเสพติด”) ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในเขตตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ และระดับเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 67.60 ซึ่งมีสาเหตุมาจากมีความรู้เกี่ยวกับโทษของสารเสพติดน้อย มีครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ไม่ดี มีทัศนคติในแง่ดีต่อการใช้สารเสพติด ขาดระเบียบวินัยในการไม่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด ขาดเป้าหมายในชีวิต ขาดทักษะในการปฏิเสธการเสพติด และการเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน กลิ่นพยุร และอำนาจ พิพัฒน์พิทยาสกุล (253) ศึกษาสภาพ

การดำเนินชีวิตของครอบครัวเด็กติดยาเสพติดและบริการทางสังคมสำหรับครอบครัว พบว่า ครอบครัวและสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหลักต่อการเกิดความเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดของเยาวชน สอดคล้องกับการรายงานสถานการณ์ปัญหาเสพติด การแพร่ระบาด และผลกระทบในกลุ่มเด็ก และเยาวชนในพื้นที่ท่องเที่ยวเมืองพัทยา และเกาะล้าน อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า การใช้สารเสพติดของเยาวชนในพื้นที่ดังกล่าวมีสาเหตุมาจากปัญหาความยากจน ครอบครัวแตกแยก ผู้ใหญ่ เป็นแบบอย่างที่ไม่ดี มีการส่งเสริมให้เยาวชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้าสารเสพติดเพราะ โทษ ของเด็กน้อยกว่าผู้ใหญ่ (กิ่งกาญจน์ จงสุข ไกล, อังคณา ชินเดช, อภิภา คุณาพรธรรม, นเรนทร์ ดุนทกิจ และบัณฑิตา จ้วนประเสริฐ, 2555) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นุบผา บุญญามณี และคณะ (2559) ศึกษาเหตุผลของการเสพยาเสพติดประเภทที่ค่อนข้าง และยาบ้าหรือกัญชาในผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับ การบำบัดรักษาใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และปัตตานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างเสพยาเสพติด เพราะเสพแล้วรู้สึกสนุก ถูกเพื่อนชักชวน มีการเสพในกลุ่มเพื่อน เพื่อนเป็นผู้ค้า รวมถึงการพักอาศัย ในสภาพแวดล้อมที่เป็นชุมชนแออัด สลัม และจากการศึกษาของ Stajduhar et al. (2009) ศึกษา ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีดเข้าเส้น พบว่า ข้อความสำคัญที่แสดงถึง ความแข็งแกร่งในชีวิตมี 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) การเดินทางมันมาถึงจุดเปลี่ยน ซึ่งเกิดจากการรับรู้ ความเข้าใจ ตระหนักว่า การเสพยาเสพติดไม่คุ้มค่า เกิดความกลัว มีความต้องการเลิกที่เกิดจาก ภายในของผู้เสพเอง และ 2) ความคาดหวังต่ออนาคตที่ดีขึ้น ซึ่งความเจ็บปวดในอดีตเป็นตัวขวางกั้น แต่ความคาดหวังการควบคุมความต้องการเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ความแข็งแกร่งในชีวิต

มีการศึกษาถึงผลกระทบของสารเสพติดต่อเยาวชนที่เสพยาเสพติด ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตนเอง จากการศึกษาของ เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ และศรีวรรณ มีคุณ (2553) ศึกษาปรากฏการณ์ชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาบ้า พบว่า เยาวชนที่เสพยาบ้าจะไม่สนใจการเรียน และมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และจากการศึกษาของ กฤษดา ง่วนสน และมุขระวี ง่วนสน (2557) พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกทำให้ครอบครัวผิดหวัง คิดเป็นร้อยละ 57.5 ทำให้ตนเองเสียอนาคต คิดเป็นร้อยละ 53.3

2. ผลกระทบต่อครอบครัว จากการศึกษาของ สุจิตตา ฤทธิมนตรี (2554) ศึกษาพฤติกรรม รุนแรงต่อครอบครัวของผู้ใช้ยาบ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เสพยาเสพติดมีพฤติกรรม รุนแรงต่อครอบครัว โดยทำให้ครอบครัวเสื่อมเสียชื่อเสียง สูญเสียทรัพย์สิน เพื่อนบ้านต่อว่า สังคม รังเกียจ คิดเป็นร้อยละ 70.3

3. ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ จากการศึกษาของ สุจิตตา ฤทธิมนตรี (2554) ศึกษา พฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวของผู้ใช้ยาบ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เสพยาเสพติด มีพฤติกรรมรุนแรงส่งผลต่อสังคม โดยสังคมแสดงความรังเกียจและหวาดกลัวต่อการกระทำดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 16.9 และจากการศึกษาของ อาภาศิริ สุวรรณานนท์ (2550) ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลที่มี

ผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ พบว่า ผู้เสพยาจะมีอาการอยากยา ไม่สามารถหักห้ามใจต้องหาวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ได้เงิน ไปซื้อยาเสพติดไปสูปัญหาอาชญากรรม ธุรกิจนอกกฎหมาย ถูกจับกุม รวมไปถึงการค้าสารเสพติด ประชากรจึงกลายเป็นบุคคลไม่มีคุณภาพ การพัฒนาประเทศจึงทำได้ยาก

แนวคิดเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิต

1. ความหมายของความแข็งแกร่งในชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบผู้ให้ความหมายของคำว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ดังนี้

American Psychological Association [APA] (2004) ให้ความหมายของคำว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง ความสามารถในการเผชิญต่อเหตุการณ์คุกคาม การบาดเจ็บทางใจหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เป็น ก่อให้เกิดความเครียด โดยสามารถฟื้นตัวกลับมาจากสภาวะการณ์ต่าง ๆ ได้

Dillon et al. (2007) กล่าวว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต (ใช้คำว่า พลังต้านการเสพติดยาเสพติด หรือ Resilience to drug use) เป็นความสามารถของวัยรุ่นในการต่อต้านการเสพยาเสพติด แม้ว่า จะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเสพยาเสพติด

Dyer and McGuinness (1996) กล่าวว่า บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นบุคคลที่สามารถปรับตัวได้ มีความสุข และประสบความสำเร็จ โดยไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต หรือพฤติกรรมถึงแม้ว่าจะเผชิญต่อความเสี่ยงหรือความยากลำบากในชีวิต

Grotberg (2003) กล่าวว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต คือ ความสามารถในการฟื้นตัว ซึ่งเป็นศักยภาพในการป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรง และผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญและผ่านไปด้วยดี ซึ่งพื้นฐานของความแข็งแกร่งในชีวิตนี้ ควรได้รับการส่งเสริม และปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็ก และสามารถพัฒนาได้ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552 ข) ให้ความหมายของคำว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต โดยใช้คำว่า พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient [RQ]) หมายถึง ความสามารถทางอารมณ์ และจิตใจในการปรับตัว และฟื้นตัวกลับไปสู่ภาวะปกติ หลังประสบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสภาวะการณ์รุนแรงในชีวิต ซึ่งเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลผ่านพ้นไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) อึด หมายถึง ความเข้มแข็งทางจิตใจทนทานต่อภาวะกดดันได้ดี จัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ควบคุมอารมณ์ได้ 2) อืด หมายถึง มีความศรัทธา และกำลังใจที่ดีเชื่อว่าเหตุการณ์เลวร้าย ย่อมผ่านพ้นไปได้ ให้กำลังใจตัวเอง และรับกำลังใจจากคนรอบข้าง และ 3) สู้ หมายถึง ความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาได้อย่างชาญฉลาด มีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่ดี หากทางออกไม่เหมาะสม ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ได้

ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล (2550) กล่าวว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต (ใช้คำว่า ความเข้มแข็งทางใจ) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับปัญหา และเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต และสามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว รวมทั้งเกิดการเรียนรู้ และสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาในเหตุการณ์นั้น ๆ ได้

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน และจริยา วิริยะศุกร (2558) กล่าวว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้ายในชีวิต หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยสามารถฟื้นตัวและนำพาชีวิตให้ผ่านพ้นจากผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์นั้น ได้ในเวลาอันรวดเร็ว อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโต และเข้าใจชีวิตมากขึ้น

สรุป ความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการเผชิญเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต โดยสามารถจัดการเหตุการณ์ และผลกระทบของเหตุการณ์นั้น ๆ ได้แล้วสามารถฟื้นตัวกลับไปสู่สภาพปกติในเวลาอันรวดเร็ว อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และเกิดการเรียนรู้ เข้าใจชีวิตมากขึ้น มีความเชื่อมั่น และมีความสามารถในการนำประสบการณ์ที่ผ่านมาไปใช้จัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

2. ลักษณะความแข็งแกร่งในชีวิต

Grotberg (2003) กล่าวว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ

2.1 I am (สิ่งที่ตัวเองเป็น) เป็นความแข็งแกร่งในชีวิตภายในของแต่ละบุคคล (Inner strengths) ได้แก่ รักตนเองและรักผู้อื่นได้ เป็นคนสงบนิ่ง และมีทัศนคติที่ดี มีการวางแผนที่สามารถเป็นไปได้ เป็นคนที่นับถือตนเอง เข้าอกเข้าใจ ห่วงใยผู้อื่น มีการรับผิดชอบถึงผลของการกระทำ และยอมรับถึงผลที่จะตามมา มีความเชื่อมั่น มองโลกในแง่ดี มีความหวัง และความศรัทธา

2.2 I have (ฉันมี) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต (External support) ได้แก่ การมีบุคคลในและนอกครอบครัวที่สามารถเชื่อใจ ไว้วางใจได้ พร้อมทั้งจะรักตน โดยปราศจากเงื่อนไข สิ่งที่ควรปฏิบัติ คือ การมีพฤติกรรมที่ชัดเจน ส่งเสริมการเป็นอิสระ มีแบบอย่างที่ดี การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพการศึกษาสังคมความปลอดภัยที่จำเป็น และการมีครอบครัว และชุมชนที่มั่นคง

2.3 I can (สิ่งที่ตัวเองทำได้) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหา และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal and problem-solving skills) ได้แก่ การสร้างความคิดหรือแนวทางใหม่ในการทำสิ่งต่าง ๆ มีความมุ่งมั่นในงานที่ทำจนสำเร็จ มีอารมณ์ขันเพื่อใช้ลดความตึงเครียดในชีวิต มีความชัดเจนด้านความคิด การแสดงความรู้สึกรู้สึกการสื่อสารกับบุคคลอื่น สามารถกำหนดลำดับการจัดการกับปัญหาได้ จัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง และขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ

3. ประโยชน์ของความแข็งแกร่งในชีวิต

Grotberg (2003) กล่าวว่า การส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตจะนำมาซึ่งการพัฒนาการทางด้านความคิด พฤติกรรม และการรับรู้ในตัวเองอย่างเหมาะสม โดยเชื่อว่า บุคคลนั้นจะรับรู้ศักยภาพของตนก็ต่อเมื่อสามารถควบคุมตนเอง จัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้สึกว่าตนเองนั้นมีความสำคัญ มีคุณค่า มีความหมาย ได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม และตนเองสามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเข้ามาในชีวิตได้ ความแข็งแกร่งในชีวิตจะส่งเสริมให้บุคคลใช้ทุกสิ่งทุกอย่างที่ตนมีอยู่ในการเผชิญปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ ได้ สามารถจัดการกับตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถประเมินสถานการณ์ และควบคุมพฤติกรรมในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่น และสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ อย่างยืดหยุ่น เข้าใจข้อจำกัด ผลกระทบของการตัดสินใจหรือการกระทำ และพร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่เกิดขึ้น

4. การส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับเด็กและวัยรุ่น

Grotberg (2003) กล่าวว่า การส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับเด็กนั้น สามารถจัดแบ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุ คือ

วัยแรกเกิดถึงสามปีแรก เป็นวัยที่มีการเรียนรู้เรื่องความไว้วางใจ (Trust) และความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) ข้อควรปฏิบัติ คือ การเสริมสร้างความคิดเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทายด้วยคำพูด เช่น “พอรู้ว่าหนูทำได้” กระตุ้นให้มีความเชื่อมั่น และศรัทธาในตัวเองว่า สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเอง และพูดในทำนองว่า “พอจะคอยหนูอยู่ตรงนี้” เพื่อให้กำลังใจ พร้อมที่จะให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือเมื่อเขาต้องการ ควรฝึกให้รู้จักกับความรู้สึกไม่พอใจบ้าง

วัยสี่ถึงเจ็ดปี จะมีจินตนาการกว้างไกล และไม่สามารถแยกความเป็นจริงออกจากจินตนาการได้ ข้อควรปฏิบัติ คือ การทำให้เห็นว่ากฎกติกาต่าง ๆ ที่ตกลงกันไว้มีผลในการปฏิบัติ ชื่นชมเมื่อเด็กทำสำเร็จ การสอนให้รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา การเรียนรู้ถึงความยากลำบากของชีวิตที่ละน้อย และช่วยให้เด็กรู้ว่าเขาต้องมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนผลที่จะตามมาจากการกระทำนั้น ๆ

วัยแปดถึงสิบเอ็ดปี วัยนี้เด็กต้องการใช้ความพยายามในการเรียนรู้ และฝึกฝนทักษะชีวิตต่าง ๆ ข้อควรปฏิบัติ คือ สอนการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ในขอบเขตที่เหมาะสม การทำความเข้าใจ และสร้างข้อตกลงร่วมกันอย่างชัดเจน ชื่นชมในความสำเร็จ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ให้เรียนรู้ และฝึกฝนการแก้ปัญหา การให้คำแนะนำถึงขั้นตอน และวิธีการจัดการกับปัญหา เปิดโอกาสให้เด็กได้แบ่งปันความรู้สึก และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเสริมสร้างความคิดหรือทัศนคติที่เหมาะสม

เนื่องจาก Grotberg (2003) ไม่ได้กล่าวถึงการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตต้องสร้างความรู้สึกต่อไปนี้ให้เกิดขึ้น (Giligan, 2001)

1. ความปลอดภัยขั้นพื้นฐาน (Secure base) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จะส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดความไว้วางใจ มีความคิดริเริ่ม อันจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นภายในชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมที่อาศัย

2. ความสำนึกในคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) ความรัก ความห่วงใย ใส่ใจ จะทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่าคุณค่า มีคนที่รัก และคอยห่วงใย สนใจกับสิ่งที่เขาสนใจ วัยรุ่นจะรู้สึกว่าสิ่งที่เขากระทำนั้นมีคุณค่า

3. สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) การเชื่อมั่นว่าวัยรุ่นมีความสามารถในการจัดการด้วยตัวเอง และเปิดโอกาสให้ได้ลองปฏิบัติ และคอยส่งเสริมในสิ่งที่เหมาะสมจะนำไปสู่ทักษะในการจัดการ และใช้ชีวิตของเขาในอนาคต

Zunz (2008) ได้เสนอวิธีการพัฒนาปัจจัยปกป้องโดยการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น ดังนี้

วิธีที่ 1 สอนให้สามารถจัดการกับเครียดด้วยตัวเอง ภายใต้หลักการของความเป็นจริง สนับสนุนให้วัยรุ่นเชื่อว่า มีความสามารถเพียงพอในการจัดการในเรื่องบางเรื่องได้ สอนให้วัยรุ่นรับรู้ตัวเองว่าทำอะไรอยู่ เพื่อจะได้เห็นความแตกต่างของการกระทำนั้น ๆ

วิธีที่ 2 เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัวในเรื่องทักษะทางสังคม การมองโลกในแง่ดี เพื่อให้วัยรุ่นได้เรียนรู้บทบาทการเป็นผู้ใหญ่

วิธีที่ 3 สนับสนุนให้วัยรุ่นมีการจัดการปัญหาในทางสร้างสรรค์ โดยการสนับสนุนการเรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหา และทางเลือกต่าง ๆ ที่เหมาะสม ช่วยบรรเทาความเครียดจนนำไปสู่ความแข็งแกร่งในชีวิต

วิธีที่ 4 ส่งเสริมทักษะการปฏิเสธจากการถูกชักจูงหรือชักชวนไปในสิ่งที่ไม่เหมาะสม

วิธีที่ 5 ส่งเสริม และสนับสนุนให้วัยรุ่นมีการตั้งเป้าหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้น

วิธีที่ 6 เป็นพี่เลี้ยง ผู้แนะนำ เป็นแบบอย่างในสิ่งที่ดี โดยมักพบว่า วัยรุ่นจะปฏิบัติตามแบบอย่างของตัวเองชื่นชอบหรือผู้ที่มีชื่อเสียง

5. ความแข็งแกร่งในชีวิตกับเยาวชนผู้เสพสารเสพติด

ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่ส่งผลให้เยาวชนเกิดการรับรู้ ตระหนักถึงความเข้มแข็งภายใน การมีแหล่งสนับสนุนภายนอก อันนำไปสู่ความสามารถในการจัดการกับปัญหา และการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เยาวชนผู้เสพสารเสพติดการเลิกเสพสารเสพติด

และไม่กลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ ดังในการศึกษาของ บุศรินทร์ หลิมสุนทร (2543) พบว่า การรับรู้มรสุมชีวิต ลักษณะส่วนบุคคลบางประการ มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต (การศึกษาครั้งนี้ใช้คำว่า ความยืดหยุ่นและทนทาน) ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพสารเสพติดของวัยรุ่นสลับที่เรื้อรังในสนามเด็กเล่น และพบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่เคยเสพสารเสพติดกับกลุ่มวัยรุ่นที่เคยเสพยาเสพติดมีความแข็งแกร่งในชีวิตแตกต่างกัน ทั้งในด้านแรงสนับสนุนภายนอก และมีการรับรู้มรสุมชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มนต์ สุนทร โชติ (2554) พบว่า วัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่มีความเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ การมีความสามารถในการเผชิญความเครียดทั้ง 3 แบบ ได้แก่ การใช้ความสามารถของตนเอง การใช้แหล่งสนับสนุนอื่น การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา และมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนระดับปานกลางจะมีความแข็งแกร่งในชีวิต (การศึกษาครั้งนี้ใช้คำว่า พลังด้านการเสพยาบ้า) อยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสพยาเสพติดได้ง่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Davis and Spillman (2011) พบว่า ความผูกพันในครอบครัวและสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนเป็นปัจจัยสนับสนุนที่จะช่วยสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อลดการเสพยาเสพติดในเยาวชนผู้เสพยาเสพติด รวมถึงการศึกษาเชิงคุณภาพของ Stajduhar et al. (2009) พบว่า ประเด็นสำคัญที่นำไปสู่ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น คือ การเดินทางมาถึงจุดเปลี่ยน และความคาดหวังต่ออนาคตที่ดีขึ้นในการไม่กลับไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด

มีการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยป้องกันการเสพยา และเลิกเสพยาเสพติดได้ ดังในการศึกษาโดยที่ Fergus and Zimmerman (2005) พบว่า ความมั่นใจในตนเอง และมีทักษะการเข้าสังคมสามารถทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตอันส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของเยาวชนได้ และสอดคล้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพของ Hills, Meyer-Weitz, and Asante (2016) พบว่า พฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติดของเด็กข้างถนนในเมืองเดอร์บัน ออฟริกาใต้ จะลดลง หากมีความมั่นคงทางอารมณ์ ขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม ความเชื่อศาสนา การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬา ซึ่งจะนำไปสู่ความแข็งแกร่งในชีวิตในการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี ป้องกันความรุนแรงการเสพยาเสพติดได้

แนวคิดเกี่ยวกับศิลปะบำบัด

1. ความเป็นมาของศิลปะบำบัด

ศิลปะมีความเป็นมาตั้งแต่ก่อนประวัติศาสตร์ มีการพบภาพวาดในถ้ำซึ่งแสดงถึงการดำเนินชีวิตของบุคคลในสมัยนั้น และมีปรากฏทุกยุคทุกสมัย ซึ่งแสดงถึงจินตนาการ และการสร้างสรรค์ จนกระทั่ง Freud (1939) และ Jung (1971) ได้อธิบายถึงความหมายของสัญลักษณ์

ต่าง ๆ โดย Freud (1939) อธิบายโดยใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ว่า ขอบเขตของจิตสำนึกนั้นจะถูกแสดงออกมาในรูปของจินตนาการ และความฝัน ส่วน Jung (1971) อ้างถึงจิตใต้สำนึกทั่วไปที่ปรากฏออกมา นั้นจะแตกต่างกันตามวัฒนธรรมและสมัย แต่ทั้งสองคนก็แสดงถึงจิตสำนึกของคนจะแสดงออกมาทางงานศิลปะ (กานดา ผาวงค์, 2548) มีการศึกษาพบว่า ศิลปะถูกนำมาใช้ในการบำบัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2403 โดย Nightingale (1860) บันทึกการพยาบาลไว้ว่า “ดอกไม้สีสดใส และศิลปกรรมอันงดงามจะช่วยฟื้นฟูคนไข้ให้หายเร็วขึ้น” ปี พ.ศ. 2406 จิตแพทย์เริ่มให้ความสนใจ และใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับการรักษาแบบดั้งเดิม (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เลขา, 2552) ปี ค.ศ. 1925 นายแพทย์ Nolan D. C. Lewis เริ่มใช้แนวความคิดเกี่ยวกับศิลปะบำบัด โดยใช้ภาพวาดเป็นสัญลักษณ์ในการสื่อสารอารมณ์ และความรู้สึกแทนการใช้คำพูด

ปี ค.ศ. 1940 แพทย์หญิง Magaret Naumburg ใช้แนวคิดจิตวิเคราะห์แบบดั้งเดิม (Traditional psychoanalysis) ในการวิเคราะห์และรักษาคนไข้ โดยให้คนไข้วาดรูปตามอิสระ และให้ระบายความรู้สึกถึงความหมายของภาพตามที่จินตนาการจากภาพ ทำให้คนไข้เกิดการหยั่งรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และมีความสัมพันธ์กับคนรอบด้านดีขึ้น ปี ค.ศ. 1960 Edith Kramer เสนอแนวคิดโดยให้ความสำคัญกับกระบวนการทางศิลปะว่า “ศิลปะให้ผลการบำบัดได้โดยไม่ต้องพึ่งพาด้านจิตวิเคราะห์” ซึ่งเชื่อว่า ในระหว่างที่คนไข้สร้างผลงานศิลปะจะเกิดการบำบัดขึ้นเอง กระบวนการที่เกิดขึ้น จากความคิดสร้างสรรค์นั้นยังดีต่อสุขภาพจิต และการพัฒนาตนเองอีกด้วย (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2552) ในประเทศไทย มีการใช้แนวทางศิลปะบำบัด ตั้งแต่ พ.ศ. 2529 แต่ยังเป็นที่ยังไม่รู้จักในวงแคบ จนกระทั่งเกิดคลื่นยักษ์สึนามิ พ.ศ. 2547 องค์กรต่างประเทศนำศิลปะบำบัดเข้ามาใช้บำบัดผู้ประสบภัย (เทพศักดิ์ ทองนพกุล, 2549) จึงมีผู้สนใจมากขึ้นซึ่งความรู้ และความเข้าใจของศิลปะบำบัดนี้ มีความน่าสนใจที่ช่วยบำบัดในผู้ป่วยหลากหลายประเภท เช่น ผู้ประสบภัย ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่ถูกข่มขืน เป็นต้น

2. ความหมายศิลปะบำบัด

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เลขา (2550) กล่าวว่า ศิลปะบำบัด หมายถึง การบำบัดรักษาทางจิตเวช รูปแบบหนึ่งที่ประยุกต์ใช้กิจกรรมทางศิลปะ เพื่อค้นหาข้อบกพร่อง ความผิดปกติบางประการของกระบวนการทางจิตใจ โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินทางจิตวิทยา เพื่อเปิดประตูเข้าสู่จิตใจในระดับจิตไร้สำนึก และเลือกใช้กิจกรรมทางศิลปะที่เหมาะสมช่วยในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้น

เลิศศิริร์ บวรกิตติ (2552) กล่าวว่า ศิลปะบำบัด หมายถึง การใช้ศิลปะเป็นสื่อสะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ตลอดจนพื้นฐานทางวัฒนธรรม และจิตใจของผู้ที่สร้างสรรค์ศิลปะขึ้นมา ในทางด้านจิตวิทยาทางการแพทย์มีการนำศิลปะมาเป็นเครื่องช่วยในการตรวจวินิจฉัยผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ ศิลปะอาจแสดงถึงความขัดแย้งในจิตใจ ความต้องการ ความหวัง ความผิดพลาด

ในชีวิตหรือบางครั้งอาจแสดงถึงสิ่งที่อยู่ในจิตใต้สำนึกออกมา ทำให้นักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์นำมาใช้เป็นแนวทางในการรักษารวมทั้งใช้คู่มือพัฒนาของการบำบัดรักษาได้

สรุปได้ว่า ศิลปะบำบัด หมายถึง การบำบัดรักษาทางจิตเวชรูปแบบหนึ่งที่มีการประยุกต์กิจกรรมทางศิลปะมาใช้ เพื่อค้นหาความบกพร่องผิดปกติบางประการของกระบวนการทางจิตใจ โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินทางจิตวิทยา เพื่อนำไปสู่จิตใจในระดับจิตไร้สำนึก โดยเลือกใช้กิจกรรมศิลปะที่เหมาะสมในการบำบัดรักษา ฟืนฟูให้ดีขึ้น

3. ความสัมพันธ์ของศิลปะกับสมองมนุษย์

มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องของศิลปะกับสมองมนุษย์ Hass-Cohen and Carr (2008) กล่าวว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการ PTSD และ Substance abuse disorders มีความคล้ายคลึงกันในด้านประสาทวิทยา ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ความเครียดจะทำให้มีการเพิ่มของ Norepinehrine ใน Amygdala และ Cerebral cortex กระตุ้นให้มีการเพิ่มของ Corticotropin-Releasing Hormone [CRH] ในระบบพิทูอิทารี ทำให้มีการเพิ่มของ ACTH และ Cortisol จึงเกิดภาวะวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และยังพบในบุคคลที่มีภาวะนอนยา ซึ่งส่งผลถึงการกลับมาเสพซ้ำของผู้ที่เสพสารเสพติด จึงมีความจำเป็นในการทำจิตสังคัมบำบัดในระหว่างระยะนอนยา และระยะเริ่มต้นของการบำบัดฟื้นฟู ศิลปะบำบัดเป็นสื่อในการเยียวยา โดยเฉพาะการบำบัดผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมกับการใช้คำพูด ในการระบายออกซึ่งความรู้สึก การสร้างสรรค์งานศิลปะจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ประสาทสัมผัสขั้นพื้นฐานได้ดีที่สุด (Brewin, 1762 cited in Matto, 2005) กิจกรรมศิลปะบำบัดแสดงให้เห็นถึงภาพลักษณ์ที่เป็นตัวตนของบุคคลช่วยให้สมองทั้งซีกขวา และซีกซ้ายทำงานร่วมกัน เกิดการเชื่อมโยงการประมวลผลด้านการมองเห็น และด้านความคิด ส่งเสริมให้ผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู เกิดการรับรู้ตนเอง และสร้างวิธีการให้กำลังใจตนเอง เพิ่มความสามารถในการควบคุมอารมณ์ การระบายออกทางอารมณ์ในผลงานทางศิลปะนำไปสู่การเปลี่ยนผ่านจนเกิดการรับรู้ตนเองผ่านผลงานทางศิลปะ นอกจากนี้ยังกระตุ้นการเกิด Synaptic plasticity ทำให้มีสมาธิอยู่กับการสร้างสรรค์งานศิลปะ ดิ้นตัว เกิดความสนใจ ในการช่วยเพิ่มความสามารถในการจำ และการเรียนรู้ การสร้างผลงานทางศิลปะยังเป็นสิ่งเร้าในการกระตุ้นให้เกิดการหลั่งของ โดปามีน (Dopamine) ทดแทนสารเสพติด (Hass-Cohen & Carr, 2008) ดังนั้นศิลปะบำบัดจึงเป็นการบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่ม Substance use disorders ดังในการศึกษาของ Lounsbury (2014) พบว่า ศิลปะบำบัดส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่ม Substance use disorders ในระยะเริ่มต้นของการบำบัดฟื้นฟูแสดงความคิด อารมณ์ความรู้สึกของตนซึ่งไม่สามารถอธิบายโดยคำพูดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ศิลปะบำบัดเพื่อการบำบัดรักษา

ศิลปะบำบัด เป็นจิตบำบัดทางเลือกหรือการบำบัดเสริมช่วยในการค้นหาตนเองหรือเสริมพลังทางจิตใจ ศิลปะบำบัดมีหลายรูปแบบไม่มีกระบวนการหรือรูปแบบตายตัวขึ้นอยู่กับความต้องการ จิตความสามารถ และวัยของผู้ป่วย การแสดงออกเชิงภาษาสัญลักษณ์ในงานศิลปะสะท้อนประสบการณ์และความรู้สึกนึกคิด ช่วยให้เข้าใจปัญหาภายในจิตใจ จนสามารถปรับอารมณ์ความรู้สึก และสร้างพลังเชิงบวก ศิลปะจึงเป็นสิ่งสะท้อนปัจเจกบุคคล ด้านความสามารถ บุคลิกภาพ ความสนใจ ความกังวล และความขัดแย้ง เพื่อนำไปสู่การบรรเทาอาการหรือปรับสภาพจิตใจให้สู่ภาวะปกติ การทำกิจกรรมศิลปะบำบัดต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ ด้านพัฒนาการของมนุษย์ ทฤษฎีด้านจิตวิทยา การบำบัดรักษาด้านจิตพลวัต และการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ ซึ่งรวมถึงวิธีบำบัดเพื่อปรับความขัดแย้งทางอารมณ์ เสริมสร้างความตระหนักรู้ พัฒนาทักษะด้านสังคม ปรับพฤติกรรม แก้ปัญหา ลดความวิตกกังวล ช่วยปรับแนวคิดสู่ความเป็นจริง และเพิ่มความภูมิใจในตนเอง (เลิศศิริ บรรณกิจดิ, 2553)

ศิลปะบำบัด เป็นรูปแบบหนึ่งของการแพทย์เสริมและทางเลือก (Complementary and alternative medicine) เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นำมาเสริมในส่วนของ การดูแลสุขภาพ แนวทางหลักให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ต้องมีการประสานงานกับทีมนักศิลปะบำบัดและแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยไม่สามารถแยกรูปแบบการบำบัดรักษาให้เป็นอิสระได้ ต้องทำไปควบคู่กับการรักษา ปัจจุบัน (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เลขา และสมจิตร ไกรศรี, 2551)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ศิลปะบำบัดเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำจิตบำบัด(Psychotherapy) ที่ใช้ศิลปะเป็นเครื่องมือสำคัญ เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ โดยหลักของการทำศิลปะบำบัด คือ การใช้ศิลปะเป็นสื่อแสดงออกถึงอารมณ์ ความรู้สึก ความขัดแย้ง และความต้องการที่ซ่อนเร้นอยู่ในจิตใจ ผ่านทางผลงานศิลปะแล้วนำมาวิเคราะห์ ความรู้สึก นึกคิด ปัญหา หรือสภาพจิตใจ ในการประเมินผลการบำบัดรักษาด้วยศิลปะบำบัดเน้นที่กระบวนการและกิจกรรมทางศิลปะไม่เน้นที่ผลงานหรือคุณค่าทางศิลปะ

5. ศิลปะบำบัดสำหรับกลุ่ม

วัตถุประสงค์ของการจัดกลุ่มศิลปะบำบัด (Larose, 1987 อ้างถึงใน ภารดี กำภู ณ อยุธยา, 2550) มีดังนี้

5.1 ส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง (Self awareness) ผู้รับการบำบัดสามารถแสดงความรู้สึกนึกคิด และประสบการณ์ผ่านกระบวนการทางศิลปะได้อย่างอย่างอิสระในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และไว้วางใจ

5.2 ส่งเสริมคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

5.3 สนับสนุนการระบายความคับข้องใจ ความเครียด เพื่อผ่อนคลายอารมณ์ต่าง ๆ ที่อยู่
ในจิตใจได้อย่างอิสระ ไม่มีการตำหนิ ข่มขู่รับในสิ่งที่ผู้รับการบำบัดบอกเล่าโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์
หรือลงโทษ สามารถใช้ศิลปะในการแสดงออกถึงความปรารถนา ความกลัว ความคับข้องใจ
ความวิตกกังวล

5.4 ฝึกทักษะทางสังคม การสื่อสารที่ถูกต้อง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน
ได้อย่างเหมาะสม ควบคุมอารมณ์ตนเองได้

5.5 ส่งเสริมการยอมรับซึ่งกันและกัน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการเรียนรู้ที่จะฟัง
และแสดงออกทางความรู้สึกโดยอิสระ เรียนรู้ที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น

5.6 ฝึกทักษะ การมองเห็น การฟัง การเคลื่อนไหว ได้อย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อม
ที่ปลอดภัย

5.7 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ

5.8 การได้แสดงความคิดกลับในทางบวก การเสริมแรงจากกลุ่ม เสริมสร้างทักษะ
ในการประสบความสำเร็จ

5.9 เสริมสร้างการไว้วางใจ การเปิดเผยตัวตนที่แท้จริงได้อย่างเป็นอิสระ

5.10 เปิดโอกาสให้ได้พบความสามารถพิเศษที่มีอยู่ในตนเอง ให้ผู้เข้ารับการบำบัด
ได้รับประสบการณ์ที่ดี

ข้อดีและข้อเสียของการทำกิจกรรมกลุ่มศิลปะบำบัด (Liebmann, 2004) และ Malchioid
(2003 อ้างถึงใน ชลิดา รัชตะพงษ์ธร, 2554) มีดังนี้

ข้อดี

1. สมาชิกในกลุ่มให้การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รับรู้ผลตอบกลับจากสมาชิก
คนอื่นในกลุ่ม

2. สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้บทบาทหรือพฤติกรรมจากการเห็นพฤติกรรมของสมาชิก
คนอื่นในกลุ่ม ซึ่งบทบาทที่เหมาะสมจะได้รับการสนับสนุน และได้รับการเสริมแรง

3. สมาชิกในกลุ่มมีการเรียนรู้ทักษะทางสังคม โดยไม่ต้องรู้สึกกดดันมากเกินไป
เมื่อเทียบกับการบำบัดแบบรายบุคคล

4. สมาชิกในกลุ่ม ๆ มีการยอมรับตนเอง และยอมรับผู้อื่น

5. สมาชิกในกลุ่มเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า และสามารถบำบัดได้พร้อม ๆ กันหลายคน
ในคราวเดียวกัน

6. สมาชิกในกลุ่มทุกคนมีส่วนร่วมในกลุ่ม ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับสมาชิก
ที่ค่อนข้างเก็บตัว หรือไม่ค่อยพูด

7. สมาชิกในกลุ่มรู้สึกถึงความเท่าเทียมกัน มีส่วนร่วมในกลุ่มในเวลาเดียวกัน

8. สมาชิกในกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันสามารถร่วมกลุ่มศิลปะบำบัดกลุ่มเดียวกันได้
 9. สมาชิกในกลุ่มสามารถทำงานศิลปะร่วมกันได้ ซึ่งเป็นการฝึกการทำงานร่วมกับผู้อื่น
ข้อเสีย
 1. จำนวนผู้เข้าร่วมกลุ่มที่มากเกินไปอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงได้
 2. อาจเกิดความยุ่งยากในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ เมื่อสมาชิกในกลุ่มมีจำนวนมาก
 3. การให้ความใส่ใจกับสมาชิกในกลุ่มแต่ละคนจะทำได้น้อยกว่าศิลปะบำบัดแบบรายบุคคล
 4. สมาชิกในกลุ่มอาจใช้กลุ่มในการหลีกเลี่ยงหรือหลบซ่อน ไม่เปิดเผยตัวได้
 5. สมาชิกในกลุ่มอาจมีการเปรียบเทียบกันด้วยทักษะความสามารถที่แตกต่าง
- ภทราภรณ์ ทุงปิ่นคำ (2551) กล่าวว่า ในการทำกลุ่มบำบัดควรมีสมาชิกประมาณ 8-12 คน โดยใช้ระยะเวลาในการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที โดยที่ Paul (2016) กล่าวว่า ระยะเวลาในการทำแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 120 นาที และความถี่ของการทำกลุ่มสามารถทำตั้งแต่ 1-5 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยลักษณะของกลุ่มบำบัดมี 2 แบบ คือ
1. กลุ่มแบบปิด (Closed group) เป็นกลุ่มที่มีสมาชิกเดิม ไม่มีการเพิ่มสมาชิกตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดการบำบัด
 2. กลุ่มแบบเปิด (Opened group) เป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสมาชิกตลอดการบำบัด
- ขั้นตอนการทำกลุ่มบำบัดแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (ภทราภรณ์ ทุงปิ่นคำ, 2551)
1. ขั้นเตรียมการ (Pre-orientation phase) ผู้บำบัดจะต้องมีการเตรียมทั้งร่างกาย ความรู้ และจิตใจ Corey (2015) และ Paul (2016) กล่าวว่า ผู้บำบัดต้องมีทักษะดังต่อไปนี้ ความจริงใจ เอาใจใส่ เปิดเผยตัวเอง รับผิดชอบต่อตัวเอง ฟังอย่างตั้งใจ กล้าเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ มีความสอดคล้องกับผู้รับบริการ มีการส่งเสริม และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับสมาชิกในกลุ่ม มีการคัดเลือกผู้เข้ารับ การบำบัดอย่างเหมาะสมตามวัตถุประสงค์
 2. ขั้นเริ่มกลุ่ม (Orientation phase) เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัด และสมาชิก โดยการแนะนำตัว สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร Corey (2015) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดี จะนำไปสู่การเกิดความไว้วางใจในกลุ่มทำให้กลุ่มสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น กำหนดเป้าหมาย กติกากลุ่มร่วมกัน และสร้างความตระหนักถึงประโยชน์ที่ผู้เข้ารับการบำบัดจะได้รับ
 3. ขั้นดำเนินการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน (Working phase) ผู้บำบัดอาจกำหนดประเด็น หรือให้กลุ่มร่วมกันหาประเด็นในการสนทนา Corey (2015) กล่าวว่า ผู้นำกลุ่มต้องระลึกร่วมว่า ปัญหาที่เกิดในกลุ่มจะต้องได้รับการแก้ไข และกล้าที่จะนำมาเป็นประเด็น โดยกระตุ้นสมาชิกทุกคน ร่วมแสดงความคิดเห็น อันจะนำไปสู่การเห็นคุณค่าของตน และผู้อื่น และเห็นถึงประโยชน์

ในการเข้ากลุ่ม และควบคุมกลุ่มไปในทิศทางเดียวกัน

4. ขั้นปิดกลุ่ม (Termination phase) เป็นระยะสุดท้าย ผู้บำบัดต้องมีการวางแผนในการสิ้นสุดสัมพันธภาพของกลุ่ม เพื่อป้องกันภาวะฟุ้งฟิงกลุ่ม สนับสนุนให้สมาชิกสามารถหาทางจัดการกับตนเองเมื่อกลุ่มสิ้นสุดลง ให้สมาชิกแสดงความรู้สึก และสรุปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม

6. ศิลปะบำบัดกับผู้เสพยาเสพติด

ศิลปะส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันของสมองทั้งสองซีก กระตุ้นการหลั่งสารโดปามีน (Dopamin) ในระบบ Reward pathway ในสมอง ทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีความสุขเหมือนการเสพยาเสพติด ศิลปะบำบัดจึงเป็นอีกทางเลือกของการบำบัดที่นำมาใช้บำบัดผู้เสพยาเสพติด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้นำศิลปะบำบัดมาใช้เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพด้านจิตใจ และการเผชิญปัญหาของผู้เสพยาเสพติด ได้แก่ รัฐ ลองสเกราะห์ (2552) พบว่า ศิลปะบำบัดส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดยาเสพติดชายสถาบันราชฎารักษ์ กลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองให้สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีศรี พรหมรัตน์ (2558) พบว่า การพัฒนารูปแบบกิจกรรมศิลปะบำบัดเพื่อบำบัดความเครียดผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดอาการติดยาเสพติดภายในศูนย์ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กองบิน 46 จังหวัด พิษณุโลก จำนวน 35 คน ประกอบด้วย กิจกรรมศิลปะบำบัดที่พัฒนาขึ้นเอง จำนวน 15 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมนำชมผลงานศิลปะ กิจกรรมแนะนำรูปแบบ กิจกรรมศิลปะบำบัด กิจกรรมเขียนเรื่องราวอธิบายความรู้สึกมีคุณค่าต่อชีวิต กิจกรรมวาดเส้นจากจินตนาการ กิจกรรมปั้นดินจากแบบที่จดจำ กิจกรรมระบายสีอย่างอิสระ กิจกรรมเทคนิคคอลลาจ นิกรกระดาษ ตัดแปะ กิจกรรมเทคนิคฟรอตทาจ กิจกรรมวาดดอกไม้โดยระบายสีที่ตัดกัน กิจกรรมการสร้างรูปทรงเรขาคณิตสีเหลี่ยมที่มีสีสันแตกต่างกัน กิจกรรมการถ่ายทอดสำแดงพลังอารมณ์ กิจกรรมการสร้างสรรค์ด้วยวิธีอัตโนมัติ กิจกรรมเรียงระบำของสี และดนตรี และกิจกรรมพิจารณาตนเอง ผ่านงานศิลปะ ส่งผลให้ความเครียดของกลุ่มทดลองลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรนภิส จันทะวัฒนะ, จรรยา เจตนาสมบูรณ์, วันชัย ธรรมศักดิ์ และทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2554) พบว่า การทำกิจกรรมศิลปะบำบัด ได้แก่ การวาด การปั้น การตัดแปะ ละครบทบาทสมมติ และดนตรี ร่วมกับการทำจิตบำบัดในเรื่องทักษะการเผชิญปัญหา ครอบคลุมประเด็นเรื่อง การเรียนรู้เกี่ยวกับการรู้จักตนเอง การจัดการความโกรธ ทักษะการปฏิเสธ การแก้ปัญหา การป้องกันการกลับไปเสพยา คุณค่า และเป้าหมายชีวิต เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยไอซ์ ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด สถาบันราชฎารักษ์ สงขลา ในระยะการทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ พบว่า มีการนำศิลปะบำบัดมาผสมผสานกับการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ ได้แก่ Lounsbury (2014) ได้บูรณาการศิลปะบำบัดร่วมกับ Stages of Change [SOC], Expressive Therapies Continuum [ETC] และ 12-step ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด พบว่า การบำบัดดังกล่าวส่งผลต่อการลดอาการผิดปกติทางประสาทวิทยา และลดการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำระหว่างบำบัดระยะพักฟื้นของผู้เสพยาเสพติดได้ ในการศึกษาของ Holt and Kaiser (2009) ได้บูรณาการศิลปะบำบัดร่วมกับการบำบัดรูปแบบ The First Step Series [FSS] เพื่อใช้ในการประเมิน Stage of change ของผู้เสพยาเสพติดในระยะมีความคิดสองฝักสองฝ่าย ส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดตัดสินใจเข้ารับการบำบัดได้เร็วขึ้น อีกทั้งส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในตนเอง กลายเป็นความแข็งแกร่งในชีวิตอันนำไปสู่การเลิกเสพยาเสพติดได้จนสำเร็จ และจากการศึกษาของ Horay and OR (2006) โดยผสมผสานศิลปะบำบัดร่วมกับการบำบัดรูปแบบ MET ในการประเมิน SOC ส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดตัดสินใจเข้ารับการบำบัดได้อย่างรวดเร็ว ใช้ศิลปะบำบัด 9 กิจกรรม ประกอบด้วย วาดภาพลายเส้น 1 กิจกรรม ภาพปะติด 2 ครั้ง ภาพระบายสี 6 ครั้ง พบว่า ผู้รับการบำบัดรายนี้สามารถผ่านพ้นระยะความคิดสองฝักสองฝ่าย และตัดสินใจเลิกการเสพยาเสพติด นอกจากนี้ยังมีการนำศิลปะบำบัดมาผสมผสานกับการเจริญสติ และ FSS ในการประเมิน SOC ดังในการศึกษาของ Chandler (2016) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 คน มีคุณค่าทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น มีความระบือใจ ความวิตกกังวลลดลง และจากการศึกษาของ Matto, Corcoran, and Fassler (2003) ผสมผสานการบำบัดรูปแบบ Solution-Focus Therapy [SFT] และศิลปะบำบัด พบว่า งานศิลปะส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัด และผู้รับการบำบัดนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงภายใน การวาดภาพหลาย ๆ ภาพ นำมาสู่การหาทางออกกับสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ช่วงที่รู้สึกสูญเสียหรือระยะการเปลี่ยนผ่าน เป็นต้น

7. ศิลปะบำบัดกับความแข็งแกร่งในชีวิต

การสร้างสรรค้งานศิลปะส่งเสริมให้เกิดกระบวนการ Synaptic plasticity ซึ่งมีความสำคัญต่อกระบวนการความคิด ความจำ จนนำไปสู่การรับรู้ เข้าใจ ยอมรับ และเปิดเผยตนเอง ตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก จนนำไปสู่ความเชื่อมั่นในศักยภาพของตน ในการจัดการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำศิลปะบำบัดมาใช้เสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชน เช่น จากการศึกษาของ Roghanchi et al. (2013) มีการผสมผสานการบำบัดรูปแบบ Rational Emotive Behavior Therapy [REBT] ร่วมกับศิลปะบำบัดในกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัย Razi เข้ารับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษา จำนวน 24 คน โดยใช้โปรแกรม Engraving on copper (การสลักแผ่นทองแดง) จำนวน 10 กิจกรรม ใน 10 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งละ 120 นาที พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง และคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sitzer and Stockwell (2015) ใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับการบำบัดรูปแบบ Cognitive Behavioral Therapy [CBT] และ Dialectical Behavior Therapy [DBT] ประกอบการเรียนการสอน โดยหลักสูตรประกอบด้วย 14 สัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1-2 เสริมสร้างความไว้วางใจ สัปดาห์ที่ 3-5 ความผูกพันในครอบครัว/ SOC สัปดาห์ที่ 6-8 การจัดการความโกรธ สัปดาห์ที่ 9-10 ทักษะในการจัดการความเครียด สัปดาห์ที่ 11-14 เจริญสติเพื่อการสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต พบว่า กลุ่มทดลองมีความแข็งแกร่งในชีวิต และมีความสามารถในการปรับอารมณ์ มีทักษะการเข้าสังคม และมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kalmanowitz and Ho (2016) โดยใช้กิจกรรมศิลปะบำบัด และการเจริญสติในผู้ลี้ภัยจากความรุนแรงทางการเมืองในฮ่องกง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น และมีความเจ็บปวดจากประสบการณ์ด้านลบลดลง

8. ขั้นตอนของการทำกลุ่มศิลปะบำบัด

ขั้นตอนปฏิบัติการ ศิลปะบำบัด ไม่มีกระบวนการ และรูปแบบที่ตายตัว แต่ต้องวางแผนการบำบัดให้เหมาะสมว่าจะเป็นแบบรายบุคคลหรือกลุ่ม ซึ่งต้องอาศัยการประเมิน เพื่อระบุผู้ที่เหมาะสมสำหรับกิจกรรมศิลปะบำบัด การวางแผนจึงมีความสำคัญต่อประสิทธิผลในการบำบัด (เลิศศิริ บวรกิตติ, 2553)

เลิศศิริ บวรกิตติ (2559) ได้เสนอ Bovornkitti art therapy model ใช้สำหรับกระบวนการทำจิตบำบัดด้วยศิลปะกับบุคคล ทุกเพศ ทุกวัย ที่ต้องการรับบริการศิลปะบำบัด ซึ่งนักศิลปะบำบัด (Art therapist) จะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ (To facilitate) ผู้รับบริการศิลปะบำบัด (Client)

ในการทำศิลปะบำบัดนั้นมุ่งเน้นกระบวนการ และผลลัพธ์ทางจิตวิทยา 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1. เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing) เป็นการเน้นการทำงานศิลปะที่แสดงอารมณ์ และความนึกคิด และการสำรวจตัวตน
2. เข้าใจยอมรับ (Accepting and connecting) เป็นการเน้นการเชื่อมโยงงานศิลปะกับความคิด โดยเฉพาะทฤษฎีสัญลักษณ์ภาพของ Carl Jung และการค้นพบตัวตนเข้าใจ และรับรู้ปัญหา
3. แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling) เป็นการเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน สร้างการรับรู้โดยการแบ่งปันปัญหาอารมณ์ความคิด และเหตุผลที่มีอยู่เพื่อเข้าใจจิตสำนึกตน
4. เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing) เป็นการเน้นการเสริมสร้างแนวคิด และการรับรู้เชิงบวก อาจมีการปรับพฤติกรรมและพัฒนาทักษะการคิดหรือสติปัญญา

เพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่สภาพจิตปกติที่มีความสมดุล และมั่นคง โดยหลังจากที่ให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยศิลปะบำบัดแบบ 4 ขั้นตอนนี้แล้ว นักศิลปะบำบัดต้องมีการสรุปบันทึกการสังเกตและอาจใช้แบบวัดที่เหมาะสมกับพฤติกรรม อารมณ์หรือข้อบกพร่องทางจิตของผู้รับบริการ เพื่อดูผลสัมฤทธิ์การเปลี่ยนแปลง

ศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995) แนวคิดกระบวนการฟื้นฟู และพัฒนาของศิลปะบำบัดรูปแบบ Bovornkitti art therapy model ของ เลิศศิริร์ บวรกิตติ (2559) โดยแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต Grotberg (1995) กล่าวว่า คือความสามารถในการฟื้นตัว ซึ่งเป็นศักยภาพของบุคคลที่จะป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรง และผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญ และผ่านไปด้วยดี มีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ คือ 1) สิ่งที่ตัวเองเป็น (I am) เป็นการช่วยให้บุคคลได้รับรู้ว่าตนเองเป็นใคร มีหน้าที่ต้องทำอะไร เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น 2) สิ่งที่ตนเองมี (I have) เป็นความปลอดภัยขั้นพื้นฐานที่บุคคลทุกคนควรได้รับจากบุคคลในครอบครัว โรงเรียนหรือชุมชน และ 3) สิ่งที่ตัวเองทำได้ (I can) เป็นการช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ถึงศักยภาพที่มีอยู่ในตนเอง หากเยาวชนมีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำกว่าปกติจะทำให้เป็นสาเหตุของการเสพยา และเสพยาติด หรือกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ การรังสรรค์งานศิลปะผ่านการวาดภาพในกลุ่มศิลปะจะสามารถเพิ่มการมองเห็นถึงทรัพยากรที่เขามีทั้งในตัวเอง คนรอบข้าง และกระบวนการกลุ่มจะเพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหา เพิ่มมุมมองการปรับตัวที่มีเข้มแข็งในชีวิตให้มากขึ้น การบำบัดนี้ได้นำรูปแบบศิลปะบำบัดกระบวนการฟื้นฟู และพัฒนา ตามแนวคิดกระบวนการฟื้นฟู และพัฒนาของศิลปะบำบัดรูปแบบ Bovornkitti art therapy model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) โดยมีขั้นตอนหลัก ๆ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing) ซึ่งเน้นการทำงานศิลปะที่แสดงอารมณ์ ความคิด และการสำรวจตัวตน 2) เข้าใจและยอมรับ (Accepting and connecting) ซึ่งเน้นการเชื่อมโยงงานศิลปะกับความคิด การค้นพบตัวตนเข้าใจ และรับรู้ปัญหา 3) แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling) ซึ่งเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน สร้างการรับรู้ โดยการแบ่งปันปัญหาอารมณ์ ความคิด และเหตุผลที่มีอยู่เพื่อเข้าใจจิตสำนึกของตน 4) เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing) ซึ่งเน้นการเสริมสร้างแนวคิด และการรับรู้เชิงบวก อาจมีการปรับพฤติกรรม และพัฒนาทักษะการคิดหรือสติปัญญา เพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่สภาพจิตปกติที่มีความสมดุล และมั่นคง

โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์กิจกรรม และขั้นตอนมีการกำหนด กิจกรรมศิลปะการวาดภาพ ระบายสี จัดทำในรูปแบบกลุ่มเสริมสร้างให้เยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ มีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น โดยการใช้นขั้นตอนของแนวคิดกระบวนการฟื้นฟู และพัฒนาของ ศิลปะบำบัดรูปแบบ Bovornkitti art therapy model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) ในการทำกิจกรรม ตามองค์ประกอบหลักของความแข็งแกร่งในชีวิต (Grotberg, 1995) จัดให้มีการบำบัด 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที โดยจัดกิจกรรมในวันจันทร์ และวันพุธ รวมเป็น 8 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing)

กิจกรรมที่ 1 “ผืนป่า” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้เข้ารับการบำบัด

กิจกรรมที่ 2 “ใบหน้าของผม” เพื่อให้สมาชิกรู้จัก และเข้าใจตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจ และยอมรับ (Accepting and connecting)

กิจกรรมที่ 3 “ความภาคภูมิใจของผม” เพื่อรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายในที่แสดงถึง ความแข็งแกร่งในชีวิต

กิจกรรมที่ 4 “ศักยภาพที่ผมเชื่อมั่น” เพื่อสร้างความตระหนักถึงศักยภาพในตัวของผู้เข้ารับการบำบัด

ขั้นตอนที่ 3 แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling)

กิจกรรมที่ 5 “แม่น้ำแห่งชีวิต” เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก

กิจกรรมที่ 6 “ชีวิตที่เปลี่ยนแปลง” เพื่อให้สมาชิกเข้าใจ และตระหนักถึงแหล่งสนับสนุน ภายนอก และให้สมาชิกรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญหน้าและจัดการปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing)

กิจกรรมที่ 7 “สู่ความพร้อมเพื่อผ่านพ้นปัญหา” เพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการ การแก้ไข ปัญหา และการรักษาสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 8 “นี่คือความแข็งแกร่งในชีวิตของผม” เพื่อให้สมาชิกทบทวนแหล่งสนับสนุน ภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา และการมีสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลที่ได้จากกิจกรรม

สรุป สารเสพติดกับเยาวชนเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงทั้งในระดับโลก และในประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อเยาวชนผู้เสพสารเสพติด ครอบครัว สังคม ประเทศชาติ เป็นอย่างมาก สำหรับ ประเทศไทยเห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้ โดยมีการพัฒนาการบำบัดผู้เสพสารเสพติดหลากหลาย รูปแบบ ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นคุณลักษณะที่สำคัญในการสนับสนุนให้เยาวชนเลิกเสพสารเสพติด ซึ่งศิลปะบำบัดเป็นการบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งที่ส่งเสริมให้เยาวชนเลิกเสพสารเสพติด

โดยบูรณาการศิลปะบำบัดกับความแข็งแกร่งในชีวิต จะช่วยให้เยาวชนเกิดความรับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอกจนนำไปสู่การพัฒนาทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา และการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ผู้วิจัยจึงบูรณาแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (2003) และแนวคิดกระบวนการฟื้นฟู และพัฒนาของศิลปะบำบัดรูปแบบ Bovornkittiti art therapy model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) เพื่อพัฒนาโปรแกรมศิลปะบำบัดในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพติดสารเสพติด เพื่อหวังผลให้เยาวชนผู้เสพติดสารเสพติดเลิกเสพติดสารเสพติด และไม่กลับมาเสพซ้ำ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการวัดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two groups pretest-posttest and follow up design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของศิลปบำบัดแบบกลุ่มต่อความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด โดยเปรียบเทียบคะแนนความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัดในหน่วยงานสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดรักษาตามปกติร่วมกับโปรแกรมกลุ่มศิลปบำบัดฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดรักษาตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ที่เข้ารับบริการในหน่วยงานสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง เดือนกุมภาพันธ์-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่าง

เยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ที่เข้ารับบริการในหน่วยงานสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 24 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน ประกอบด้วย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ

1. เป็นเยาวชนเพศชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 15-25 ปี ถูกส่งมาเพื่อเข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัดที่หน่วยงานสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง เป็นครั้งแรกในเดือนกุมภาพันธ์-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561
2. มีคะแนนการประเมินแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [ASSIST V 3.1]) ตั้งแต่ 0-26 คะแนน (สามารถเข้ารับการบำบัดโดยไม่ต้องรักษาด้วยยา)
3. สามารถพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการมองเห็น และการได้ยิน หรือมีความพิการจนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

4. ยินยอม และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ

มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือจิตใจที่รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาด้วยยาหรือเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ

กลุ่มตัวอย่างมารับการบำบัด โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชน ผู้สพสารเสพติดไม่ถึง 5 ครั้ง ในการศึกษานี้มีเยาวชน 2 คน (กลุ่มทดลอง 1 คน กลุ่มควบคุม 1 คน) ขอย้ายกลับไปรับการบำบัดที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เนื่องจากลาออกจางาน จึงลดจำนวนกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเหลือกลุ่มละ 11 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 22 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณค่าความต่างของผล (Effect size) สูตรที่ใช้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2556)

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

โดย n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

α = α error และ β = β error

σ = ความแปรปรวนของตัวแปรผลที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$\left(\frac{SD_1 + SD_2}{2}\right)^2$$

$\mu_1 - \mu_2$ = ความแตกต่างของผล

หมายเหตุ Z_{α} = ในสูตรกรณีการทดสอบสมมติฐานเป็นด้านเดียว

$Z_{\alpha/2}$ = ในสูตรกรณีการทดสอบสมมติฐานเป็นแบบสองด้าน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงขนาดกลุ่มตัวอย่าง และคำนวณค่าความต่างของผล โดยกำหนดค่า $\alpha = 0.05$, power = 80% ดังนั้น $Z_{\alpha/2} = 1.64$, $Z_{\beta} = .84$ (สังวาล รัชย์เฒ่า, 2539) จากงานวิจัยของ Roghanchi et al. (2013) ซึ่งศึกษาผลของการผสมผสานการบำบัดรูปแบบ Rational emotive behavior therapy และศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และความแข็งแกร่งชีวิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษามหาวิทยาลัย Razi กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 18.87 ($SD = 28.56$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 18.25 ($SD = 25.00$) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 9.51 หรือ 10 คน แต่เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยระหว่างการวิจัย (Drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างหรือการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ทำการคัดเลือกรายชื่อเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ที่มารับการบำบัดที่โรงพยาบาล บางปะกงเป็นครั้งแรกในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เยาวชนเพศชาย อายุตั้งแต่ 15-25 ปี สามารถพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทย ไม่มีปัญหาการมองเห็น และการได้ยินหรือมีความพิการจนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และมีคะแนนการประเมินแบบคัดกรอง (ASSIST V 3.1) ตั้งแต่ 0-26 คะแนน ซึ่งหมายถึง มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพ และปัญหาอื่น ๆ ในระดับต่ำ-ปานกลาง (สามารถเข้ารับการบำบัดโดยไม่ต้องรักษาด้วยยา) จากนั้นนำรายชื่อที่ได้พบใส่กล่องทึบแสง และจับรายชื่อ จำนวน 24 รายชื่อ
2. ทำการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยนำรายชื่อ จำนวน 24 รายชื่อ พบใส่กล่องทึบแสง คัดเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยกำหนดการจับฉลากชุดแรก (12 รายชื่อ) เป็นกลุ่มทดลอง และจับฉลากชุดที่สอง (12 รายชื่อ) เข้ากลุ่มควบคุม จึงได้กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองในรูปแบบโปรแกรมกลุ่มศิลปบำบัด เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 1.1 แบบสอบถามส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย การศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน รายได้ ชนิดของการใช้สารเสพติดที่ใช้การเสพยาเสพติดในครอบครัว และการเสพยาเสพติดในชุมชน
 - 1.2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ข) พัฒนาโดย สมพร อินทร์แก้ว, เยาวนาฏ ผลิตนนเกียรติ, ศรีวิภา เนียมสะอาด และสายศิริ ด่านวัฒนะ (2552) เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ (I am) ด้านกำลังใจ (I have) และด้านการจัดการกับปัญหา (I can) ใช้ในการค้นหา จุดอ่อน จุดแข็ง และพัฒนาตนเองให้พร้อมที่จะรับมือกับเหตุการณ์วิกฤตหรือความยากลำบากที่อาจจะเกิดขึ้นในชีวิต โดยสร้างขึ้นมาให้เหมาะสมบริบททางสังคม วัฒนธรรม และลักษณะของคนไทย ซึ่งวิเคราะห์

มาจากวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ได้รับการพิจารณาจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ และจิตเวช แบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดสอบในด้านความปรนัย ความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง อำนาจการจำแนก มีค่าความเชื่อมั่นสำหรับแบบประเมินฉบับ 20 ข้อ เท่ากับ .749 มีเกณฑ์ปกติที่ได้จากการทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีอายุ 25-60 ปี กระจายในทุกภูมิภาค และอายุ ตามสัดส่วนของประชากรจริงทั่วประเทศ 12 จังหวัด จำนวน 4,000 ราย ในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวน 20 ข้อคำถาม

การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

ข้อคำถามกลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, และ 20

แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ไม่จริง ให้ 1 คะแนน

จริงบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ค่อนข้างจริง ให้ 3 คะแนน

จริงมาก ให้ 4 คะแนน

ข้อคำถามกลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อที่ 1, 5, 14, 15, และ 16 แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ไม่จริง ให้ 4 คะแนน

จริงบางครั้ง ให้ 3 คะแนน

ค่อนข้างจริง ให้ 2 คะแนน

จริงมาก ให้ 1 คะแนน

ให้ผู้ตอบแบบประเมินรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละด้านนำมาเทียบกับค่าเกณฑ์ปกติในแต่ละองค์ประกอบดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต และเกณฑ์การให้คะแนน

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	ค่าคะแนน		
	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (I am) (ข้อที่ 1-10 คะแนนเต็ม 40 คะแนน)	< 27	27-34	> 34
2. ด้านกำลังใจ (I have) (ข้อที่ 11-15 คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	< 14	14-19	> 19

ตารางที่ 1 (ต่อ)

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	ค่าคะแนน		
	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
3. ด้านการจัดการกับปัญหา (I can) (ข้อที่ 16-20 คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	< 13	13-18	> 18
ผลรวม (ข้อที่ 1-20 คะแนนรวม 80 คะแนน)	< 55	55-69	> 69

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้แปลผลคะแนนโดยรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยคะแนนที่มาก หมายถึง พลังสุขภาพจิตดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดที่สร้างจากแนวคิด Grotberg (2003) และแนวคิดกระบวนการฟื้นฟูและพัฒนาของศิลปะบำบัดรูปแบบ BOVORNKITTI Model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing)

กิจกรรมที่ 1 “ฝันป่า” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้เข้ารับการบำบัด

กิจกรรมที่ 2 “ใบหน้าของผม” เพื่อให้สมาชิกรู้จักและเข้าใจตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจและยอมรับ (Accepting and connecting)

กิจกรรมที่ 3 “ความภาคภูมิใจของผม” เพื่อรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายในที่แสดงถึงความแข็งแกร่งในชีวิต

กิจกรรมที่ 4 “ศักยภาพที่ผมเชื่อมั่น” เพื่อสร้างความตระหนักถึงศักยภาพในตัวของผู้เข้ารับการบำบัด

ขั้นตอนที่ 3 แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling)

กิจกรรมที่ 5 “แม่น้ำแห่งชีวิต” เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก

กิจกรรมที่ 6 “ชีวิตที่เปลี่ยนแปลง” เพื่อให้สมาชิกเข้าใจและตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก และให้สมาชิกรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญหน้า และจัดการปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing)

กิจกรรมที่ 7 “ผู้ความพร้อมเพื่อผ่านพ้นปัญหา” เพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการ การแก้ไขปัญหา และการรักษาสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 8 “นี่คือความแข็งแกร่งในชีวิตของผม” เพื่อให้สมาชิกทบทวนแหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ได้จากกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ในการตรวจสอบคุณภาพ โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางศิลปะบำบัด 1 ท่าน ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 6 ราย เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของวิธีการดำเนินการ อุปกรณ์ความชัดเจนของเนื้อหา ขั้นตอนของกิจกรรมศิลปะบำบัด ภายใต้การควบคุมดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษานำข้อเสนอแนะมาวิเคราะห์ ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยใช้ค่าความเชื่อมั่นของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552 ก) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .749 และจากการศึกษาของ ปวีณา เทียงพรหม และ ฉันทนา กล่อมจิต (2555) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อแข็งแกร่งในชีวิต (ในการศึกษาครั้งนี้ใช้คำว่า “ความหยุนตัวทางอารมณ์”) ของเยาวชนในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน เขต 4 จังหวัดขอนแก่น ใช้แบบวัดประเมินพลังสุขภาพจิต (ในการศึกษาครั้งนี้ใช้คำว่า “ความหยุนตัวทางอารมณ์”) ทดสอบความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ .86 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า .80 (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) จึงไม่ได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try out) กับเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลข 01-12-2560
2. ทำการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยในวันเก็บข้อมูล โดยการแนะนำตัว ซึ่งแจ้งรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง สิ่งสำคัญ คือ การให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ทุกคนยังคงอยู่ภายใต้การดูแลและความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในแผนกสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยไม่ใส่ชื่อและนามสกุลจริง แต่ใช้การใส่รหัสในแบบสอบถามของแต่ละคน ข้อมูลถูกเก็บไว้ในซองกระดาษอย่างมิดชิด ในส่วนที่บันทึกในคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก มีการตั้งรหัสในการเข้าถึงข้อมูล และทำลายข้อมูลหลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง 3 ปี หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยประการใด ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัยได้ตลอดเวลา การนำเสนอข้อมูลในรายงานการวิจัยจะเสนอในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่มีการระบุถึงกลุ่มตัวอย่างคนใดคนหนึ่งเฉพาะเจาะจง และนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน
3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ มาใช้ในกลุ่มควบคุม มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ขั้นการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในการทำโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติด

1.1.1 เรียนการบำบัดด้วยศิลปะ รายวิชา 106665 การดูแลมนุษย์ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต

และจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2557 โดยเรียนประวัติความเป็นมาของศิลปะบำบัด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัดกับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เลิศศิริ บวรกิตติ คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 4 ชั่วโมง เรียนทฤษฎี และฝึกการใช้ศิลปะบำบัดกับอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 36 ชั่วโมง

1.1.2 อบรมศิลปะบำบัด Art therapy การใช้ศิลปะกับผู้เชี่ยวชาญวิทยากรชาวญี่ปุ่น นักจัดศิลปะ และผลิตสื่อให้กับเด็กจาก Kodomo Mirai Ken Kyujyo และซึ่งเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านเด็กและครอบครัว จากศูนย์ที่ปรึกษาสำหรับเด็กและครอบครัว จากประเทศญี่ปุ่น ที่อิวแมน เซ็นเตอร์ กรุงเทพมหานคร ในวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 8 ชั่วโมง

1.1.3 ฝึกปฏิบัติศิลปะวิถีสู่ปัญญาภายใน (Insight artistry) กับผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ญาดา สันติสุขสกุล นักจัดกระบวนการ สถาบันขวัญเมือง และอาจารย์จักรา วิรกุล ศิลปิน ผู้ฝึกไฟการเจริญสติ บัณฑิตจากมหาวิทยาลัยนาโรปะ ที่บ้านขวัญเอ๋ย พระราม 2 กรุงเทพฯ วันที่ 18-19 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 14 ชั่วโมง

1.1.4 อบรมการใช้ศิลปะบำบัด “โครงการจุดเล็กเล็ก เล็งเห็นคุณค่าของคนทำงานแต่สังคม” เรียนวิธีการใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านสื่อศิลปะ โดยผู้เชี่ยวชาญอาจารย์ญาดา สันติสุขสกุล วิทยากรกระบวนการในสถาบันขวัญเมือง มุลินธิสังคมวิวัฒน์ที่ห้องประชุมคณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ท่าพระจันทร์ กรุงเทพมหานคร วันที่ 11-12 มิถุนายน พ.ศ. 2559 จำนวน 14 ชั่วโมง

1.1.5 ฝึกปฏิบัติรายบุคคล (นอกเวลา) ในการศิลปะการวาดภาพกับผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 3 ราย เพื่อฝึกฝนการประเมินความรู้สึก ความคิด และการตั้งคำถามเพื่อการบำบัด

1.1.6 ศึกษาทฤษฎีและเข้าฝึกประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัด โดยนายแพทย์ปราโมทย์ เชาวศิลป์ อดีตนายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ณ คลินิกนายแพทย์ปราโมทย์ เชาวศิลป์ ที่ซอยสุขสวัสดิ์ 64 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ เป็นเวลา 1 ปี 5 เดือน (ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559)

1.2 ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอขอพิจารณาจริยธรรมต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติการพิจารณาให้ดำเนินการวิจัย (หมายเลข 1-12-2560) ภายหลังจากการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์

1.3 ผู้วิจัยนำหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พร้อมกับแบบรายงานผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย หมายเลข 1-12-2560 ซึ่งผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกง และเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล

บางปะกง และได้รับความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกรายชื่อเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เป็นเยาวชนเพศชาย อายุตั้งแต่ 15-25 ปี สามารถพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทย ไม่มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน หรือมีความพิการจนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และมีคะแนนการประเมินแบบคัดกรอง (ASSIST V 3.1) ตั้งแต่ 0-26 คะแนน ซึ่งหมายถึง มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพ และปัญหาอื่น ๆ ในระดับต่ำ-ปานกลาง (สามารถเข้ารับการรักษาโดยไม่ต้องรักษาด้วยยา) แล้วนำรายชื่อที่ได้พบใส่กล่องทึบแสง และจับรายชื่อ จำนวน 24 รายชื่อ ทำการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยนำรายชื่อ จำนวน 24 รายชื่อ พบใส่กล่องทึบแสง โดยกำหนดการจับฉลากชุดแรก (12 รายชื่อ) เป็นกลุ่มทดลอง และจับฉลากชุดที่สอง (12 รายชื่อ) จึงได้กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน จากนั้นจึงชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย การร่วมโปรแกรม และเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมเครื่องมือในการวิจัย และความพร้อมในการใช้โปรแกรม

1.5 ผู้วิจัยเตรียมวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้ห้องจัดกิจกรรม สุขภาพจิต แผนกสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง เป็นที่จัดกิจกรรม ผู้วิจัยมีการจัดเตรียม สถานที่ให้เหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยจัดให้มีความสะดวก สะอาด ปลอดภัย ไม่มีสิ่งรบกวน ซึ่งทำให้การจัดกลุ่มกิจกรรมเป็นไปได้ด้วยดี

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยระยะก่อนการทดลอง ระยะการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ ที่เป็นกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ข) ด้วยตนเอง และนัดหมายวันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลองด้วยตนเอง

ระยะทดลอง

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที (โดยทำกิจกรรมสลับปะบำบัดต่อการบำบัดตามปกติ) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing)

กิจกรรมที่ 1 “ผืนป่า” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้เข้ารับการบำบัด

กิจกรรมที่ 2 “ใบหน้าของผม” เพื่อให้สมาชิกรู้จัก และเข้าใจตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจและยอมรับ (Accepting and connecting)

กิจกรรมที่ 3 “ความภาคภูมิใจของผม” เพื่อรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายในที่แสดงถึงความแข็งแกร่งในชีวิต

กิจกรรมที่ 4 “ศักราชที่ผมเชื่อมั่น” เพื่อสร้างความตระหนักถึงศักราชในตัวของผู้เข้ารับการบำบัด

ขั้นตอนที่ 3 แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling)

กิจกรรมที่ 5 “แม่น้ำแห่งชีวิต” เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก

กิจกรรมที่ 6 “ชีวิตที่เปลี่ยนผัน” เพื่อให้สมาชิกเข้าใจและตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก และให้สมาชิกรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญหน้า และจัดการปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing)

กิจกรรมที่ 7 “สู่ความพร้อมเพื่อผ่านพ้นปัญหา” เพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการ การแก้ไขปัญหา และการรักษาสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 8 “นี่คือความแข็งแกร่งในชีวิตของผม” เพื่อให้สมาชิกทบทวนแหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ได้จากกิจกรรม

หมายเหตุ ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองขอย้ายกลับไปรับการบำบัด ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เนื่องจากลาออกจากงาน 1 คน จึงลดจำนวนกลุ่มทดลองเหลือ 11 คน ระยะเวลาหลังการทดลองหลังเสร็จสิ้น

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ข) ด้วยตนเอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที ในสัปดาห์ที่ 4 จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มทดลองครั้งต่อไปเป็นเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินผลการเข้ารับ โปรแกรมกลุ่ม ศิลปะบำบัดฯ (ติดตามผล 1 เดือน) โดยนัดหมายทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ข) และให้นักจิตวิทยาดำเนินการบำบัดตามหลักสูตรต่อไป

ระยะติดตามผล (หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน)

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ข) ด้วยตนเอง ในสัปดาห์ที่ 8 จากนั้นมอบผลงานที่กลุ่มทดลองได้ทำ

ตั้งแต่กิจกรรมครั้งที่ 1-8 โดยผู้วิจัยได้รวบรวม และจัดทำเป็นเล่มเพื่อมอบให้สมาชิกทุกท่านที่เข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือด้วยดีตลอดช่วงการทำวิจัย และให้นักจิตวิทยาดำเนินการบำบัดตามหลักสูตรจนครบตามกำหนด

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ ที่เป็นกลุ่มควบคุมในการเข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ข) ด้วยตนเอง และนัดหมายวันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีนักจิตวิทยาหน่วยงานสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลสู่นอก โรงพยาบาลบางปะกง เป็นผู้บำบัด

ระยะทดลอง

กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดของโรงพยาบาลบางปะกง จากนักจิตวิทยาจนถึงสัปดาห์ที่ 4 จำนวน 8 กิจกรรม จาก 22 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “เพียงครั้งเดียวก็เลิกได้”

ครั้งที่ 2 กิจกรรมจุดหมาย

ครั้งที่ 3 กิจกรรมเหรียญสองด้าน

ครั้งที่ 4 กิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างความคิด และอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

ครั้งที่ 5 กิจกรรมการจัดการกับความคิดที่เกี่ยวกับการใช้ยาบ้า/ เมทแอมเฟตามีน

ครั้งที่ 6 กิจกรรมการแก้ไขปัญหาอย่างชาญฉลาด

ครั้งที่ 7 กิจกรรมการจัดการกับความรู้สึกลอยๆ และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อยากยา

ครั้งที่ 8 กิจกรรม Always say no

หมายเหตุ ในการทำกิจกรรมครั้ง 1 กลุ่มควบคุม 1 คน ติดต่อมาแจ้งว่าตนเองลาออกจากงาน และขอไปบำบัดที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

ระยะหลังการทดลองหลังเสร็จสิ้น

ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ข) ด้วยตนเอง หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 8 ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปเป็นเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินผลหลังจากการเข้ารับการบำบัดครบ 4 สัปดาห์ จากนั้นทำการนัดหมายทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ข) ซ้ำอีก 1 เดือน และจัดให้กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดของโรงพยาบาลต่อไปมีกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 9 กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

ครั้งที่ 10 กิจกรรมเป้าหมายและความเชื่อมั่นต่อการบำบัดรักษา

ครั้งที่ 11 กิจกรรมการจัดการอารมณ์ และความคิด

ครั้งที่ 12 กิจกรรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในการหยุดใช้ยาบ้า/ เมทแอมเฟตามีน

ระยะติดตามผล (หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน)

ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ข) ด้วยตนเอง กล่าวขอขอบคุณกลุ่มควบคุมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือด้วยดี ตลอดช่วงการทำวิจัย และให้นักจิตวิทยาดำเนินการบำบัดต่อจนครบตามกำหนด ดังนี้

ครั้งที่ 13 กิจกรรมการจัดการกับความอยาก และการปลดปล่อยไปใช้ยาเสพติด

ครั้งที่ 14 กิจกรรมการจัดการกับความโกรธ และการถูกวิพากษ์วิจารณ์

ครั้งที่ 15 กิจกรรมการจัดการความเครียด

ครั้งที่ 16 กิจกรรมทักษะการปฏิเสธ

ครั้งที่ 17 กิจกรรมการเผชิญ และแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 18 กิจกรรมการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยไม่ใช้ยาเสพติด

ครั้งที่ 19 กิจกรรมต้นทุนชีวิต

ครั้งที่ 20 กิจกรรมจุดเปลี่ยน ปรับความคิด ชีวิตเปลี่ยน

ครั้งที่ 21 กิจกรรมสู้ชีวิตที่สมดุล

ครั้งที่ 22 กิจกรรมคำมั่นสัญญา

หมายเหตุ หลังสิ้นสุดการทดลอง และเสร็จสิ้นการบำบัดหลักของทางโรงพยาบาล ผู้วิจัย จะได้ดำเนินการจัด โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชน ผู้เสพยาเสพติดกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ทั้งระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มาลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentile) ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ตามระดับการวัดแต่ละข้อมูล Fisher's exact test และ Cramer's V
2. วิเคราะห์ด้วยสถิติคำนวณหาค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนความแข็งแรงในชีวิตในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
3. วิเคราะห์ความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะหลังการทดลองทันที และติดตามผล 1 เดือน
4. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Two-way repeated measure ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัด หน่วยงานสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางปะกง ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 จากการทดสอบการแจกแจงแบบปกติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ผู้วิจัยจึงใช้การทดสอบการแจกแจงปกติ ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่า คะแนนความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด มีการแจกแจงปกติ และได้นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของความเข้มแข็งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 22$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 11$)		กลุ่มควบคุม ($n = 11$)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					1.69 ⁺	.39
15-20	6	54.50	3	27.30		
21-25	5	45.50	8	72.70		
	$(\bar{X} = 20.68, SD = 2.63)$					
ศาสนา					1.05 ⁺	.50
พุทธ	10	90.90	11	100.00		
อิสลาม	1	9.10	0	0.00		
สถานภาพสมรส					.27 ⁺⁺	.46
โสด	7	63.60	6	54.50		
คู่	3	27.30	5	45.50		
แยกกันอยู่	1	9.10	0	0		
สถานภาพการอยู่อาศัย					.39 ⁺	.10
อยู่ลำพัง	1	9.10	2	18.20		
ไม่ได้อยู่ลำพัง	10	90.90	9	81.80		
การศึกษาสูงสุด					.25 ⁺⁺	.51
ประถมศึกษา	1	9.10	3	27.30		
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	63.60	5	45.50		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ขึ้นไป	3	27.30	3	17.20		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 12$)		กลุ่มควบคุม ($n = 12$)		χ^2	p -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การประกอบอาชีพ					.92 ⁺	.64
ไม่ได้ทำ	2	18.20	4	36.40		
ทำ	9	81.80	7	63.60		
รับจ้างโรงงาน	9	100.00	7	100.00		
รายได้ต่อเดือน					1.89 ⁺	.36
$\leq 10,000$ บาท/เดือน	6	54.50	9	81.80		
10,001 บาท/เดือนขึ้นไป	5	45.50	2	18.20		
ชนิดของสารเสพติดที่ใช้					.00 ⁺⁺	1.00
ยาบ้า	9	81.80	9	81.80		
ยาไอซ์	1	9.10	1	9.10		
กัญชา	1	9.10	1	9.10		
การเสพยาเสพติด					3.47 ⁺⁺	.21
ในครอบครัว						
ไม่มี	8	72.70	11	100.00		
มี	3	27.30	0	0.00		
การเสพยาเสพติดในชุมชน					3.14 ⁺	.183
ไม่มี	9	81.80	5	45.50		
มี	2	18.20	6	54.50		

⁺ Fisher's exact test, ⁺⁺ Cramer's V

จากตารางที่ 2 พบว่า เยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในกลุ่มทดลอง จำนวน 11 ราย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20 ปี ($SD = 2.76$) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.90 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 63.60 สถานภาพการอยู่อาศัย โดยไม่ได้อยู่อาศัย ร้อยละ 90.90 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 63.64 การประกอบอาชีพ มีงานทำ ร้อยละ 81.80 ทั้งหมดรับจ้างโรงงาน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 54.50 เสพยาบ้า ร้อยละ 81.80 ไม่มีการใช้สารเสพติด

ในครอบครัว ร้อยละ 72.70 และไม่มีการใช้สารเสพติดในชุมชนที่อาศัยอยู่ ร้อยละ 81.80

สำหรับเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในกลุ่มควบคุม จำนวน 11 รายนั้น มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.36 ปี ($SD = 2.42$) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 54.50 ระดับสถานภาพการอยู่อาศัย ไม่ได้อยู่อาศัย ร้อยละ 81.80 การศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 45.50 รองลงมา ประถมศึกษา ร้อยละ 27.30 การประกอบอาชีพ มีงานทำ ร้อยละ 63.60 ทั้งหมดรับจ้างโรงงาน มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 81.80 เสพยาบ้า ร้อยละ 81.80 ไม่มีบุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด แต่มีการใช้สารเสพติดในชุมชน ร้อยละ 54.50

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Fisher's exact test และ Cramer's V พบว่า กลุ่มอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย การศึกษาสูงสุด การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ การเสพยาเสพติดในครอบครัว และการเสพยาเสพติดในชุมชน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต	
		<i>M</i>	<i>SD</i>
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	51.09	5.77
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	69.18	4.60
	ติดตามผล 1 เดือน	72.91	2.63
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	48.45	6.50
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	62.64	5.73
	ติดตามผล 1 เดือน	67.18	3.28

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

และติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 51.09 ($SD = 5.77$), 69.18 ($SD = 4.60$) และ 72.91 ($SD = 2.63$) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 48.45 ($SD = 6.50$), 62.64 ($SD = 5.73$) และ 67.18 ($SD = 3.28$) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะหลังการทดลองทันทีและติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความแตกต่างของผลต่างของค่าเฉลี่ย (\bar{d}) ความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลต่างความ แข็งแกร่งในชีวิต	ก่อน	หลัง	\bar{d} (SD)	df	t	p -value
	การทดลอง	การทดลอง				
	M (SD)	M (SD)				
กลุ่มทดลอง	51.09 (5.77)	69.18 (4.60)	18.09 (4.53)	20	2.51*	.021
กลุ่มควบคุม	48.45 (6.50)	62.64 (5.73)	14.18 (2.48)			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างของผลต่างของค่าเฉลี่ย (\bar{d}) ความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีของกลุ่มทดลอง ($\bar{d}_{\text{Epost}} = 18.09$, $SD = 4.53$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{d}_{\text{Cpost}} = 14.18$, $SD = 2.48$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{20,2} = 2.51$, $p < .05$)

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความแตกต่างของผลต่างของค่าเฉลี่ย (\bar{d}) ความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชน ผู้เสพยาเสพติด ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มควบคุม

ผลต่างความแข็งแรง ในชีวิต	หลังการทดลอง	ติดตามผล	\bar{d} (SD)	df	t	p -value
กลุ่มทดลอง	69.18 (4.60)	72.91 (2.63)	3.73 (2.76)	20	-.57	.58
กลุ่มควบคุม	62.64 (5.73)	67.18 (3.28)	4.55 (3.88)			

จากตารางที่ 5 เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างของผลต่างของค่าเฉลี่ย (\bar{d}) ความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลอง ($\bar{d}_{\text{Efollowup}} = 3.73, SD = 2.76$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{d}_{\text{Cfollowup}} = 4.55, SD = 3.88$) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{20,2} = -.57, p = .58$)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ของกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p -value
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1	2996.42	1498.21	185.45	.000**
ความคลาดเคลื่อน	10	161.58	8.08		

** $p < .001$

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ ของกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน พบว่า ระยะเวลาที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินี้ต่ำกว่า .001 ($F_{1,10} = 185.21, p < .001$)

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง	M	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองผล	ระยะติดตาม
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	51.09		18.09*	21.82*
หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	69.18			3.73*
ระยะติดตามผล	72.91			

* $p < .05$

จากตารางที่ 6 ผลการทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ ของกลุ่มทดลองในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน โดยใช้วิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะก่อนการทดลองและติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เยาวชนผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัด หน่วยงานสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ในเดือนกุมภาพันธ์-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเยาวชนผู้เสพยาเสพติด ระบบบังคับบำบัด เพศชาย อายุ 15-25 ปี และใช้แบบประเมินแบบคัดกรอง (ASSIST V 3.1) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-26 คะแนน ซึ่งหมายถึง มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพ และปัญหาอื่น ๆ ในระดับต่ำ-ปานกลาง (สามารถเข้ารับการบำบัดโดยไม่ต้องรักษาด้วยยา) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และทำการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยนำรายชื่อ จำนวน 24 รายชื่อ พบใส่กล่องทึบแสง คัดเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยกำหนดการจับฉลากชุดแรก (12 รายชื่อ) เป็นกลุ่มทดลอง และจับฉลากชุดที่สอง (12 รายชื่อ) เป็นกลุ่มควบคุม จึงได้กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน แต่มีกลุ่มทดลอง จำนวน 1 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 1 คน ขอลออกจากการศึกษา เนื่องจากเปลี่ยนสถานที่บำบัดจึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 11 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 11 คน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดตามปกติของโรงพยาบาล คือ การบำบัดความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยแอมเฟตามีน และได้รับโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที รวม 8 ครั้ง ทุกวันจันทร์และวันพุธ เวลา 17.30-19.00 น. (หลังจากนั้นได้รับการบำบัดตามปกติของโรงพยาบาลจนครบ) และติดตามผล 1 ครั้ง หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 เดือน รวม 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติของโรงพยาบาลที่ห้องจัดกิจกรรม หน่วยงานสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิตในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และติดตามผล 1 เดือน จากนั้นจึงนำมาตรวจสอบความถูกต้องแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิต (\bar{d}) ระยะหลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ (Independent t -test) วิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. เยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ การใช้สารเสพติดในครอบครัวและชุมชน เมื่อทดสอบความแตกต่างข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าสถิติ Fisher's exact test และ Cramer's V พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีแตกต่างกัน

2. เยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในกลุ่มทดลอง มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของศิลปะบำบัดแบบกลุ่มต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. เยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ มีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อที่ 1 และ 2 ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (2003) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตจนสามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมแล้วสามารถปรับตัวเองจนเข้าสู่สภาวะการณ่ปกติในเวลาอันรวดเร็ว อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และเกิดการเรียนรู้และเข้าใจชีวิตมากขึ้น โปรแกรมนี้ใช้รูปแบบศิลปะบำบัดกระบวนการฟื้นฟูและพัฒนาตามแนวคิด Bovornkitti art therapy model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การเข้าถึงปัญหาทางใจ การเข้าใจและยอมรับ การแบ่งปันเหตุแห่งผล และการเสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยนในการจัดกิจกรรมกลุ่มศิลปะบำบัดนี้ผู้วิจัยบูรณาการเนื้อหากิจกรรมให้เยาวชนผู้เสพยาเสพติดมองเห็นถึงความแข็งแกร่งในตนเอง รับรู้ว่าคุณเองมีแหล่งสนับสนุนภายนอก รวมถึงสร้างความมั่นใจมากขึ้น

ว่าตนเองนั้นสามารถพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหา และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การดำเนินกิจกรรมกลุ่มอยู่บนพื้นฐานของการเคารพในความเป็นบุคคลของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ การทำกิจกรรมวาดภาพ มีการวางแผนการทำงานร่วมกัน ปรีกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก การสะท้อนคิดจากภาพที่สมาชิกสร้างขึ้นและของสมาชิกอื่นในกลุ่มนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนความคิด จนเกิดการมองเห็นตนเองในมุมมองและมิติใหม่ นอกจากนี้ ศิลปะยังเป็น สื่อกลางในการเข้าถึงตัวตนของสมาชิก การเปิดเผยตัวตนผ่านการวาดภาพ รวมทั้งการวาดภาพ ยังช่วยปลดปล่อยอารมณ์ ลดความตึงเครียด ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย มีอิสระ และใน กระบวนการวาดภาพไม่มีการตัดสินรูปภาพนั้น ๆ ทำให้ผู้วาดเกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกภาคภูมิใจ กับผลที่ตนรังสรรค์ขึ้นมา การระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตทั้งเรื่องดี และเรื่องวิกฤต สะท้อนผ่าน การภาพวาด มีการประเมินการรับรู้ตนเอง การเข้าใจในศักยภาพของตนเอง จนสามารถค้นพบ แหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก นำไปความเชื่อมั่นว่าตนจะมีความสามารถ ในการจัดการกับปัญหาในชีวิตหรือภาวะวิกฤต ดังนั้นคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของ กลุ่มทดลองจึงเพิ่มขึ้นหลังการทดลองเสร็จทันที ซึ่งผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Lounsbury (2014) ที่กล่าวว่า ศิลปะบำบัดเป็นการบำบัดที่เหมาะสมสำหรับการบำบัดผู้เสพ สารเสพติดในระยะฟื้นฟู และการสร้างสรรค์งานศิลปะจะส่งเสริมให้สมองทั้งสองซีกของผู้เสพ สารเสพติดทำงานประสานร่วมกัน กระตุ้นการเกิด Synaptic plasticity นำไปสู่การเกิดสมาธิ เพิ่มความสามารถในการจดจำและการเรียนรู้ (Hass-Cohen & Carr, 2008) โดยสอดคล้องกับ การศึกษาของ Holt and Haiser (2009) พบว่า การสร้างสรรค์งานศิลปะนำไปสู่การรับรู้ตนเอง เข้าใจ ตนเอง ยอมรับ และเปิดเผยตนเอง และการศึกษาของ Forman and Kalafat (1998) พบว่า การใช้ โปรแกรมการป้องกันเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถลดพฤติกรรมการเสพ สารเสพติดในเยาวชนผู้เสพสารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Roghannchi et al. (2013) พบว่า การผสมผสานการบำบัดรูปแบบ Rational Emotive Behavior Therapy [REBT] และศิลปะบำบัดมีผลทำให้ความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของกิจกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้น กลุ่มทดลอง ได้โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ เพิ่มจากโปรแกรมบำบัดปกติของโรงพยาบาล คือ โปรแกรม การบำบัดความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยแอมเฟตามีน ส่วนกลุ่มควบคุมได้โปรแกรมบำบัดปกติ ของโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมของผู้เสพสารเสพติดให้เลิกเสพ และป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ โดยส่งผลให้ คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Matthew and Sarah (2017) พบว่า การบูรณาการรูปแบบการบำบัดการเจริญสติ ร่วมกับการบำบัดความคิด และพฤติกรรมในระหว่างการบำบัดด้านจิตใจในผู้เสพสารเสพติด ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดซ้ำ และสามารถยืดระยะเวลาการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำได้นานกว่า 6 เดือน แต่จากการวิจัยนี้พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือนสูงขึ้น โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจสรุปได้ว่า ทั้งการบำบัดหลักของ โรงพยาบาลและ โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างให้เยาวชนผู้เสพสารเสพติดมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มมากขึ้น

2. เยาวชนผู้เสพสารเสพติดฯ ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิต ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ ส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการตระหนักถึง แหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก จนนำไปสู่การรับรู้ถึงศักยภาพ และความแข็งแกร่ง ของตนเอง ผู้วิจัยนำผลข้อมูลเชิงคุณภาพมาอภิปรายเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นถึงแนวทางการพัฒนา สิ่งที่ยังบอกถึงการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตตามขั้นตอนรูปแบบศิลปะบำบัดกระบวนการ พื้นฟู และพัฒนาตามแนวคิด Bovornkitti art therapy model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing) เป็นการใช้กระบวนการ ศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ ผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ แสดงอารมณ์ความรู้สึกของตน รู้จัก และเข้าใจตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรม “ผืนป่า” และกิจกรรม “ใบหน้าของผม จากการทำกิจกรรม “ผืนป่า” พบว่า ในช่วงแรกของการทำกิจกรรม สังเกตได้ว่าสมาชิกในกลุ่มไม่มีการพูดคุยกัน ต่างกันต่างवाद แต่ต่อมาพบว่า สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ กันมากขึ้น มีการแบ่งหน้าที่ในการวาด มีรอยยิ้มเสียงหัวเราะ ช่วยต่อเติมภาพของสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่มในตอนท้ายกิจกรรมสมาชิกร่วมกันตั้งชื่อภาพ “ผืนป่าบำบัด” และมีแนวคิดรวบยอดว่า ในการทำกลุ่มร่วมกันจะต้องมีความจริงใจ เชื่อถือ ไว้วางใจกัน และมีความสามัคคี กิจกรรม “ใบหน้าของผม” มีสมาชิกท่านหนึ่งอธิบายภาพใบหน้าครั้งแรกว่า “เป็นใบหน้าที่ผมอยากให้คนอื่น เห็นว่า ผมเป็นคนหล่อ เป็นคนร่าเริง” และอธิบายภาพใบหน้าอีกครั้งว่า “ผมคิดว่าคนอื่นเขามองผม ตอนดึกๆ ตอนนี้อย่างง ไม่ดีเอาหรอก ๆ น่ารังเกียจ และผมก็ไม่อยากมีใบหน้าแบบนี้แล้ว” อาจกล่าวได้ว่า กิจกรรม “ใบหน้าของผม” ส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ และเข้าใจตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Holt and Kaiser (2009) พบว่า การใช้ศิลปะบำบัดส่งเสริม

การแสดงออกทางอารมณ์ จิตวิญญาณ และความคิดสร้างสรรค์ ช่วยในการเปิดเผย และเข้าใจตนเองของผู้เสพสารเสพติด และจากการศึกษาของ Chandler (2016) พบว่า ศิลปะบำบัดสามารถลดความเครียด และความวิตกกังวลในผู้ติดสารเสพติดได้

ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจยอมรับ (Accepting and connecting) เป็นการใช้กระบวนการศิลปะบำบัดแบบกลุ่มเพื่อสร้างเสริมการรับรู้แหล่งสนับสนุนภายใน และสร้างความตระหนักถึงศักยภาพในตนเองของสมาชิก ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม “ความภาคภูมิใจของผม” และ “ศักยภาพที่ผมเชื่อมั่น” จากกิจกรรม “ความภาคภูมิใจของผม” มีสมาชิกท่านหนึ่งอธิบายภาพที่วาดว่า “ผมเห็นรถชนกัน ผมก็เลยลงไปช่วย มีคนตายตั้ง 3 คนเลย ช่วยรอดมาได้คนเดียว ตอนนั้นผมก็เลยไปสมัครเป็นอาสาสมัครช่วยคนเจ็บ” และกิจกรรม “ศักยภาพที่ผมเชื่อมั่น” มีสมาชิกท่านหนึ่งอธิบายภาพว่า “เป็นภาพตอนผมถูกจับ ผมเสียใจมาก หหมดแรงเลย ลูกเมียผมอีก พอเขาให้ผมเข้ารับการบำบัด ผมก็มาเลย แล้วผมก็บอกกับตัวเองว่าจะไม่เข้าไปเหยียบที่นั่นอีก” สมาชิกร่วมกันอภิปรายและสรุปว่า สมาชิกผู้วาดภาพนี้เป็นคนยอมรับในความผิดพลาด และพร้อมที่จะแก้ไขให้ดีขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่า ทั้งสองกิจกรรมส่งเสริมการยอมรับตนเอง เสริมสร้างให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายในของตนเอง และตระหนักถึงศักยภาพที่มีในตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kalmanowitz and Ho (2016) พบว่า ศิลปะบำบัดและการเจริญสติ เสริมสร้างให้บุคคลเกิดความรู้สึกอบอุ่น มั่นคง ปลอดภัย จนสามารถรับรู้ว่าคุณเองเป็นใคร มีบริบทชีวิตอย่างไร จึงมีความเข้าใจตนเอง รับรู้ว่าคุณเองสามารถทำได้ มีความภาคภูมิใจในตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling) เป็นการใช้กระบวนการศิลปะบำบัดแบบกลุ่ม ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้รับการบำบัดถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก รับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญหน้าและจัดการกับปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรม “แม่น้ำแห่งชีวิต” และ “ชีวิตที่เปลี่ยนผัน” จากกิจกรรม “แม่น้ำแห่งชีวิต” มีสมาชิกผู้วาดภาพท่านหนึ่งเล่าว่า “ปัญหาของผมก็มีบ้างแต่หนักที่สุดคงเมื่อต้นปีนี่ คือ ผมเล่นยาแล้วถูกจับติดคุกด้วย ผมเข้าไปนอนในคุก ตอนนั้นผมเช่าอ้อนเลย ร้องไห้ด้วย แต่แฟนกับแม่ก็มาเยี่ยม แม่บอกผมว่าไม่เป็นไรนะลูก เริ่มกันใหม่นะ ส่วนแฟนก็บอกว่า พี่หนูจะอยู่กับพี่นะ เราต้องผ่านมันไปให้ได้สิ” และกิจกรรม “ชีวิตที่เปลี่ยนผัน” มีสมาชิกผู้วาดภาพท่านหนึ่ง อธิบายสรุปภาพที่ตนวาดบนกระดาษวาดเขียนที่มีพื้นสีคำว่า “เป็นภาพตอนเช้า ตอนที่ผมกำลังออกวิ่งกรีบ มันทวดให้เหมือนเดิมไม่ได้แล้ว ก็เลยวาดใหม่ แต่มันทวดอยากต้องระบายซ้ำหลายครั้งเหมือนกัน จริงอย่างที่หมอบอก จะให้คนอื่นมองผมเป็นคนดีหลังจากที่ผมติดคุกมันยาก แต่ผมก็ไม่ท้อหรอกจะทำไปเรื่อย ๆ จนกว่าเขาจะเห็นอย่างน้อยแฟนกับแม่ผมก็เห็น” ซึ่งกิจกรรมทั้งสองสะท้อนให้เห็นว่า สมาชิกมีการเสริมสร้างการรับรู้ตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก และรับรู้ความสามารถในการจัดการปัญหาของสมาชิก มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา (2550) พบว่า ศิลปะบำบัดสามารถ

เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยยาไอซ์ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัฐ ลองสเกราะห์ (2552) พบว่า ศิลปะบำบัดส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้เสพยาเสพติดชายที่เข้ารับการบำบัด ณ สถาบันธัญญารักษ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขั้นตอนที่ 4 เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing) เป็นการใช้กระบวนการศิลปะบำบัดแบบกลุ่มในการเสริมสร้างทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา การรักษาสัมพันธภาพ ทบทวนถึงแหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนำไปสู่การปรับสมดุลในตน เยียวายจิตใจเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันในการไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ประกอบด้วย กิจกรรม “สู่ความพร้อมเพื่อผ่านพ้นปัญหา” และ “นี่คือความแข็งแกร่งในชีวิตของผม” จากกิจกรรม “สู่ความพร้อมเพื่อผ่านพ้นปัญหา” สมาชิกท่านหนึ่งอธิบายภาพที่วาดว่า “สังคม มองผมเป็นสีดำ แต่ผมรู้ว่าผมเป็นคนดีนะ ก็แล้วแต่เขาจะมอง แต่ผมจะต้องทำให้เขารู้ว่าผมเลิกยาแล้วนะ” จากคำพูดของสมาชิกอาจกล่าวได้ว่า ศิลปะส่งเสริมให้เยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ เกิดการปรับมุมมองทางความคิดของตัวเองในด้านบวก และตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาเสพติด สอดคล้องกับ Nezu, Nezu, and D’Zurilla (2013) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีมุมมองด้านบวกต่อปัญหา จะแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล (Rational problem solving) พยายามเข้าใจ ค้นหาปัญหาที่แท้จริง แล้ววางแผนลงมือแก้ไขปัญหอย่างสร้างสรรค์ และกิจกรรม “นี่คือความแข็งแกร่งในชีวิตของผม” เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สมาชิกทบทวนแหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ได้จากกิจกรรม สมาชิกสามารถอภิปรายเนื้อหาตรงตามองค์ประกอบทั้ง 3 ของความแข็งแกร่งในชีวิต จะเห็นได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ ของกลุ่มทดลองทั้ง 8 กิจกรรม พบว่า สามารถส่งผลให้ความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดฯ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Roghannchi et al. (2013) พบว่าการผสมผสานการบำบัดรูปแบบ Rational Emotive Behavior Therapy [REBT] และศิลปะบำบัดส่งผลในการเพิ่มความเห็นคุณค่าในตนเอง และความแข็งแกร่งในชีวิตในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sitzer and Stockwell (2015) พบว่า การบูรณาการร่วมกับการบำบัดรูปแบบ Cognitive Behavioral Therapy [CBT] และ Dialectical Behavior Therapy [DBT] ส่งผลให้นักเรียนวัยรุ่นมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kalmanowitz and Ho (2016) พบว่า การบูรณาการศิลปะบำบัดร่วมกับการเจริญสติส่งผลต่อการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต และลดระดับความรุนแรงของความรู้สึกสูญเสียจากอดีตที่เจ็บปวดได้

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้แสวงหาเสพติดที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ได้รับการบูรณาการจากการประยุกต์แนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต (Gortberg, 2003) และ Bovornkitti art therapy model (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2559) ผลจากการวิจัย พบว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะสามารถเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้แสวงหาเสพติดติดที่เข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัดได้จริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้บูรณาการกับกิจกรรมการบำบัดหลักของโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับเยาวชนผู้แสวงหาเสพติดฯ เพราะเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถให้การบำบัดในการเพิ่มประสิทธิผลการบำบัดหลัก และผู้รับการบำบัดไม่เบื่อหน่ายกับการบำบัดรูปแบบเดิม ๆ อีกทั้งยังสามารถใช้การวาดภาพเป็นสื่อกลางในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้ารับการบำบัด เปิดเผยตัวเอง และยอมรับความฟังความคิดเห็น จนนำไปสู่การเลิกเสพติดได้อย่างแท้จริง
2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำกิจกรรมศิลปะมาบูรณาการในเนื้อหาการการบำบัดสำหรับนิสิตพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และการบริการวิชาการแก่พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการด้านการบำบัด ทั้งในผู้เข้ารับการบำบัด และผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ
3. ด้านการวิจัย นักวิจัย และพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปศึกษาเพื่อขยายผลต่อยอดในการทำกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะหรือบูรณาการร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับเยาวชนผู้แสวงหาเสพติด และผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ควรมีประเมินผลความแข็งแกร่งในชีวิตเมื่อเสร็จสิ้นการบำบัดของโรงพยาบาล และติดตามผลระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้แสวงหาเสพติดฯ

บรรณานุกรม

- กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม. (2559). *พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545*. กรุงเทพฯ: คุรุสภาลาดพร้าว.
- กรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน. (2560). *สถิติเยาวชนที่กระทำความผิดเกี่ยวกับคดีสารเสพติด ปี พ.ศ. 2557-2559*. เข้าถึงได้จาก <http://www.djop.go.th/stat/statbetween2014-2016>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552 ก). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี*. กรุงเทพฯ: ดิฉันดู.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552 ข). *5 เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับ RQ*. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2553). *คู่มือการจัดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในสถานศึกษา*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิง.
- กฤษฎา ว่างสน และมุขระวี ว่างสน. (2557). *ศึกษาศาเหตุ แรงจูงใจ และผลกระทบของผู้ติดยาเสพติด โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง จังหวัดตรัง*. ตรัง: ศาลากลางจังหวัดตรัง.
- กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร. (2559). *สถิติผู้เยาวชนที่เข้ารับการบำบัด ปี พ.ศ. 2554-2558*. เข้าถึงได้จาก <http://www.isoc.go.th/index.php>
- กาญจนา วิสัย. (2553). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่*. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กานดา ผาวงศ์. (2548). *ผลของกลุ่มศิลปะบำบัดที่มีต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเวช*. ขอนแก่น: กลุ่มพัฒนาวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- กึ่งกาญจน์ จงสุขไกล, อังคณา ชินเดช, อภิภา คุณาพรธรรม, นเรนทร์ คุณทกิจ และบัณฑิตา ว่างนประเสริฐ. (2555). *รายงานสถานการณ์ปัญหาเสพติด การแพร่ระบาด และผลกระทบในกลุ่มเด็กและเยาวชนในพื้นที่ท่องเที่ยว: ศึกษากรณีเมืองพัทยา และเกาะล้าน อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุสุมา สว่างพันธุ์. (2558). *ภูมิคุ้มกันยาเสพติดและสารเสพติดของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในเขตตำบลคอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาดจังหวัดกาฬสินธุ์*. *วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 465-513.

- กุสุมา แสงเดือนฉาย, วันเพ็ญ ใจปทุม, สำเนา นิลบรรพ์ และสุวภัทร คงหอม. (2557). *คู่มือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ. (2554). *แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จิตตวิสุทธิ วัฒนิตปัญญา. (2557). *การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมด้านยาเสพติดในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา*. คุษฎีนิพนธ์ศึกษาศาสตรคุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฉวีวรรณ ปัญญา และกุสุมา แสงเดือนฉาย. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 24-38.
- เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ และศรีวรรณ มีคุณ. (2553). ปრაกฏการณ์ชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาบ้า. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*, 6(1), 81-94.
- ชลิดา รัชตะพงษ์ธร. (2554). *ศิลปะบำบัดที่มีอิทธิพลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการออกแบบนิเทศศิลป์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ณัฐภา ภัคจิตพิพันธ์. (2558). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะการดูแลและพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ณัทร พิทยรัตน์เสถียร. (2551). การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติครั้งที่ 8 เฉลิมพระเกียรติ* (หน้า 189-202). ปทุมวัน: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ต้องชนะ ชยากร โสภิต. (2558). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดยาเสพติด ณ สถาบันธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ทวีศรี พรหมรัตน์. (2558). *การพัฒนารูปแบบกิจกรรมศิลปะบำบัดความคิดผู้ติดยาเสพติด*. คุษฎีนิพนธ์ศิลปศาสตรคุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาศิลปะและการออกแบบ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา และสมจิตร ไกรศรี. (2551). *โปรแกรมศิลปกรรมบำบัด สถาบันราชานุกูล*.
กรุงเทพฯ: อรุณกาลาดพร้าว.
- ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา. (2550). *ศิลปะบำบัด ศาสตร์ และศิลป์แห่งการบำบัด*. กรุงเทพฯ: อรุณกาลาดพร้าว.
- ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา. (2552). *ศิลปะบำบัดในเด็กพิเศษ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiartstudio.com/index.php/2013-01-08-06-56-49>
- ทิพาดี เอมะวรรณ. (2545). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เทพศักดิ์ ทองนพกุล. (2549). *บูรพาการจัดประชุมวิชาการ “แนะนำศิลปกรรมบำบัด”*. *วารสารศิลปกรรมบูรพา*, 9(1), 61-67.
- ธิดารัตน์ อรุณรัตน์. (2544). *การประเมินผลโครงการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบโปรแกรมเมทริกซ์ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2549). *การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับการเสพยาเสพติด*. ใน พิชัย แสงชาญชัย พงศธร เนตราคม และนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด* (หน้า 1-60). กรุงเทพฯ: บางกอกบลิ๊อค.
- นางพาง ลี้มสุวรรณ. (2555). *การให้คำแนะนำปรึกษา*. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3: หน้า 369-407). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นางลัดดา มั่นจิตร. (2556). *ผลของการให้คำปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดยาแอมเฟตามีน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นางลัดดา วิรัชชัย. (2552). *การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมกับการวิจัย*. ใน *การประชุม ‘Twilight Program’ การนำเสนอผลงานวิจัยแห่งชาติ 2552 (Thailand Research EXPO 2009)* (หน้า 1-13). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นวลจันทร์ ทศนชัยกุล. (2540). *การระบาดของยาเสพติดให้โทษในหมู่เด็กและเยาวชน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

- นิตา ลิ้มสุวรรณ และมาโนช หล่อตระกูล. (2555). การรักษาด้านจิตใจ. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (หน้า 384-395). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เนตรนภิส จันทะวัฒน์, จรรยา เจตนสมบุญ, วันชัย ธรรมสักการ และทวีศักดิ์ สิรินันท์เรา. (2554). *ผลของการบำบัดด้วยศิลปะต่อการเผชิญปัญหาของผู้ใช้ยาไอซ์*. เข้าถึงได้จาก http://www.sdtc.go.th/upload/forum/doc_50d6ed85a8cc.pdf
- บุบผา บุญญามณี, สยาม มุสิกะไชย, นุรินยา แหละหมัด และวาราลักษณ์วงศราวิทย์. (2559). *เหตุผลของการเสพยาเสพติดประเภทที่คู่มือรื้อและยาบ้าหรือกัญชาในผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลชัยภูมิสงขลาและปัตตานี*. สงขลา: โรงพยาบาลชัยภูมิสงขลา.
- บุศรินทร์ หลิมสุนทร. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและอดทน การรับรู้ความสุขชีวิต ลักษณะส่วนบุคคลบางประการ พฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นสลัมที่เตร็ดเตร่ในสนามเด็กเล่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง วรรณสูตร. (2541). *สถิติเพื่อการวิจัยคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวช ดันดีพิวัฒนสกุล. (2550). *คู่มือจัดกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ชุมชนุสสกรณการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ปวีณา เทียงพรม และฉันทนา กล่อมจิต. (2555). *ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีต่อความหยุ่นตัวทางอารมณ์ของเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 4 จังหวัดขอนแก่น*. *วารสารศึกษาศาสตร์ฉบับวิจัยบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(1), 69-79.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2551). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ Medical-surgical nursing clinical management for positive outcoms*. กรุงเทพฯ: ไอ กรู๊ป เพรส.
- พรณี วาทีสุนทร และกฤติกา เนิต โฉม (2552). *การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ระบบบังคับและระบบสมัครใจ*. กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนาระบบงานยาเสพติด.

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545. (2545, 27 กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา.
หน้า 26-30.

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) 2528. (2528, 24 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา.
หน้า 26-30.

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 3) 2530. (2530, 23 ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา.
หน้า 26-30.

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6). 2560. (2560, 14 มกราคม). ราชกิจจานุเบกษา.
หน้า 8-11.

พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาศูนย์เด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550.(2550, 30 ธันวาคม).
ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 42-48.

พะยอม ตันทจรรยา, สุนัญญา พรหมดวง, วันเพ็ญ ทัดศรี และอัปสร สารสุวรรณ. (2557). ผลการให้
คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (Brief intervention) ของผู้รับบริการที่ได้รับ
อุบัติเหตุเนื่องจากการดื่มสุรา ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสุรินทร์. กรุงเทพฯ: บียอน
พับลิชชิง.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิตา แสงอ่อน และจริยา วิริยะสุภร. (2558). ความแข็งแกร่งในชีวิต:
แนวความคิดประเมินและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลรามาชิปติ
มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมลิจิต และทัศนีย์ นะแส. (2535). วิจัยทางการแพทย์: หลักการ
และกระบวนการ (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: อัดลาค์เพรส.

ไพลินภรณ์ บุญรอด. (2556). การแก้ไขปัญหาคดีและเยาวชนคดียาเสพติดในจังหวัดภาคเหนือ
ตอนบนไม่ได้กระทำความผิดซ้ำ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การเมือง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภัทรภรณ์ พุงปันคำ. (2551). การทำกลุ่มจิตบำบัด สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ. เชียงใหม่:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภารดี กำภู ณ อยุธยา. (2550). ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดสำหรับกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง
ของเด็กอายุ 9-11 ปี. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ,
บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มนัญญา ไวอัมภา. (2555). การจัดการองค์ความรู้เรื่องยาสามารกในการบำบัดรักษาผู้เสพ
ติดยาเสพติด. เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/188286>

- มนัส สุนทรโชติ. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับ การบำบัดแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัฐ ลองสงเคราะห์. (2552). *ผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดยาเสพติดชาย สถาบันธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เลิศศิริร์ บวรกิตติ. (2552). *ศิลปะเพื่อการบำบัด 2: ภาคนฤๅญี*. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 3(4). 512-518.
- เลิศศิริร์ บวรกิตติ. (2553). *ศิลปะบำบัดสังเขป*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- เลิศศิริร์ บวรกิตติ. (2559). *ศิลปะบำบัดและพัฒนามนุษย์*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- วราภรณ์ มั่งคั่ง. (2558). *ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ และอบรมเด็กและเยาวชนบ้านบึงอำเภอบ้านบึงจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วันเพ็ญ อานาจกิตติกร. (2548). *หนึ่งทศวรรษชุมชนบำบัด เชียงใหม่: Ten year Chiangmai therapeutic community*. เชียงใหม่: เอทีที คอม.
- วันเพ็ญ อานาจกิตติกร. (2550). *การศึกษาผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเรื้อรังและรุนแรงด้วย รูปแบบชุมชนบำบัดของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่: Ten result of therapeutic community model of Chiang Mai drug dependent treatment center*. เชียงใหม่: เอ็นแอสคว กราฟฟิค.
- วันเพ็ญ อานาจกิตติกร. (2552). *อ้อมโนทัศน์ ความวิตกกังวลทางสังคม และความตั้งใจเลิกยาของ ผู้ติดยาเสพติด ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วาริสา แยมศรี, วันทนามณี ศรีวงศ์กุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2557). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(3), 40-50.
- วิชัย นิยมรัตน์ และกนกศรี จาดเงิน. (2555). ผลการใช้กิจกรรมบำบัดตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจ เพื่อหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดบางเกลือ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 4(2), 29-39.
- วิโรจน์ วีรัชย์, ภัทราภรณ์ กิรินทร์, พนอ กลิ่นกุหลาบ และสุกมา แสงเดือนฉาย. (2558). ใน *การประชุม การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาและสารเสพติด* (หน้า 20-25). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- วิโรจน์ วีรัชย์, สิโรตม์ ดิจงกิจ, อังกูร ภัทรากร และลำซำ ลักษณะภิชนัชช. (2544). *เส้นทางสู่ การติดยา และหนทางสู่การเลิกยาเสพติด: ดำรงบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์ปริ้นติ้ง.
- วิโรจน์ วีรัชย์. (2557). *ความต้องการการวิจัยในด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- วีระ ไชยศรีสุข. (2533). *สุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ต้นอ้อ.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2540). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพร ยาวีราช. (2555). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนว Trotzer ที่มีต่ออิสระ แห่งตนของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบชุมชน บำบัด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2555). *สมอง และกลไกยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. แผ่นพับ.
- สมพร อินทร์แก้ว, เขาวนาฏ ผลิตนนเกียรติ, ศรีวิภา เนียมสะอาด และสายศิริ ด่านวัฒน์. (2552). *คู่มือเปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ: Resilience Quotient ศักยภาพ ทางอารมณ์ และจิตใจที่จะช่วยพาคุณก้าวผ่านภาวะวิกฤตและความไม่แน่นอนของชีวิต ได้อย่างสง่างาม*. นนทบุรี: คีนาคู.
- สลिया หลิมศิริโรรัตน์, ประภา ยุทธไตร และช่อทิพย์ สันธนะนิช. (2553). *การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับ ผู้ติดสุรา*. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 25(1), 15-26.

- สังวาล รัชย์เผ่า. (2539). *ระเบียบวิธีวิจัยและสถิติในการวิจัยทางคลินิก*. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และพันธุ์ภาพ กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2554). *แบบคัดกรองประสบการณ์ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: คุณไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2553). *ความรู้และแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง (2560-2564)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.nesdb.go.th/download/plan12/8812.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2544). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่เก้า (2545-2549)*. เข้าถึงได้จาก http://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3784
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2549). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบ (2550-2554)*. เข้าถึงได้จาก http://www.nesdb.go.th/ewt_news.php?nid=5747&filename=develop_issue
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2554). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบเอ็ด (2555-2559)*. เข้าถึงได้จาก http://www.nesdb.go.th/ewt_news.php?nid=5748&filename=develop_issue
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับภาษาไทย อังกฤษ เวอร์ชัน 2016 เล่มที่ 1 ตารางจัดกลุ่มโรค*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สิทธิพงษ์ แคนแก้ว. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล: ศึกษากรณีศูนย์บำบัดยาเสพติดจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตศึกษา, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุกามา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม, สุวภัทร คงหอม, ญาดา จีนประชา และ รัชญา สิงโต. (2557). *ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.

- สุจิตตา ฤทธิมนต์. (2554). พฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวของผู้ใช้ยาบ้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ*, 34(3), 48-56.
- สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. (2547). *ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ Drugs and narcotics* (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรินทร์ พรลิขิตเสถียร. (2556). *การบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่: เอกสารคำสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 กระบวนวิชาระบบทางเดินหายใจ (RESPIRATORY SYSTEM)*. เชียงใหม่: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรพิน กลิ่นพวย และอำนาจ พิพัฒน์พิทยาสกุล. (2553). *สภาพการดำเนินชีวิตครอบครัวเด็กติดยาเสพติดและบริการทางสังคมสำหรับครอบครัว*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อรุณ จริวัฒน์กุล. (2556). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ส. เอเชีย เพรส (1998).
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และประภา ยุทธไตร. (2556) ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ในทางที่ผิดและติดสารของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ในระบบบังคับบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(4), 374-384.
- อภาศิริ สุวรรณานนท์. (2550). *ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำภายใต้โครงการศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดซ้ำ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
- อภาศิริ สุวรรณานนท์ และรัตนา บรรณาธรรม. (2550). *ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ*. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารี สุภาวงศ์. (2559). บทความวิจัยประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์โรงพยาบาลทุ่งสง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36, 160-170.
- อิทธิศักดิ์ พลงาม, วุฒิชัย พลสงคราม, สุพรรณษา พูลพิพัฒน์, สาธิต สมศรี และจิตฤดี งามปัญญา. (2553). *การวิจัยประเมินผลการพัฒนาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมไม่เข้มงวด*. ขอนแก่น: ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- Alim, T. N., Lawson, W. B., Feder, A., Lacoviello, B. M., Saxena S., Bailey, C. R., Greene, A. M., & Neumeister, A. (2012). Resilience to meet the challenge of addiction psychobiology and clinical considerations. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 34(4), 506-515.

- Alperstein, G., & Raman, S. (2003). Promoting mental health and emotional well-being
Among children and youth: a role for community child health ?. *Health &
Development, 9*(4), 269-274.
- American Psychological Association [APA]. (2004). *For parents: helping teens build resilience
after hurricanes. APA help center: Disasters & terrorism*. Retrieved from
<http://www.apahelpcenter.org/articles/article.php?id=117>
- American Psychological Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental
disorders: DSM-IV-TR* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance
Abuse*. New York: The Guilford Press.
- Braverman, T. M. (1999). Research on resilience and its implications for tobacco prevention.
Nicotine & Tobacco Research, 1(1), 67-72.
- Capuzzi, D., & Gross, R. F. (1999). *Counseling and psychotherapy: Theory and intervention*.
New Jersey: Prentice Hall.
- Collie, K., Backos A., Malchiodi, C., & Spiegel, D. (2006). Art therapy for combat-related
PTSD: Recommendations for research and practice. *Journal of the American Art
Therapy Association, 23*(4), 157-164.
- Corey, G. (2015). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. USA: Cengage
Learning.
- Davidson, J. R., & Begley, S. (2012). *The emotional life of your brain: How its unique pattern
affect the way you think, feel, and live and how you can change them*. New York:
Hudson Street Press.
- Davis, S. J., & Spillman, S. (2011). Reasons for drug abstinence: A study of drug use and
resilience. *Journal of Psychoactive Drugs, 43*(1), 14-19.
- Dillon, S. L., Shapter, F. M., Henry, R. J., Cordeiro, G., Izquierdo, L., & Lee, L. S. (2007).
Risk, protective factors and resilience to drug use: Identifying resilient young people
and learning from their experiences. *Annals of Botany, 100*(5), 975-989.
- Dyer, J. G., & McGuinness, T. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of
Psychiatric Nursing, 10*(5), 276-282.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding
healthy development. *Annual Review of Public Health, 26*, 399-419.

- Ford, G. G. (1996). An existential model for promoting life change. *Journal of Substance Abuse Treatment, 13*(2), 151-158.
- Forman, G. S., & Kalafat, J. (1998). Substance abuse and suicide: Promoting resilience against self-destructive behavior in youth. *School Psychology Review, 27*, 398-406.
- Franken, E. R. (2002). *Human motivation* (5th ed.). Wadsworth: Thomson Learning.
- Freud, S. (1939). *Psychoanalytic theory of Freud*. Retrieved from http://www.novabizz.com/NovaAce/Personality/Theory_Freud.htm
- Garnezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for development psychopathology. *Child Development, 55*(1), 97-111.
- Giligan, R. (2001). *Promoting resilience: A resource guide on working with children in the care system*. London: British Agencies for Adoption and Fostering.
- Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. London: Greenwood Publishing Group.
- Grotberg, H. E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Retrieved from <http://resilnet.uruc.edu/library/grotb95b.html>
- Grotberg, H. E. (2005). *Resilience for tomorrow*. Retrieved from http://www.resilnet.uiuc.edu/library/grotberg2005_resilience-for-tomorrow-brazil.pdf
- Hall, G. S. (2014). *A general introduction to psychoanalysis Sigmund Freud*. London: University of Adelaide.
- Hass-Cohen, N., & Carr, R. (2008). *Art therapy and clinical neuroscience*. London: Jessica Kingsley.
- Hawkins, J. D., Catalano F. R., & Miller, Y. J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*(1), 64-105.
- Heise, D. (2014). Stealing and resilience. *Art Education, 63*(3), 26-30.
- Hills, F., Meyer-Weitz, A., & Asante, K. O. (2016). The lived experience of street children in Durban, South Africa. Violence, Substance use, and resilience. *International Journal of Qualitative Studies on health and Well-being, 11*, 1-11.
- Holt, E., & Kaiser, H. D. (2009). The first step series: Art therapy for early substance abuse treatment. *The Arts in Psychotherapy, 36*, 245-250.

- Horay, B., & OR, P. (2006). Moving toward gray: Art therapy and ambivalence in substance abuse treatment: Art therapy. *Journal of the American Art Therapy Association, 23*(1), 14-22.
- Jung, C. G. (1971). *The portable jung*. New York: Viking Press.
- Kalmanowitz, D., & Ho, R. T. H. (2016). Out of our mind: Art therapy and mindfulness with refugees, political violence and trauma. *The Arts in Psychotherapy, 45*, 57-65.
- Liebmann, M. (2004). *Art therapy for group* (2nd ed.). Hove: Brunner-Routledge.
- Luesbrink, B. V. (2004). Art therapy and the brain: an attempt to understand the underlying processes of art expression in yherapy: *Journal of the American Art Therapy Association, 1*(3). 10-12.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Sychopathology, 2*, 425-444.
- Matthew, C. E., & Sarah, B. (2017). Mindfulness practice moderate the relationship between craving and substance use in a clinical sample. *Drug and Alcohol Dependence, 4*(17), 1-7.
- Matto, H. (2005). A bio-behavioral model of addiction treatment: Applying dual representation theory to craving management and relapse prevention. *Substance Use & Misuse, 40*, 529-541.
- Matto, H., Corcoran, J., & Fassler, A. (2003). Integrating solution-focused and art therapies for substance abuse treatment: guidelines for practice. *The Arts in Psychotherapy, 30*, 265-272.
- Murray, R. B., & Huelskoetter, M . M. W. (1983). *Psychiatric/ mental health nursing: Giving emotional care*. N.J.: Prentice-Hall.
- Nezu, A. M., Nezu C. M., & D’Zurilla, T. (2013). *Problem-solving therapy a treatment manual*. New York: The united Stated of America by Gasch Printing.
- Nightingale, F. (1860). *Art therapy*. London: SAGE Publications.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2001). *Nursing research: Principle method* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Pratt, T., Gau, J., & Franklin, T. (2011). *Key ideas in criminology and criminal justice*. Los Angeles: SAGE.

- Prescott, V. M., Sekendur, B., Bailey, B., & Hoshino, J. (2008). Art making as a component and facilitator of resiliency with homeless youth. *Journal of the American Art Therapy Association, 25*(4), 156-163.
- Roghannchi, M., Mohamad, A. R., Mey, S. C., Momeni, K. M., & Golmohamadian, M. (2013). The effect of integrating rational emotive behavior therapy and art therapy on self-esteem and resilience. *The Arts in Psychotherapy, 40*, 179-184.
- Sitzer, D. L., & Stockwell, B. (2015). The art of wellness: A 14-week art therapy program for at-risk youth. *The Arts in Psychotherapy, 45*, 69-81.
- Stajduhar, I. K., Funk, L., Shaw, L. A., Bottorff, L. J., & Johnson, J. (2009). Resilience from the perspective of the illicit injection drug user: an exploratory descriptive study. *International Journal of Drug Policy, 20*, 309-316.
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration [SAMHSA]. (2016). *Results from the 2015 national survey on drug use and health: Detailed tables*. North Carolina: RTI International Research Triangle Park North Carolina.
- Tokaew, R. (2009). Relationship between health beliefs and the completion of treatment process among methamphetamine dependent patients: case study at Thanarak Institute. Master's thesis, Addictionology, Graduate of Study, Mahidol University.
- Trotzer, J. P. (1943). *The counselor and the group: Integrating theory, training, and practice* (4th ed.). New York: Taylor & Francis Group.
- Victor, T. (2008). Resilience and education pathways: a longitudinal analysis of low reading achievers. *Canadian Journal of Family and Youth, 1*(1), 27-62.
- Wingo, A. P., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2014). Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: A cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. *Journal of Psychiatric Research, 51*, 93-99.
- Yalom, D. I., & Lezcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic book.
- Yalom, D. I., & Vinogradov, S. (2005). *Concise guide to group psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Book.

Zunz, S. J. (2008). Resiliency and burnout protective factors for human service managers.
Journal Administration in Social Work, 22, 39-54.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารวิจัยกรรมการวิจัยและเอกสารหนังสือขอทดลองใช้เครื่องมือ (Try out)



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของกลุ่มศิลปะบำบัดต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด
The Effect of Group Art Therapy on Resilience among Youth with Substance

ชื่อนิสิต นายมนตรี ชุนอินทร์ทอง

รหัสประจำตัวนิสิต 56920182

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 12 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ เยาวชนผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัด จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 24 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ห้องกิจกรรมหน่วยงานสุขภาพจิต กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เดียววิเศษ)

รองประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปฏิบัติการแทน

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

โรงพยาบาลพนสนิม
เลขที่: 1565
วันที่: 22 ก.พ. 2561
เวลา:



ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๒๕๑

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนสนิม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นายมนตรี ชุนอินทร์ทอง รหัสประจำตัว ๕๖๙๒๐๑๘๒ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติ
เค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกลุ่มศิลปะบำบัดต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด” โดยมี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินท์จุฑา ชัยเสนา ตาลาส เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่างคือ เยาวชนผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัด อายุ ๑๕-๒๕ ปี จำนวน ๓ ราย
ระหว่างวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ - ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ณ หน่วยงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
พนสนิม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เวียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนสนิม

- ทัศนศรีแจ้ง

กลุ่มพยาบาล

1 ชม

22 กพ. 61

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา ทราบ ชอบ สั่งการ.....

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๘-๒๙๙๕๕-๙๙๘๖

นายประยุทธ หมื่นหน้า
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนสนิม

๑๖
๑๖/๐๒/๒๕๖๑
๑๖ กพ ๖๑

แทนสมาชิก
๑๖
๑๖ กพ ๖๑

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงสาธิตา วิรัชพันธุ์ | นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลพุทธโสธร |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์ | คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เลิศศิริร์ บวรกิตติ | สาขาวิชาศิลปศึกษา คณะศิลปกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |

ภาคผนวก ค
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มศิลปะบำบัดต่อความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-12-2560

ชื่อผู้วิจัย นายมนตรี ชุนอินทร์ทอง

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของกลุ่มศิลปะบำบัดต่อความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นเยาวชนเพศชาย อายุระหว่าง 15-25 ปี ที่เข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัดหน่วยงานสุขภาพ แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะมีผู้เข้าร่วมเช่นเดียวกับท่าน จำนวน 12 ราย

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (สามารถซักถามผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัย) ในกลุ่มทดลองนี้ผู้วิจัยจะขอให้ท่านทำกิจกรรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ทุกวันจันทร์และวันพุธ เวลา 17.30-19.00 น. และมีการติดตามผลหลังเสร็จสิ้น 1 เดือน โดยดำเนินกิจกรรมต่อการการทำบำบัดความคิด และพฤติกรรมในผู้ติดยาและสารเสพติด มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 “ฝันป่า” กิจกรรมเป็นการวาดภาพระบายสีในกระดาษ 1 แผ่นร่วมกันอย่างอิสระ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้เข้ารับการบำบัด

กิจกรรมครั้งที่ 2 “ใบหน้าของผม” เป็นการวาดภาพระบายสี เพื่อให้สมาชิกรู้จักและเข้าใจตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 “ความภาคภูมิใจของผม” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี เพื่อรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายในที่แสดงถึงความแข็งแกร่งในชีวิต

กิจกรรมครั้งที่ 4 “ศักยภาพที่ผมเชื่อมั่น” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี เพื่อสร้างความตระหนักถึงศักยภาพในตัวของผู้เข้ารับ การบำบัด

กิจกรรมครั้งที่ 5 “แม่น้ำแห่งชีวิต” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก

กิจกรรมครั้งที่ 6 “ชีวิตที่เปลี่ยนผัน” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี เพื่อให้สมาชิกเข้าใจตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก และให้สมาชิกรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญหน้าและจัดการปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 7 “สู่ความพร้อมเพื่อผ่านพ้นปัญหา” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสี เพราะส่งเสริมทักษะในการจัดการ การแก้ไขปัญหา และการรักษาสัมพันธภาพ

กิจกรรมครั้งที่ 8 “นี่คือความแข็งแกร่งในชีวิตของผม” เป็นกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อให้สมาชิกทบทวนแหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ได้จากกิจกรรม

ประโยชน์ที่จะได้รับ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะทำให้ท่านมีความรู้จนเกิดการพัฒนาความเข้าใจในตนเองจากการทำชิ้นงานศิลปะ อันนำไปสู่ความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งจะเป็เสมือนภูมิคุ้มกันที่จะช่วยให้ท่านเลิกเสพสารเสพติด และสามารถจัดการแก้ปัญหาเมื่อเกิดภาวะเสี่ยงต่อการเสพสารเสพติดซ้ำได้ รวมทั้งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อผู้เสพ และผู้ติดสารเสพติดต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือการปฏิเสธ และการถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้จะไม่ผลกระทบใด ๆ กับวิถีชีวิต ครอบครัวหรือการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา และผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ได้ตลอดเวลาที่ นายมนตรี ขุนอินทร์ทอง หมายเลขโทรศัพท์ 082-9959986 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 080-0785883

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่งในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นายมนตรี ขุนอินทร์ทอง

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(สำหรับกลุ่มควบคุม)**

การวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มศิลปะบำบัดต่อความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-12-2560

ชื่อผู้วิจัย นายมนตรี ขุนอินทร์ทอง

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของกลุ่มศิลปะบำบัดต่อความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นเยาวชนเพศชาย อายุระหว่าง 15-25 ปี ที่เข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัด หน่วยงานสุขภาพ แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะมีผู้เข้าร่วมเช่นเดียวกับท่าน จำนวน 12 ราย ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที มีระยะเวลาเข้าร่วมรวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (สามารถซักถามผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัย) ในกลุ่มควบคุมนี้ผู้วิจัยจะขอให้ท่านรับการบำบัดความคิด และพฤติกรรมในผู้ติดยาและสารเสพติด

ประโยชน์ที่จะได้รับ ท่านจะได้การบำบัดความคิด และพฤติกรรมในผู้ติดยา และสารเสพติด และหากการวิจัยเสร็จสิ้น ท่านจะได้การบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด ซึ่งจะช่วยให้ความรู้จนเกิดการพัฒนาคำเข้าใจในตนเองจากการทำชิ้นงานศิลปะ อันนำไปสู่ความแข็งแรงในชีวิต ซึ่งจะเป็เสมือนภูมิคุ้มกันที่จะช่วยให้ท่านเลิกเสพยาเสพติด และสามารถจัดการแก้ปัญหาเมื่อเกิดภาวะเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำได้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือการปฏิเสธ และการถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถร้องขอให้บุคคลในความดูแลของท่านถอนตัว

ได้ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ กับวิถีชีวิต ครอบครัว หรือการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัส แทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา และผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวเนื่องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นายมนตรี ชุนอินทร์ทอง หมายเลขโทรศัพท์ 082-9959986 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิณห์จุฑาชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 080-0785883

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นายมนตรี ชุนอินทร์ทอง
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



**เอกสารชี้แจงผู้ประกอบการผู้เข้าร่วมการวิจัย
(สำหรับกลุ่มทดลอง)**

การวิจัยเรื่องผลของกลุ่มศิลปะบำบัดต่อความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-12-2560

ชื่อผู้วิจัย นายมนตรี ขุนอินทร์ทอง

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของกลุ่มศิลปะบำบัดต่อความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด

บุคคลในความดูแลของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากบุคคลในความดูแลของท่านมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นเยาวชนเพศชาย อายุระหว่าง 15-25 ปี ที่เข้ารับการรักษาแบบบังคับบำบัด หน่วยงานสุขภาพ แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะมีผู้เข้าร่วมเช่นเดียวกับท่าน จำนวน 12 ราย

เมื่อบุคคลในความดูแลของท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่จะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (สามารถซักถามผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัย) ในกลุ่มทดลองนี้ผู้วิจัยจะขอให้บุคคลในความดูแลของท่านทำกิจกรรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ทุกวันจันทร์ และวันพุธ เวลา 17.30-19.00 น. และมีการติดตามผลหลังเสร็จสิ้น 1 เดือน โดยดำเนินกิจกรรมต่อการบำบัดความคิด และพฤติกรรมในผู้ติดยา และสารเสพติด มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 “ฝันป่า” กิจกรรมเป็นการวาดภาพระบายสีในกระดาษ 1 แผ่นร่วมกันอย่างอิสระโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้เข้ารับการรักษา

กิจกรรมครั้งที่ 2 “ใบหน้าของผม” เป็นการวาดภาพพระบายสีเพื่อให้สมาชิกรู้จักและเข้าใจตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 “ความภาคภูมิใจของผม” เป็นกิจกรรมวาดภาพพระบายสี เพื่อรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายในที่แสดงถึงความแข็งแกร่งในชีวิต

กิจกรรมครั้งที่ 4 “ศักยภาพที่ผมเชื่อมั่น” เป็นกิจกรรมวาดภาพพระบายสี เพื่อสร้างความตระหนักถึงศักยภาพในตัวของผู้เข้ารับ การบำบัด

กิจกรรมครั้งที่ 5 “แม่น้ำแห่งชีวิต” เป็นกิจกรรมวาดภาพพระบายสี เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก

กิจกรรมครั้งที่ 6 “ชีวิตที่เปลี่ยนผัน” เป็นกิจกรรมวาดภาพพระบายสี เพื่อให้สมาชิกเข้าใจตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก และให้สมาชิกรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญหน้าและจัดการปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 7 “สู่ความพร้อมเพื่อผ่านพ้นปัญหา” เป็นกิจกรรมวาดภาพพระบายสี เพราะส่งเสริมทักษะในการจัดการการแก้ไขปัญหา และการรักษาสัมพันธภาพ

กิจกรรมครั้งที่ 8 “นี่คือความแข็งแกร่งในชีวิตของผม” เป็นกิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อให้สมาชิกทบทวนแหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ได้จากกิจกรรม

ประโยชน์ที่จะได้รับ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะทำให้บุคคลในความดูแลของท่านมีความรู้จนเกิดการพัฒนาความเข้าใจในตนเองจากการทำชิ้นงานศิลปะ จนนำไปสู่การพัฒนาเป็นความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งจะเป็นเสมือนภูมิคุ้มกันที่จะช่วยให้ท่านเลิกเสพสารเสพติด และสามารถจัดการแก้ปัญหาเมื่อเกิดภาวะเสี่ยงต่อการเสพสารเสพติดซ้ำได้ รวมทั้งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดทางการแพทย์สำหรับผู้เสพและผู้ติดสารเสพติดต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของบุคคลในความดูแลของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือการปฏิเสธและการถอนตัวออกจากกรวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถร้องขอให้บุคคลในความดูแลของท่านถอนตัวได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้จะไม่ผลกระทบบใด ๆ กับวิถีชีวิต ครอบครัว หรือการรักษาพยาบาลของบุคคลในความดูแลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา และผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นายมนตรี ชุนอินทร์ทอง หมายเลขโทรศัพท์ 082-9959986 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 080-0785883

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นายมนตรี ชุนอินทร์ทอง

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



เอกสารชี้แจงผู้ประกอบการผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มศิลปะบำบัดต่อความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-12-2560

ชื่อผู้วิจัย นายมนตรี ขุนอินทร์ทอง

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของกลุ่มศิลปะบำบัดต่อความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด

บุคคลในความดูแลของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากบุคคลในความดูแลของท่านมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นเยาวชนเพศชาย อายุระหว่าง 15-25 ปี ที่เข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัด หน่วยงานสุขภาพ แผนกการพยาบาล ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกง และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะมีผู้เข้าร่วมเช่นเดียวกับท่าน จำนวน 12 ราย ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที มีระยะเวลาเข้าร่วมรวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

เมื่อบุคคลในความดูแลของท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่จะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) (สามารถซักถามผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัย) ในกลุ่มควบคุมนี้ผู้วิจัยจะขอให้ท่านรับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาและสารเสพติด

ประโยชน์ที่จะได้รับ บุคคลในความดูแลของท่านจะได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาและสารเสพติด และหากการวิจัยเสร็จสิ้น ท่านจะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด ซึ่งจะช่วยความรู้แจ้งเกิดการพัฒนาความเข้าใจในตนเองจากการทำชิ้นงานศิลปะ อันนำไปสู่ความแข็งแรงในชีวิต ซึ่งจะเปรียบเสมือนภูมิคุ้มกันที่จะช่วยให้ท่านเลิกเสพยาเสพติด และสามารถจัดการแก้ปัญหาเมื่อเกิดภาวะเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำได้

การเข้าร่วมการวิจัยของบุคคลในความดูแลของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ
 การตอบรับหรือการปฏิเสธ และการถอนตัวออกจากกรวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถร้องขอให้บุคคล
 ในความดูแลของท่านถอนตัวได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ
 และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับวิถีชีวิต ครอบครัว หรือการ
 รักษาพยาบาลของบุคคลในความดูแลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ
 โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัส แทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้
 ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูก
 ทำลายหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา และผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว การวิจัยครั้งนี้ไม่มี
 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้ง
 ให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย
 ในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่
 นายมนตรี ชุนอินทร์ทอง หมายเลขโทรศัพท์ 082-9959986 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิณห์จุฑา
 ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 080-0785883

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นายมนตรี ชุนอินทร์ทอง
 ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถ
 แจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ
 ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ภาคผนวก ง
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดต่อความแข็งแรงในชีวิต
ของเยาวชนผู้เสียสารเสพติด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์
ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วม
ในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อ
ข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นายมนตรี ชุนอินทร์ทอง)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นายมนตรี ชุนอินทร์ทอง)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นายมนตรี ชุนอินทร์ทอง)

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ใช้รวบรวมข้อมูลเพื่อทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัด
ต่อความแข็งแรงในชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด

แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ)

ลำดับที่.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน เพียง 1 คำตอบ ใน 1 ข้อ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อถาม

1. อายุ.....ปี

2. ศาสนา

1. พุทธ

2. อื่น ๆ (ระบุ).....

3. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. คู่

3. แยกกันอยู่

4. หม้าย

5. หย่า

6. อื่น ๆ (ระบุ).....

4. สถานภาพการอยู่อาศัย

1. อยู่ตามลำพัง

2. อยู่กับคู่สมรส

3. อยู่กับครอบครัว

4. อยู่กับญาติ

5. อยู่กับเพื่อน

6. อื่น ๆ (ระบุ).....

5. การศึกษาสูงสุด

1. ไม่ได้เรียน

2. ต่ำกว่าประถมศึกษา

3. ประถมศึกษา

4. มัธยมศึกษาต้น

5. มัธยมศึกษาปลาย/ ปวช .

6. อนุปริญญา/ ปวส.

7. ปริญญาตรี/ เทียบเท่า

8. สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพปัจจุบัน

1. ไม่ได้ทำ

2. ทำ (ระบุอาชีพ).....

-

-

-

-

-

ตอนที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ)

คำแนะนำ แบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ สอบถามถึงความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมของท่านในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพของตัวท่านเอง

ข้อคำถาม	ไม่จริง	จริงบางครั้ง	ค่อนข้างจริง	จริงมาก
ด้านความทนทานของอารมณ์				
1. เรื่องไม่สบายเล็กน้อยทำให้ฉัน วุ่นใจนั่งไม่ติด				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
ด้านกำลังใจ				
11. จากประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้ฉัน มั่นใจว่าจะแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านมา ในชีวิตได้				
12.				
13.				

ข้อคำถาม	ไม่จริง	จริงบางครั้ง	ค่อนข้างจริง	จริงมาก
14.				
15.				
ด้านการจัดการปัญหา				
16. ฉันอยากหนีปัญหาไปให้พ้น หากมีปัญหานักหนาต้องรับผิดชอบ				
17.				
18.				
19.				
20. ฉันชอบฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง จากนั้น				

ภาคผนวก จ

ภาพกิจกรรม โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะ

ประมวลภาพตัวอย่างการทำกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ

กิจกรรม “ฝันป่า”

กิจกรรมนี้พบว่า สมาชิกมีการสร้างสัมพันธ์ภาพ เกิดวางใจไว้วางใจในระหว่างสมาชิก
ผ่อนคลายความตึงเครียด



กิจกรรม “ใบหน้าของผม”

กิจกรรมนี้พบว่า สมาชิกได้มีการทำความรู้และเข้าใจตนเอง



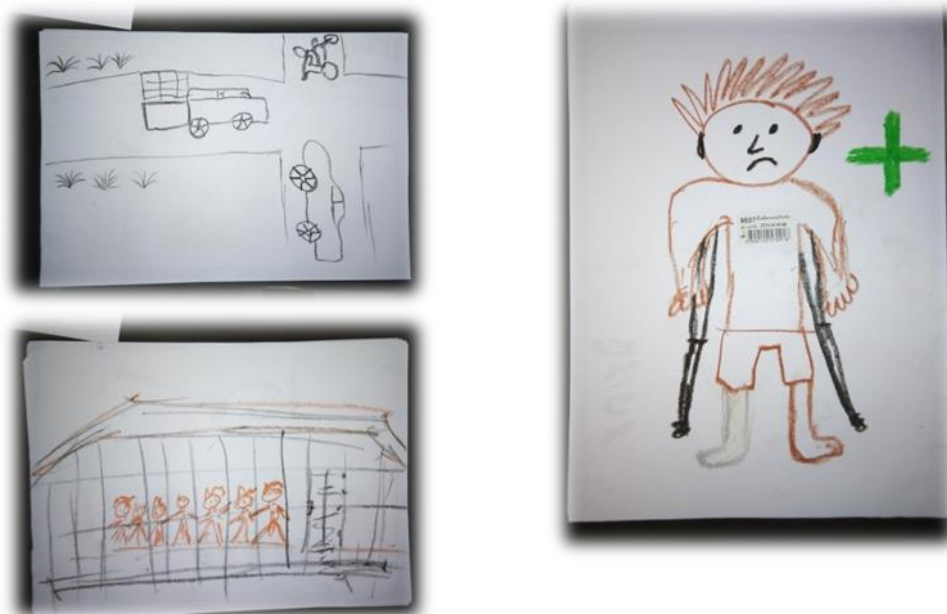
กิจกรรม “ความภาคภูมิใจของผม”

กิจกรรมนี้พบว่า สมาชิกมีการรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายในที่แสดงถึงความแข็งแกร่งในชีวิต



กิจกรรม “ศักยภาพที่ผมเชื่อมั่น”

กิจกรรมนี้พบว่า สมาชิกตระหนักถึงศักยภาพในตัวของผู้เข้ารับการบำบัด



กิจกรรม “แม่น้ำแห่งชีวิต”

กิจกรรมนี้พบว่า สมาชิกมีการรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก



กิจกรรม “ชีวิตที่เปลี่ยนผัน”

กิจกรรมนี้พบว่า สมาชิกมีความเข้าใจและตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก มีการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญหน้าและจัดการปัญหา



กิจกรรม “คู่ความพร้อมเพื่อผ่านพ้นปัญหา”

กิจกรรมนี้พบว่า สมาชิกมีทักษะในการจัดการ การแก้ไขปัญหาและการรักษาสัมพันธ์ภาพ



กิจกรรม “นี่คือความแข็งแกร่งในชีวิตของผม”

พบว่า สมาชิกมีการทบทวนแหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก ทักษะในการจัดการ
แก้ไขปัญหา และการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ได้จากกิจกรรม



ภาคผนวก ข

โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้แสวงหาเสพติด

โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ของเยาวชนผู้เสพสารเสพติด

แนวคิด

โปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตนี้ พัฒนาขึ้นเพื่อบำบัดเยาวชนผู้เสพสารเสพติดระบบบังคับบำบัด โดยผู้วิจัยบูรณาการกรอบแนวคิดศิลปะบำบัดที่อิงทฤษฎีกระบวนการฟื้นฟูและพัฒนารูปแบบ BOVORNKITTI Model (เลิศศิริ บวรกิตติ, 2559) และแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (2003) ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้แก่เยาวชนผู้เสพสารเสพติด โดยโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะฯ จะเพิ่มการรับรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนภายในตนเอง แหล่งสนับสนุนที่มาจากภายนอกจนนำไปสู่ทักษะการจัดการแก้ไขปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันให้แก่เยาวชนในการป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ

สารเสพติดมีผลกระทบด้านลบส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก โดยทำให้หลังสารโคปามีนมากกว่าปกติ ผู้เสพจึงเกิดความสุข ความพึงพอใจ ทำให้เสพบ่อยขึ้น เมื่อขาดจะทำให้เกิดอาการซึมเศร้า หงุดหงิด ไม่เป็นสุข ต้องหาสารมาเสพช้บ่อยขึ้นจนสมองถูกทำลาย สูญเสียความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การใช้เหตุผล ส่งผลต่อการเกิดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมการเข้ารับการบำบัดจะทำให้เยาวชนผู้เสพสารเสพติดได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ซึ่งโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะฯ จะช่วยให้สมาชิกได้แสดงออกถึงอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ภายใต้บรรยากาศของการทำกิจกรรมกลุ่มที่ผ่อนคลาย อบอุ่น ปลอดภัย ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ได้รับการยอมรับอย่างปราศจากเงื่อนไข โดยเน้นการตั้งคำถามให้สะท้อนคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็น จนทำให้เกิดการรับรู้ใหม่เกี่ยวกับตนเอง เกิดความตระหนักและเข้าใจถึงการมีความแข็งแกร่งในตนเอง

โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะฯ ประกอบด้วยกระบวนการบำบัด 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing) เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดด้วยการวาดภาพระบายสี เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ ผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ แสดงอารมณ์ความรู้สึกของตน รู้จัก และเข้าใจตนเอง

2. ระยะเข้าใจยอมรับ (Accepting and connecting) เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดด้วยการวาดภาพระบายสี เชื่อมโยงงานศิลปะกับความคิด โดยแสดงออกเป็นสัญลักษณ์ภาพ เพื่อสร้างเสริมการรับรู้แหล่งสนับสนุนภายในที่แสดงถึงความแข็งแกร่งในชีวิต และสร้างความตระหนักถึงศักยภาพในตนเองของสมาชิก

3. ระยะเวลาแบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling) เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดด้วยการวาดภาพระบายสี ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก รับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญหน้า และจัดการกับปัญหา

4. ระยะเวลาเสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing) เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดด้วยการวาดภาพระบายสี เพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา การรักษาสัมพันธภาพ ทบทวนถึงแหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล นำไปสู่การปรับสมดุลในตน เยียวยาจิตใจ เพื่อสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันในการไม่กลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ

วัตถุประสงค์

เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของเยาวชนผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัด หน่วยงานสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางปะกง

กลุ่มเป้าหมาย

เยาวชนผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัด หน่วยงานสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางปะกง จำนวน 24 ราย

ผู้รับผิดชอบ

นายมนตรี ขุนอินทร์ทอง รหัส 56920182 นิสิตหลักสูตรการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สถานที่

ห้องจัดกิจกรรม หน่วยงานสุขภาพจิต กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางปะกง

วิธีดำเนินการ

โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะฯ นี้ มีจำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วันจันทร์และวันพุธ) ครั้งละ 60-90 นาที

ขั้นตอนการจัดโปรแกรมกลุ่มศิลปะบำบัดฯ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์
1. ระยะเข้าถึงปัญหาทางใจ (Recognizing and containing)	
กิจกรรมที่ 1 “ผีนป่า”	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก 2. เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้เข้ารับการบำบัด
กิจกรรมที่ 2 “ใบหน้าของผม”	เพื่อให้สมาชิกรู้จักและเข้าใจตนเอง
2. เข้าใจและยอมรับ (Accepting and connecting)	
กิจกรรมที่ 3 “สิ่งที่ผม...ภาคภูมิใจ”	เพื่อรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายในที่แสดงถึงความแข็งแกร่งในชีวิต
กิจกรรมที่ 4 “ศักยภาพที่ผมเชื่อมั่น”	เพื่อสร้างความตระหนักถึงศักยภาพในตัวของผู้เข้ารับการบำบัด
3. แบ่งปันเหตุแห่งผล (Sharing and counseling)	
กิจกรรมที่ 5 “แม่น้ำแห่งชีวิต”	เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก
กิจกรรมที่ 6 “ชีวิตที่เปลี่ยนแปลง”	เพื่อให้สมาชิกเข้าใจและตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญหน้าและจัดการปัญหา
4. เสริมสร้างเพื่อปรับเปลี่ยน (Building and changing)	
กิจกรรมที่ 7 “สู่ความพร้อมเพื่อผ่านพ้นปัญหา”	เพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการ การแก้ไขปัญหา และการรักษาสัมพันธภาพ
กิจกรรมที่ 8 “นี่คือความแข็งแกร่งในชีวิตของผม”	เพื่อให้สมาชิกทบทวนแหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ได้จากกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 “ฝันป่า”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ ระหว่างผู้บังคับกับสมาชิก
2. -

แนวคิดสำคัญในการจัดกิจกรรม

-

วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้

-

หมายเหตุ

-

การดำเนินกิจกรรมมีดังนี้ (60-90 นาที)

1. ผู้บังคับจัดให้สมาชิกนั่งตามที่ได้จัดไว้ กล่าวทักทาย แนะนำตัว สนทนาเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม ประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม จากนั้นอธิบายถึงการทำให้แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (แบบวัด RQ 20 ข้อ) ผู้ช่วยผู้บังคับแจกแบบประเมินฯ ให้กับสมาชิกพร้อมแจ้งให้สมาชิกทราบว่า “คะแนนของการทำแบบประเมินนี้จะไม่มีผลใด ๆ ต่อการประเมินผลหลังทำกิจกรรม แต่จะนำผลไปใช้การศึกษาโดยไม่ระบุชื่อ แต่จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น” กำหนดเวลาในการทำ 10 นาที และให้สมาชิกร่วมกันกำหนดคติภาคร่วม (15 นาที)

-

-

การบ้าน

-

การประเมินผล

1. สืบเกิดจากสีหน้า อารมณ์ และพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
-

ใบงาน

-

กิจกรรมที่ 2 “ใบหน้าของผม”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกรู้จักและเข้าใจตนเอง

แนวคิดสำคัญในการจัดกิจกรรม

-

วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้

-

การดำเนินกิจกรรมมีดังนี้ (90 นาที)

1. ผู้บําบัดจัดให้สมาชิกนั่งตามที่จัดไว้ให้นั่งในท่าที่สบาย กล่าวทักทายสนทนาเรื่องทั่วไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม จากนั้นให้สมาชิกหลับตา พร้อมกล่าว “วันนี้สมาชิกมาทำกิจกรรมช่วงเย็น ช่วงกลางวันทุกคนต้องทำงานต้องเรียน ต้องพบเจอเรื่องราวมากมาย มีทั้งทำให้ดีใจ เสียใจ ผิดหวัง ตอนนี้เราอาจจะคิดถึงเรื่องราวเหล่านั้น แต่เมื่อเรามาทำกิจกรรมร่วมกัน ขอให้เราปล่อยเรื่องราวเหล่านั้นไว้นอกห้องก่อนนะครับ ขอให้หลับตา หายใจเข้าลึก ๆ หายใจออกยาว ๆ หายใจเข้านับ 1-5 จากนั้นหายใจออกนับ 1-5 กำหนดการรับรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้าและออกไว้ที่จมูก” (3 นาที) จากนั้นให้สมาชิกลืมตาขึ้น ให้สมาชิกทบทวนกติกาก่อนเข้ากลุ่ม (10 นาที)

-

การบ้าน

-

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า อารมณ์ และพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

-

ใบงาน

-

กิจกรรมที่ 3 “ความภาคภูมิใจของผม”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายในที่แสดงถึงความแข็งแกร่งในชีวิต

แนวคิดสำคัญในการจัดกิจกรรม

-

วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้

-

การดำเนินกิจกรรมมีดังนี้ (90 นาที)

1. ผู้บำบัดจัดให้สมาชิกนั่งตามที่ได้จัดไว้ จากนั้นจึงกล่าวทักทาย สนทนาเรื่องทั่วไป ชี้แจงวัตถุประสงค์การเข้ากลุ่ม และทบทวนถึงการบ้าน จากนั้นให้สมาชิกนั่งในท่าที่สบาย แล้วหลับตา กำหนดลมหายใจเข้าออก ตั้งสติการรับรู้อยู่ที่การหายใจเข้าและออก (ผู้ช่วยผู้บำบัดเปิดเพลง หมู่บ้านพริ้ม) จากนั้นให้สมาชิกทบทวนกตिकाการเข้ากลุ่ม (10 นาที)

-

การบ้าน

-

การประเมินผล

1. แบบบันทึกพฤติกรรมขณะทำกิจกรรม

-

ใบงาน

-

กิจกรรมที่ 4 “ศักยภาพที่ฉันเชื่อมั่น”

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างความตระหนักถึงศักยภาพในตัวของผู้สมาชิก

แนวคิดสำคัญในการจัดกิจกรรม

-

วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้

-

การดำเนินกิจกรรมมีดังนี้ (90 นาที)

1. ผู้บําบัดจัดให้ผู้สมาชิกนั่งตามที่จัดไว้แล้วกล่าวทักทาย สนทนาถึงเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมครั้งนี้ ผู้บําบัดให้ผู้สมาชิกนั่งในท่าที่สบาย วางมือบนหน้าขา หลังคาแล้วหายใจเข้านับ 1-5 หายใจออกนับ 1-5 กำหนดการรับรู้การหายใจอยู่ที่จมูก เป็นท่าสมาธิก่อนทำกิจกรรมประมาณ 3 นาที จากนั้นให้ผู้สมาชิกทบทวนกติกากลุ่ม (10 นาที)

-

การบ้าน

-

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า อารมณ์ และพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

-

ใบงาน

-

กิจกรรมที่ 5 “แม่น้ำแห่งชีวิต”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก

แนวคิดสำคัญในการจัดกิจกรรม

-

วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้

-

การดำเนินกิจกรรมมีดังนี้ (90 นาที)

ผู้บำบัดจัดให้สมาชิกรั้งตามที่จัดไว้แล้วกล่าวทักทาย สนทนาถึงเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม ผู้บำบัดให้สมาชิกรั้งในท่าที่สบาย วางมือบนหน้าขา จากนั้นหลับตาแล้วหายใจเข้านับ 1-5 หายใจออกนับ 1-5 กำหนดการรับรู้การหายใจอยู่ที่จมูก เป็นทำสมาธิก่อนทำกิจกรรม จากนั้นให้สมาชิกรับทบทวนกติกากลุ่ม (10 นาที)

-

การบ้าน

-

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า อารมณ์ และพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

-

ใบงาน

-

กิจกรรมที่ 6 “ชีวิตที่เปลี่ยนผัน”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก

-

แนวคิดสำคัญในการจัดกิจกรรม

-

วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้

-

การดำเนินกิจกรรมมีดังนี้ (90 นาที)

1. ผู้บําบัดจัดให้สมาชิกรับบัตรที่จัดไว้แล้วกล่าวทักทาย สันทนาการถึงเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม ผู้บําบัดให้สมาชิกรับบัตรที่สบาย วางมือบนหน้าขา จากนั้นหลับตาแล้วหายใจเข้านับ 1-5 หายใจออกนับ 1-5 กำหนดการรับรู้การหายใจอยู่ที่จมูก เป็นทำสมาธิก่อนทำกิจกรรม และให้สมาชิกทบทวนกติกากลุ่ม (5 นาที)

-

การบ้าน

-

การประเมินผล

สังเกตจากสีหน้า อารมณ์ และพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

-

ใบงาน

-

กิจกรรมที่ 7 “สู่ความพร้อมเพื่อผ่านพ้นปัญหา”

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมทักษะในการแก้ไขปัญหาและการรักษาสัมพันธภาพ

แนวคิดสำคัญในการจัดกิจกรรม

-

วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้

-

การดำเนินกิจกรรมมีดังนี้ (90 นาที)

1. ผู้บําบัดจัดให้สมาชิกนั่งตามที่จัดไว้แล้วกล่าวทักทาย สนทนาถึงเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมครั้งนี้ ผู้บําบัดให้สมาชิกนั่งในท่าที่สบาย วางมือบนหน้าขา จากนั้นหลับตาแล้วหายใจเข้านับ 1-5 หายใจออกนับ 1-5 กำหนดการรับรู้การหายใจอยู่ที่จมูกเป็นท่าสมาธิก่อนทำกิจกรรมและให้สมาชิกทบทวนกติกากลุ่ม (5 นาที)

-

การบ้าน

-

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า อารมณ์ และพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม การเกิดสัมพันธภาพในกลุ่ม

-

ใบงาน

-

กิจกรรมที่ 8 “นี่คือความแข็งแกร่งในชีวิตของผม”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกทบทวนแหล่งสนับสนุนภายใน แหล่งสนับสนุนภายนอก ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา และการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ได้จากกิจกรรมทั้งหมด

แนวคิดสำคัญในการจัดกิจกรรม

-

วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้

-

การดำเนินกิจกรรมมีดังนี้ (90 นาที)

1. ผู้บําบัดจัดให้สมาชิกรั้งตามที่จัดไว้แล้วกล่าวทักทาย สนทนาถึงเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม ผู้บําบัดให้สมาชิกรั้งในท่าที่สบาย วางมือบนหน้าขา จากนั้นหลับตาแล้วหายใจเข้านับ 1-5 หายใจออกนับ 1-5 กำหนดการรับรู้การหายใจอยู่ที่จมูก เป็นการทําสมาธิก่อนทำกิจกรรม ผู้บําบัดแบ่งกลุ่มสมาชิก โดยให้แต่ละคนนับ 1-3 ให้สมาชิกร่วมกันทบทวนคติการเข้ากลุ่ม จากนั้นให้สมาชิกรั้งตัวเลข 1-3 ทีละคน จนครบ 12 คน จึงแบ่งกลุ่มตามหมายเลขที่นับเป็น 3 กลุ่ม (10 นาที)

-

การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถสร้างแผนผังความแข็งแกร่งในชีวิตทั้ง 3 องค์ประกอบ

-