



ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิด  
และพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ

โดย

นางบุษกร วรากรอมรเดช

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิด  
และพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกำบังกั้นการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุรา

โดย

นางบุษกร วรากรอมรเดช

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



THE EFFECTS OF USING AUTOGENIC TRAINING PROGRAM  
TOGETHER WITH CONGNITIVE BEHAVIORS THERAPY PROGRAM  
ON PREVENTING RELAPSE BEHAVIORS OF PATIENTS WITH  
ALCOHOL DEPENDENCE

BY

MRS. BUTSAKORN WARAKORNAMONDECH

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS  
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE  
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING  
FACULTY OF NURSING

THAMMASAT UNIVERSITY 2015

COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางบุษกร วรากรอมรเดช

เรื่อง

ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม  
ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรา

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 3 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2559

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรติศัย)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสอบวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชชญ์)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสอบวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพงษ์ ชูเดช)

คณบดี

(รองศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชชญ์)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ
ชื่อผู้เขียน	นางบุษกร วรากรอมรเดช
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	รองศาสตราจารย์ ดร. มรรยาท รุจิวิษญ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมชื่น สมประเสริฐ
ปีการศึกษา	2558

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดเชื้อที่มีระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา 6 เดือน จำนวน 90 คน เป็นเพศชายอายุ 20-60 ปี แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 30 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 ระยะเวลาทดลอง 12 สัปดาห์ หลังจากสิ้นสุดการทดลองประเมินคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อทั้ง 3 กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) และการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe' ผลการทดลองพบว่า (1) ผู้ป่วยติดเชื้อกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ หลังทดลอง ( $M=73.87, SD=9.13$ ) สูงกว่าก่อนทดลอง ( $M=50.03, SD=10.37$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (2) ผู้ป่วยติดเชื้อกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ หลังทดลอง ( $M=67.27, SD=11.57$ ) สูงกว่าก่อนทดลอง ( $M=48.70, SD=10.15$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (3) ผู้ป่วยติดเชื้อกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ หลังทดลอง ( $M=44.33$ ,  $SD=8.01$ ) ต่ำกว่าก่อนทดลอง ( $M=50.20$ ,  $SD=10.70$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (4) ผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F_{2, 87} = 76.86$ ) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลสามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยติดสุรา และฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุรามีทักษะในการป้องกันการติดเชื้อ

**คำสำคัญ:** การสร้างจินตนาการ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยติดสุรา การป้องกันการติดเชื้อ

Thesis Title	THE EFFECTS OF USING AUTOGENIC TRAINING PROGRAM TOGETHER WITH CONGNITIVE BEHAVIORS THERAPY PROGRAM ON PREVENTING RELAPSE BEHAVIORS OF PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE
Author	Mrs. Butsakorn Warakornamondech
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Psychiatric and Mental Health Nursing. Faculty of Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Associate Professor Manyat Ruchiwit, Ph.D
Co Advisor	Associate Professor Chomchuen Somprasert, Ph.D
Academic Year	2015

### ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of using an autogenic training program, together with a cognitive behavior therapy program, on preventing the relapse behaviors of patients with alcohol dependence. The sampling was composed of 90 alcoholic men aged from 20 to 60 years at post-hospital discharge from Nakhon Ratchasima Psychiatric Hospital for no longer than 6 months. The subjects were divided into three groups of thirty subjects in each. They were randomly sampled into a control group and two experimental groups. Experimental group 1 received cognitive behavioral therapy; experimental group 2 participated in the autogenic training program together with the cognitive behavior therapy program, and group 3 which was the control group, received routine nursing care. The alcoholics' relapse prevention questionnaires were measured the dependent variables. The content validity indexes were .80 and the reliability using Cronbach's alpha coefficient was .84. The experiment was conducted over a period of 12 weeks. The alcoholics' relapse prevention scores were evaluated, and the data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square statistics, t-test statistics, ANOVA statistics, and post hoc comparison by Scheffe'.

The results were as follows: (1) the mean relapse prevention post-test scores ( $M=73.87$ ,  $SD=9.13$ ) higher than pre-test scores ( $M=50.03$ ,  $SD=10.37$ ) in the group of patients with alcohol dependence receiving cognitive-behavioral therapy with a statistical significance at level .001; (2) the patients with alcohol dependence in the group that participated in the autogenic training program together with the cognitive behavior therapy program had post-test mean ( $M=67.27$ ,  $SD=11.57$ ) relapse prevention scores higher than pre-test scores ( $M=48.70$ ,  $SD=10.15$ ) with a statistical significance at level .001; (3) the patients with alcohol dependence received routine nursing care had post-test mean ( $M=44.33$ ,  $SD=8.01$ ) relapse prevention scores lower than pre-test scores ( $M=50.20$ ,  $SD=10.70$ ) with a statistical significance at level .01; and (4) the patients with alcohol dependence in the group that received cognitive-behavioral therapy, the group that participated in the autogenic training program together with the cognitive behavior therapy program, and the group that received routine nursing care had different mean pre- and post-relapse prevention scores with a statistical significance at level .05 ( $F_{2,87} = 76.86$ )

The comparison of mean relapse prevention scores of the patients with alcohol dependence that received cognitive-behavioral therapy showed higher scores than the group that received the autogenic training program together with the cognitive behavior therapy program and the group with routine nursing care.

**Suggestion:** Nurses could be used this program for caring the patients with alcohol dependence and also preventing the relapse skills training for stakeholder.

**Key word:** Autogenic training, Cognitive behavior therapy, Alcohol dependence, Relapse prevention.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาดูแลเอาใจใส่อย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิษณุ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยห่วงใย และส่งเสริม กระตุ้นให้สามารถผ่านอุปสรรคต่าง ๆ มาโดยตลอด รวมถึงผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัตติย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพงษ์ ชูเดช กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งได้ให้ คำชี้แนะแนวทางในการศึกษา ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่างๆ ตลอดจนการเสียสละเวลาอันมีค่า ให้แก่ศิษย์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชนาถ บรรทมพร อาจารย์ ดร.กนกอร ชาวเวียง นายแพทย์ธงชัย วชิรพินพง และนางสาวสวัสดิ์ เทียงธรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ กราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ศักดา ขำคม รวมทั้งคณาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช และคณาจารย์ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่กรุณา ถ่ายทอดความรู้ คุณธรรม จริยธรรมเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาและการดำเนินชีวิตที่ดีต่อไป

กราบขอบพระคุณนายแพทย์ ดร.พิทักษ์พล บุญยมาลิก แพทย์หญิงสุวรรณี เรื่องเดช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ที่กรุณาให้โอกาสได้ศึกษา ส่งเสริมและ สนับสนุนด้วยดีตลอดมา กราบขอบพระคุณนางศิริภรณ์ ชัยศรี หัวหน้าหอพุทธรักษา ตลอดจนพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ พยาบาลหอพุทธรักษาทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจ ดูแลช่วยเหลือขึ้นปฏิบัติงานแทน ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ ร.ต.ต. ประเสริฐ สุวรรณศรี และนางสมพงษ์ สุวรรณศรี บิดามารดาที่ได้ ให้ชีวิต อบรมสั่งสอนให้มีความเพียร มุ่งมั่น อดทน และส่งเสริมด้านการศึกษาของผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอบพระคุณนายณภัทร วรกรอมรเดช ผู้ที่เสริมสร้างแรงจูงใจที่ดี คอยสนับสนุนด้านกำลังทรัพย์และมอบ ความห่วงใยให้มาโดยตลอด

ขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้และ ขอบพระคุณมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยและขอขอบคุณบุคคลอื่นๆ ซึ่งไม่สามารถจะกล่าวนามได้ทั้งหมด ที่ได้เป็นที่ปรึกษา คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา ที่มีส่วนทำ ให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

บุษกร วรกรอมรเดช  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2559

## สารบัญ

	หน้า
หน้าอนุมัติ	[1]
บทคัดย่อภาษาไทย	[2]
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	[4]
กิตติกรรมประกาศ	[6]
สารบัญ	[7]
สารบัญตาราง	[10]
สารบัญภาพประกอบ	[11]
บทที่ 1    บทนำ	1
1.1 ความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.3 คำถามการวิจัย	6
1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย	6
1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	7
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
1.8 สมมติฐานงานวิจัย	10

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า	
บทที่ 2	วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1.	แนวคิดเกี่ยวกับการติดสุราและการป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุรา	12
1.1	ความหมายการติดสุรา	12
1.2	ปัจจัยการติดสุรา	12
1.3	การวินิจฉัยการติดสุรา	13
1.4	ผลกระทบจากการดื่มสุรา	15
1.5	พฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	18
1.6	การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุรา	19
1.7	การป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุรา	20
2.	แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม	26
2.1	ความหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม	26
2.2	กระบวนการและประโยชน์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม	27
3.	หลักและวิธีการสร้างจินตนาการ	38
3.1	การสร้างจินตนาการ	38
3.2	โปรแกรมการฝึกสร้างจินตนาการ	39
3.3	การดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม	41
3.4	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
บทที่ 3	วิธีการวิจัย	49
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	58
	ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	58
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	62
	การวิเคราะห์ข้อมูล	63

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษาวิจัย	64
ผลการวิจัย	65
การอภิปรายผลการวิจัย	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	79
รายการอ้างอิง	84
ภาคผนวก	90
ภาคผนวก ก. เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	91
ภาคผนวก ข. เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	92
ภาคผนวก ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	103
ภาคผนวก ค - 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	103
ภาคผนวก ค - 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	109
ภาคผนวก ง. ตารางแสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุร่าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลอง ที่ 2 และกลุ่มควบคุม	138
ภาคผนวก จ. รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	139
ประวัติผู้วิจัย	140

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	แสดงระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและอาการเมาสุราตามปริมาณสุราที่ดื่มเข้าไปในคนน้ำหนักตัว 70 กิโลกรัม ที่ไม่เคยดื่มสุรา	17
2.2	แสดงตัวอย่างความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ที่มีโอกาสใช้สุรา	37
3.1	รูปแบบการทดลอง	49
4.1	จำนวน ร้อยละ ค่าไค-สแควร์ ของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	65
4.2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มทดลองที่ 1 ก่อนและหลังการทดลอง	67
4.3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มทดลองที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง	68
4.4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	69
4.5	แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุราหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม	70
4.6	แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุราหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 โดยวิธีการของ Scheffe'	70

## สารบัญภาพประกอบ

ภาพที่		หน้า
2	แสดงรูปแบบของการคิด	27
3	แสดงรูปแบบของการคิด	28
4	แสดงรูปแบบความคิดพื้นฐานของการใช้สารเสพติด	29
5	การสู่มกลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง	61

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุราเป็นสารเสพติดที่แพร่หลายและถูกกฎหมายสามารถหาซื้อได้โดยง่าย ซึ่งในปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มที่จะดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น เพราะผู้ดื่มสุราไม่ตระหนักถึงผลเสียในการดื่มที่หลากหลายนานๆ จนป่วยด้วยโรคติดสุราหลังได้รับการรักษาจนพ้นระยะถอนพิษสุรา และได้รับการบำบัดทางจิตสังคมแล้วผู้ป่วยอาจหยุดหรือลดการดื่มได้ระยะหนึ่ง สถานการณ์การดื่มสุราในปัจจุบันจึงทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งต่อผู้ดื่มเองในด้านร่างกายคือก่อให้เกิดโรคกว่า 60 โรค ด้านจิตใจ เกิดโรคจิตจากพิษสุรา โรคติดสุรา ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว สังคม และต่อประเทศชาติ ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยที่ติดสุราแต่ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 กลับไปดื่มสุราซ้ำ (Bradizza, Stasiewicz, & Paas, 2006; Witkiewitz & Marlatt, 2004) การกลับไปดื่มซ้ำทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราลดลง สัมพันธภาพในครอบครัวเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น เป็นภาระของสังคมและยังสร้างปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรงตามมา ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อรายได้ประชาชาติของประเทศโดยรวม (Ettner 2006; Slaymaker and Owen 2006) ซึ่งปัญหาที่เลิกดื่มไม่ได้ คือการกลับไปดื่มซ้ำในช่วง 6-12 เดือนแรกเพราะสมองยังไวกับสุรามาก การกลับไปติดสุราซ้ำมักเริ่มจากผู้ป่วยอาจมีอาการที่เปลี่ยนไปได้ง่าย เช่น หงุดหงิด เครียดง่าย ไม่สนใจดูแลตัวเองและต้องกลับเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดซ้ำถึง ร้อยละ 45-60 (สถาบันธัญญารักษ์, 2550)

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนครินทร์เป็นหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตให้บริการในระดับตติยภูมิในพื้นที่เขตบริการที่ 9 ครอบคลุมพื้นที่ให้บริการ 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัด ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ และนครราชสีมา ปี 2556 มีสถิติผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยในจำนวน 2,780 คนต่อปี มีจำนวนผู้ป่วยที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับสุรามารับบริการมากขึ้นเรื่อยๆทั้งแบบผู้ป่วยในและแบบผู้ป่วยนอก โดยจัดอยู่ใน 5 ลำดับแรกของผู้มารับบริการทั้งหมด และจากสถิติของผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2556 พบมีจำนวน 9,684 คน 10,103คน และ 9,546 คนตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 2,307 คน 2,924 คน และ 3,190 คน ตามลำดับ

ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 389,392 และ 366 คน ตามลำดับและผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับมาติดเชื้อราซ้ำและต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 7.5, 5.0, และ 6.2 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์, 2556)

หลังจากการบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อราพบว่า ผู้ที่ติดเชื้อราแล้วมักจะไม่สามารถเลิกดื่มได้ โดยง่ายมีการกลับไปดื่มซ้ำอีก 90 % ของผู้ติดเชื้อรา (Polich, Armor, & Braiker, 1981) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชัชวาล ศิลปะกิจ และ รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย (2550) ที่ศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดแบบเมทริกซ์ในผู้ป่วยติดเชื้อราแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ มีผู้ป่วยที่เข้าร่วมทั้งหมด 41 คน เมื่อติดตามครบ 2 ปีพบว่าผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำถึงร้อยละ 75 และข้อมูลจากสำนักแผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ พบว่าภาวะอารมณ์ที่ไม่ดี เช่น คับข้องใจ โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า เปื่อแข็งทำให้กลับไปดื่มซ้ำร้อยละ 35 ปัญหาทางด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีปัญหากับผู้สมรส เพื่อนทำให้กลับไปดื่มซ้ำถึงร้อยละ 16 และแรงกดดันจากสังคม เป็นอิทธิพลที่เกิดจากกลุ่มเพื่อนหรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำได้ถึงร้อยละ 20 ปัญหาการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ติดเชื้อราจึงนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ

สาเหตุที่ผู้ป่วยติดเชื้อราแล้วกลับไปดื่มซ้ำของมาแลทและกอร์ดอน (Marlatt & Gordon, 1985) พบว่าการที่ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำเพราะว่าไม่สามารถที่จะจัดการตนเองได้ในสถานการณ์เสี่ยงสูง เช่น อารมณ์ที่ไม่ดี ความสัมพันธ์ที่เป็นปัญหา แรงกดดันจากสังคม และการเผชิญกับตัวกระตุ้นสิ่งเร้า และไม่สามารถที่จะแก้ไขสถานการณ์ได้ รวมถึงคาดหวังผลดีของการดื่มสุราทำให้เกิดความรู้สึกสบายไม่ต้องรับรู้ถึงปัญหา ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงสาเหตุที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์จำนวน 5 คน พบว่าผู้ป่วยจำนวน 2 คน ให้เหตุผลว่าเพราะปฏิเสธเพื่อนไม่ได้ เกรงใจเพื่อนก็ต้องดื่ม ผู้ป่วยจำนวน 2 คนให้เหตุผลว่าเพราะต้องไปงานเลี้ยงสังสรรค์ งานเทศกาลต่างๆ ทำให้ห้ามใจตัวเองไม่ได้ และผู้ป่วยอีก 1 คน ให้เหตุผลว่าเพราะเครียดเรื่องปัญหาครอบครัวไม่รู้จะทำยังไงก็กลับมาดื่มสุราคลายเครียด (บุษกร วรารอมรเดช, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ (2542) กล่าวว่าสาเหตุด้านจิตใจที่ทำให้ติดเชื้อราเกิดจากการที่มีความขัดแย้งอย่างรุนแรงในใจ เช่น กระบวนการคิด ภาวะอารมณ์ ความตึงเครียด ความก้าวร้าว การมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน จึงทำให้เลิกดื่มสุราไม่สำเร็จ นอกจากนี้ นิภาวัล บุญทัษณ (2553) กล่าวว่าสาเหตุที่ผู้ใช้สารเสพติดหลังการบำบัดแล้ว เกิดจากการที่ผู้ใช้สารเสพติดขาดความรู้ที่ถูกต้อง มีเจตคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สาร เช่น เชื่อว่าสารเสพติดเป็นสิ่งที่ดีสร้างความสุขได้ ทำให้ลืมหุบกษ์ ขาดทักษะการปฏิเสธที่เหมาะสมและมีวิธีการจัดการและแก้ไขปัญหามิถูกต้อง



สอดคล้องกับการศึกษาของภาวดี โทท่าโรงและคณะ (2551) พบว่าอุปสรรคในการที่ทำให้การเลิกดื่มสุราไม่สำเร็จเกิดจาก ไม่สามารถบังคับใจตัวเองได้ ไม่กล้าแสดงออก มีสุราไว้ในบ้านและยังต้องมีการเข้าสังคมกับเพื่อน

จากการศึกษาปัจจัยของการติดสุราซ้ำมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมต่อการดื่มสุราที่บิดเบือน จากทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราที่มีประสิทธิภาพและทำให้ผู้ป่วยที่ดื่มสุรามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นพบว่ามี 4 รูปแบบ คือ การเผชิญตัวกระตุ้น (Cue exposure therapy) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) การรักษาระยะสั้น (Brief intervention) และการรักษาชนิดเพิ่มแรงจูงใจ (Enhanced motivation) ซึ่งประสิทธิภาพการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดเฉพาะที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื้อหาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่สำคัญคือการวิเคราะห์องค์ประกอบของการดื่มสุรา การฝึกทักษะที่จำเป็นในการแก้ปัญหา การปรับความคิดพฤติกรรมและเรียนรู้พฤติกรรมใหม่และการเสริมแรง (Longabaugh & , Morgenstern , 1999 ;Kadden, 2001)

โดยผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดพื้นฐานของความคิดและพฤติกรรมของเบค (Beck, 1993) ซึ่งมีความเชื่อว่ารูปแบบความคิดเกิดจากความเชื่อที่เรียกว่าความเชื่อระดับลึก (Core belief) เป็นความเชื่อที่ฝังแน่นมาของคนๆนั้น ส่วนใหญ่เป็นความเชื่อที่ไม่รู้ตัว ความเชื่อที่แฝงอยู่นี้จะแสดงให้เห็นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นและจะออกมาในรูปแบบความคิดอัตโนมัติ ความคิดที่ผุดขึ้นในสมองบ่อยๆ เรียกความคิดเหล่านั้นว่า “ความคิดอัตโนมัติ” (พิชัย แสงชาญชัย, 2544) ความคิดที่เกิดขึ้นเป็นความคิดที่มีเนื้อหาบิดเบือน เลือกรูขุมข้อมูลตามความคิดตน ซึ่งเกิดขึ้นอัตโนมัติไม่สามารถควบคุมได้ เช่น คิดว่าสุราช่วยทำให้มีความรู้สึกในทางบวก เช่น สดชื่น สนุกสนาน ก็จะทำให้เพิ่มความเชื่อในความคิดเหล่านั้นว่าถูกต้อง ส่งผลกระทบด้านอารมณ์และพฤติกรรม จึงยังคงใช้สุราต่อไปหรืออาจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลง แยกแยะความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม รู้เท่าทันความคิดนั้นและพัฒนาความคิดนั้นให้เป็นไปในทางบวกและเป็นประโยชน์แทนที่ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยพบกับสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่เสี่ยงทำให้กลับไปเสพสุราซ้ำ ผู้ป่วยก็จะสามารถหยุดความคิดของตนเองโดยการตระหนักว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น และถามตัวเองว่าความคิดนี้จริงหรือไม่ โดยนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ให้บุคคลนั้นมีความคิด ความเชื่อที่ถูกต้อง สามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม

จากที่กล่าวข้างต้น พบว่าการป้องกันการติดซ้ำเป็นการรักษาหลังจากหยุดติ่มสุราได้ระยะหนึ่งแล้ว มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ดีขึ้นแทนพฤติกรรมเดิมในอดีตที่เกี่ยวกับการติดสุรา เป็นช่วงที่ยากที่สุดเพราะมีโอกาสสูงมากที่ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นจากตัวกระตุ้นภายนอก เช่น เพื่อน สถานการณ์ที่เคยติ่มสุรา หรือตัวกระตุ้นภายใน เช่น ความเครียดในชีวิตประจำวัน ปัญหาความสัมพันธ์ มาโนช หล่อตระกูล (2555) และพบว่า การบำบัดผู้ติดสุราโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพช่วยป้องกันการกลับติดซ้ำและลดปริมาณการติ่มในผู้ติดสุรา

สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวดี โททาโรงและคณะ (2551) ที่พบว่าวิธีที่ทำให้เลิกติ่มสุราได้อย่างถาวรประกอบด้วย การใช้ความพยายามอดทนและหลีกเลี่ยงไม่ไปติ่มสุรา คิดถึงผลบวกเมื่อเลิกติ่มสุราได้ และมีทักษะการปฏิเสธที่เหมาะสม

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสร้างจินตนาการมาใช้ร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งพบว่าวิธีผ่อนคลายความเครียดมีหลายวิธี ซึ่งต่างก็มีประสิทธิภาพในการลดความเครียดของบุคคล กำพล ศีร์วัฒนกุล (2557) กล่าวว่า การผ่อนคลายด้วยเทคนิคการจินตนาการ (Autogenic training) เป็นศาสตร์ซึ่งประยุกต์มาจากหลักการสะกดจิตซึ่ง ดร.ชูลส์ (Dr.Schultz) ได้พัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1932 ซึ่งมีประโยชน์ช่วยทำให้สมาธิและความจำดีขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ขจัดความวิตกกังวล และมรยาท รุจิวิษณุ (2556) กล่าวว่า จินตนาการมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการควบคุมความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความคิดและจินตนาการเป็นปัจจัยกระตุ้นสภาพอารมณ์ จินตนาการสร้างสรรค์ทำให้อารมณ์ปลดปล่อย รู้สึกสบายพลังความเครียดทางอารมณ์ไหลเวียนอย่างสะดวกช่วยให้กล้ามเนื้อของอวัยวะทุกส่วนผ่อนคลายเมื่อเกิดภาวะสงบหรือผ่อนคลาย ทำให้ร่างกายมีความพร้อมที่จะรับคำแนะนำต่างๆ สอดคล้องกับ สุกมา แสงเดือนฉาย (2553) กล่าวว่า ควรนำวิธีการฝึกจิต ฝึกสมาธิ มาประยุกต์ใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้รู้เท่าทันความคิดของตนและสามารถแก้ไขปัญหาด้วยปัญญา ซึ่งเป็นวิธีที่สำคัญที่ใช้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมของบุคคลได้และทำให้มีความคงทนของพฤติกรรม กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2557) กล่าวว่าวิธีผ่อนคลายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสร้างจินตนาการ การทำสมาธิ ฯลฯ ล้วนแล้วแต่ทำได้สะดวกไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและยังช่วยลดการเร้าอารมณ์ ในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ระบบสมองส่วนลิมบิก (Limbic) ถูกกระตุ้นน้อยลง ความเครียดทางอารมณ์ จึงลดลงไป และก็จะรู้สึกดีขึ้น ทั้งด้านจิตใจและร่างกาย

โดยพบว่ามีงานวิจัยที่ได้นำการฝึกสมาธิมาใช้ก่อนการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมทุกครั้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความวิตกกังวล ลักษณะประจำตัวและขณะปัจจุบันทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามต่ำกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่.05 (ยุพาพักรณ์ รักมณีวงศ์และคณะ , 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์โดยนำโปรแกรมการสร้างจินตนาการมาร่วมใช้ในการบำบัดก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายส่งผลให้มีความพร้อมเข้าสู่กระบวนการบำบัดความคิดและพฤติกรรมให้มีประสิทธิผลมากขึ้น โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่นำไปสู่การดื่มสุรา ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม ตรวจสอบและปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสม สามารถแยกแยะสถานการณ์เสี่ยงที่จะกลับไปติดสุราซ้ำ ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา วิเคราะห์ผลดี ผลเสีย และฝึกทักษะการปฏิเสธที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา ซึ่งการบำบัดความคิดและพฤติกรรมพบว่า มีการนำไปบำบัดอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรควิตกกังวล เป็นต้น อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยติดสุรายังพบว่ามีการวิจัยค่อนข้างน้อย และส่วนใหญ่นำไปใช้ในการบำบัดแบบผู้ป่วยในและมีค่อนข้างจำกัด นอกจากนี้ยังไม่พบที่มีการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมและโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุรา เพื่อนำผลจากการวิจัยไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุรา

### 1.2.1 วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดช้ำในผู้ป่วยติดสุราระหว่ำงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบดัควมคิดและพฤติกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกำรสร้ำงจินตนำกำรร่วมกำกับโปรแกรมบำบดัควมคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควมคุมที่ได้รับกำรพยำบำลตำมปกติ

### 1.3 ค่ำถำมกำรวิจัย

1.3.1 พฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดช้ำในผู้ป่วยติดสุร่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบดัควมคิดและพฤติกรรมแตกต่งกันหรือไม่

1.3.2 พฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดช้ำในผู้ป่วยติดสุร่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกำรสร้ำงจินตนำกำรร่วมกำกับโปรแกรมบำบดัควมคิดและพฤติกรรมแตกต่งกันหรือไม่

1.3.3 พฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดช้ำในผู้ป่วยติดสุร่าก่อนและหลังที่ได้รับกำรพยำบำลตำมปกติแตกต่งกันหรือไม่

1.3.4 พฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดช้ำในผู้ป่วยติดสุร่าระหว่ำงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบดัควมคิดและพฤติกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกำรสร้ำงจินตนำกำรร่วมกำกับโปรแกรมบำบดัควมคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับกำรพยำบำลตำมปกติแตกต่งกันหรือไม่

### 1.4 ตัวแปรที่ใช้ในกำรวิจัย

1.4.1 ตัวแปรอิสระได้แก่ โปรแกรมป้องกันกำรติดช้ำในผู้ป่วยติดสุร่าจำแนกออกเป็น 2 วิธี คือ โปรแกรมบำบดัควมคิดและพฤติกรรม และโปรแกรมกำรสร้ำงจินตนำกำรร่วมกำกับโปรแกรมบำบดัควมคิดและพฤติกรรม

1.4.2 ตัวแปรตำม ได้แก่ พฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดช้ำในผู้ป่วยติดสุร่า

### 1.5 ขอบเขตกำรวิจัย

กำรวิจัยนี้เป็นการศึกษำผลของกำรใช้โปรแกรมกำรสร้ำงจินตนำกำรร่วมกำกับโปรแกรมบำบดัควมคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดช้ำในผู้ป่วยติดสุร่า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดสุร่าที่เคยได้รับกำรบำบดัรักษำในโรงพยาบาลจิตเวชนครรำชสิมำรำชนครินทร์ และมีระยะเวลาจำหน่ำยออกจ่ำงโรงพยาบาลจิตเวชนครรำชสิมำรำชนครินทร์ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 90 คน เป็นผู้ป่วยเพศช่ำย

ได้รับการวินิจฉัยโรคของ Diagnostic and statistical manual disorder fifth edition (DSM - 5) และ ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน มีอายุระหว่าง 20-60ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

## 1.6 นิยามศัพท์

**1.6.1 โปรแกรมการสร้างจินตนาการ** หมายถึงการผ่อนคลายความเครียดอย่างหนึ่งที่ใช้การจินตนาการเบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์ที่เคร่งเครียดสู่การระลึกถึงประสบการณ์ที่สงบสุขช่วยให้จิตใจผ่อนคลายรู้สึกสงบได้เหมือนอยู่ในสถานการณ์นั้นจริงๆ โดยให้ผู้รับการบำบัดได้รับโปรแกรมดังกล่าวก่อนการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทุกครั้ง

**1.6.2 โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม** หมายถึงโปรแกรมที่ผู้วิจัย ได้ประยุกต์มาจากแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1993) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุรา/ยาเสพติด ผู้วิจัยทำการบำบัดเป็นรายกลุ่ม โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 และ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งที่ 3 - 7 ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ ภายในระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ใช้เวลาบำบัดกิจกรรมละ 2 ชั่วโมง ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 สัมภาษณ์ภาพ สร้างมิตร กิจกรรมครั้งที่ 2 คิดอย่างไรไปให้ถึงเป้าหมาย กิจกรรมครั้งที่ 3 คิดอัตโนมัติ คิดถูกทาง กิจกรรมครั้งที่ 4 ปรับความเชื่อ เพื่อเลิกดื่ม กิจกรรมครั้งที่ 5 จัดการดี ไม่มีปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 6 ปฏิบัติดี ป้องกันได้ และ กิจกรรมครั้งที่ 7 บอกเล่าเรื่องราว

**1.6.3 การพยาบาลตามปกติ** หมายถึงการที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัด ซึ่งจะได้รับการบำบัดโดยให้คำปรึกษาแบบสั้น และให้การบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา โดยที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม

**1.6.4 ผู้ป่วยติดสุรา** หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and statistical manual disorder fifth edition (DSM - 5)

**1.6.5 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ** หมายถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยติดเชื้อมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกลับไปติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วยทักษะด้านการจัดการกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ การตัดสินใจ และการกล้าแสดงออก โดยใช้แบบประเมินทักษะการป้องกันการติดเชื้อตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติเกือบทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามความหมายดังนี้คือ

**1.6.5.1 ทักษะการจัดการกับปัญหา** หมายถึง ทักษะที่บุคคลสามารถระบุปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต ค้นหาสาเหตุ และแก้ไขปัญหาที่เหตุได้อย่างเหมาะสม

**1.6.5.2 ทักษะการตัดสินใจ** หมายถึง ทักษะที่บุคคลสามารถเลือกและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะมีการชักชวนให้ไปดื่มสุรา

**1.6.5.3 ทักษะการจัดการกับอารมณ์** หมายถึง ทักษะที่บุคคลยอมรับและระบุมารมณ์ที่ปรากฏได้ โดยสามารถระบุสาเหตุของอารมณ์ คิดก่อนแสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ต้องพึ่งพาสุรา

**1.6.5.4 ทักษะการกล้าแสดงออก** หมายถึง ทักษะที่บุคคลได้ตระหนักรู้ในการแสดงออกถึงความต้องการเลิกดื่มสุรา รวมถึงการบอกได้ถึงผลดีจากการเลิกดื่มสุราได้

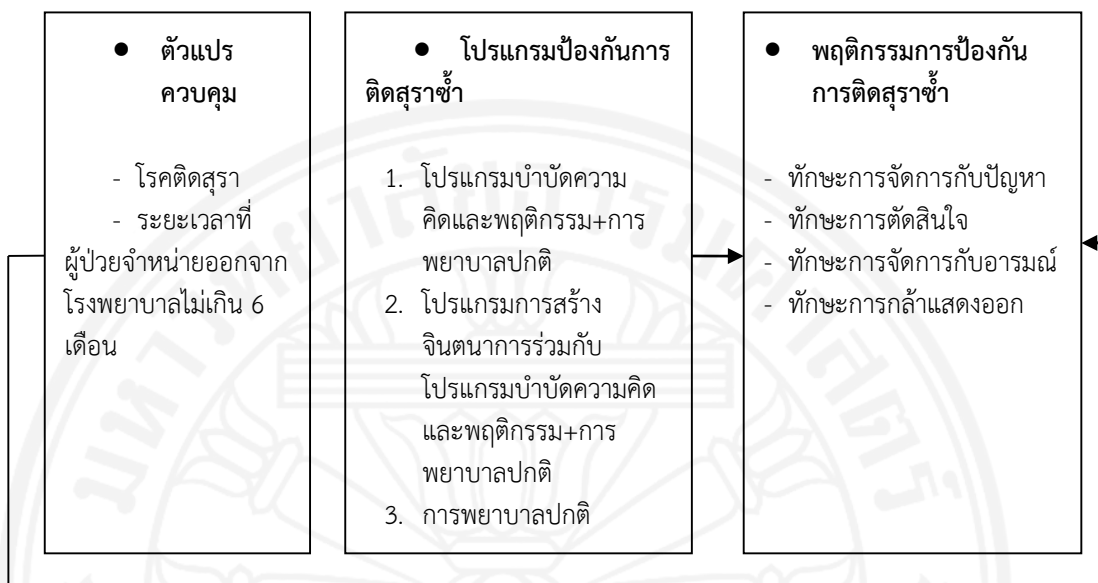
## 1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดพื้นฐานตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1993) โดยแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีความเชื่อว่ารูปแบบการคิดเกิดจากความเชื่อที่เรียกว่าความเชื่อระดับลึก (Core belief) เป็นความเชื่อที่ฝังแน่นมาของคนๆนั้น ส่วนใหญ่เป็นความเชื่อที่ไม่รู้ตัว ความเชื่อที่แฝงอยู่นี้จะแสดงให้เห็นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นและจะออกมาในรูปแบบความคิดอัตโนมัติ ซึ่งความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดที่เกิดขึ้นจากความเชื่อหรือประสบการณ์เดิมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้น ความคิดนี้จะเกิดขึ้นทันทีและหายไปอย่างรวดเร็ว (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2548) จนเราไม่ทันรับรู้ว่าความคิดอัตโนมัติเกิดขึ้น ความคิดนี้จึงมักขาดการพิจารณาอย่างรอบคอบ ถึงข้อเท็จจริงหรือความเป็นเหตุเป็นผล และพบว่าความคิดอัตโนมัตินี้มีอิทธิพลทำให้บุคคลเชื่อตามความคิดที่เกิดขึ้น และส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก รวมทั้งการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลนั้นด้วย ความคิดอัตโนมัติจึงมักมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะกับผู้ป่วยสุราและยาเสพติดเนื่องจากมีความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม เป็นทางลัดบิดเบือนจากความเป็นจริง กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการกลับไปดื่มสุรา (จรรยา ใจหนูน, 2551) โดยการบำบัดความคิดและ

พฤติกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ แยกแยะความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในปัญหา พัฒนาวិธีการจัดการกับปัญหา อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยจดจำความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลง และพัฒนาความคิดนั้นให้เป็นในทางบวกและเป็นประโยชน์เข้ามาแทนที่ ก็จะช่วยในการเลิกดื่มสุราได้ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นกระบวนการ ที่มีโครงสร้างชัดเจน ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด พูดคุยขั้นตอน และประโยชน์ของการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดที่นำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุรา การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคติดสุรา ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและฝึกทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้น การฝึกทักษะการตัดสินใจ การจัดการอารมณ์ และการกล้าแสดงออก เพื่อป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ และประเมินผลการบำบัด

งานวิจัยนี้ได้้นำเทคนิคผ่อนคลายความเครียดโดยการสร้างจินตนาการมาร่วมใช้ในการบำบัดก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมทุกครั้งเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รู้สึกผ่อนคลายเตรียมสภาพร่างกายด้านความความคิดและอารมณ์ให้สมดุล ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเมื่อร่างกายรู้สึกผ่อนคลายแล้วช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความตระหนักรู้เท่าทันความคิดของตนเองก็จะช่วยให้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยธรรมชาติของความเครียดจะส่งผลต่ออาการทางอารมณ์ ได้แก่ ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย และตัดสินใจไม่ได้ (มรรยาท รุจิวิษชญ์, 2556) ซึ่งผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถพบอาการเหล่านี้ได้บ่อย และต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ต่างๆที่ต้องผ่านเข้ามาในชีวิตประจำวันทั้งเรื่องที่ดีและไม่ดีทำให้เกิดผลแทรกซ้อนของอาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรมตามมา (มรรยาท รุจิวิษชญ์, 2556) เมื่อได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการทำให้สภาพอารมณ์ปลดปล่อย รู้สึกสบาย ระหว่างนี้เองเมื่อได้เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีสติ สมาธิ สามารถสำรวจความคิดของตนเองและส่งผลถึงการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและความคิดลบเป็นความคิดที่เหมาะสมและเป็นความคิดบวกได้ดียิ่งขึ้น (ยุพาพัทธ์ รักษณวิวงศ์, 2556)

### แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



#### 1.8 สมมุติฐานการวิจัย

- ผู้ป่วยติดเชื้อที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะมีคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม
- ผู้ป่วยติดเชื้อที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะมีคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม
- ผู้ป่วยติดเชื้อที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน
- ผู้ป่วยติดเชื้อที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแตกต่างกัน



## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้วิจัยได้ศึกษา ตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอสาระสำคัญตามลำดับ ดังนี้

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ

- 2.1.1 ความหมายการติดเชื้อ
- 2.1.2 ปัจจัยของการติดเชื้อ
- 2.1.3 การวินิจฉัยการติดเชื้อ
- 2.1.4 ผลกระทบจากการติดเชื้อ
- 2.1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ
- 2.1.6 พฤติกรรมการติดเชื้อที่แอลกอฮอล์
- 2.1.7 การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ

#### 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

- 2.2.1 ความหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
- 2.2.2 กระบวนการและประโยชน์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

#### 2.3 หลักและวิธีการสร้างจินตนาการ

- 2.3.1 โปรแกรมการฝึกสร้างจินตนาการ

#### 2.4 โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม

#### 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดสุรา

### 2.1.1 ความหมายของภาวะติดสุรา

Keller, 1991(อ้างใน ญาดา จีนประชา 2550) กล่าวถึงภาวะติดสุราว่าเป็นพฤติกรรมที่ดำเนินมานานแสดงออกด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยๆมากเกินไปจนเกินกว่าจะถือเป็นอาหาร และมากเกินไปบุคคลในสังคมนั้นๆจะทำได้ และเป็นปริมาณที่รบกวนต่อสุขภาพหรือสภาวะทางสังคมของคนดื่มและรบกวนต่อการประกอบอาชีพ

เกษม ต้นติผลาชีวะ (2536) กล่าวว่าภาวะติดสุราเป็นลักษณะการดื่มอย่างมากและนานเรื้อรังจนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและการทำหน้าที่ในสังคม

พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549) ได้ให้ความหมายของภาวะติดสุราไว้ว่าเป็นการดื่มที่ส่งผลกระทบต่อหลายด้านผู้ดื่มมักใช้เวลาส่วนใหญ่ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม ต้องการดื่มในปริมาณที่มากขึ้น ถ้าหยุดหรือดื่มน้อยลงจะเกิดอาการถอนพิษสุรา เช่น เหงื่อออก มือสั่นกระสับกระส่าย คลื่นไส้และที่สำคัญผู้ดื่มไม่สามารถควบคุมการดื่มหรือเลิกดื่มได้และยังคงดื่มต่อไปทั้งๆที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

สรุปได้ว่าภาวะติดสุราหมายถึงเป็นการดื่มสุราในปริมาณที่มากและเป็นระยะเวลาติดต่อกันนานจนเรื้อรังซึ่งผู้ดื่มไม่สามารถหยุดหรือเลิกดื่มได้แต่จะยิ่งเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นเรื่อยๆจนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน

### 2.1.2 ปัจจัยของการติดสุรา (สาวิตรี อัชนางค์กรชัยและคณะ, 2557)

ปัจจัยการติดสุราแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะทางพันธุกรรมและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีจากปัจจัยทางพันธุกรรมให้เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ลักษณะทางพันธุกรรม ยีนที่เกี่ยวข้องกับการติดสุราสามารถแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ๆได้แก่

#### 2.1.2.1 สาเหตุทางชีวภาพ (Biological model)

คือ พันธุกรรม ซึ่งมีการพิสูจน์ความสัมพันธ์ของพันธุกรรมที่มีผลต่อการดื่มสุราพบว่า เด็กในครอบครัวที่มีคนป่วยด้วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จะกลายเป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมากกว่าครอบครัวทั่วไป ฝาแฝดแท้มีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมากกว่าฝาแฝดเทียม และลูกชายของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง มีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังได้มากกว่า 4 เท่าของครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ปัจจัยที่สองที่มีอิทธิพลต่อการดื่มและติดสุราคือ ปัจจัยทางชีวเคมี และการทำงานของสมองพบว่าการดื่มสุราที่มากของแต่ละบุคคล หรือความต้องการอยากดื่มสุรานั้นจะอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง ดังนั้นสาเหตุของการติดสุราเกี่ยวข้องกับความคิดปกติในระบบการทำงานของสารสื่อประสาท

### 2.1.2.2 สาเหตุทางจิตวิทยา (Psychological model)

เชื่อว่า การติดสุรามีผลมาจากความกังวลลึกๆ ที่มีอยู่รอบๆตัวและมีความขัดแย้งในใจ (ปริทรรศน์ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) การที่มีความขัดแย้งอย่างรุนแรงในใจและเก็บความรู้สึกเอาไว้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ติดสุราหรืออาจเกิดจาก กระบวนการคิด ระดับสติปัญญา ภาวะอารมณ์ นอกจากนี้ความตึงเครียด ความก้าวร้าว ความรู้สึกซึมเศร้า การมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) รู้สึกไร้ค่า อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ติดสุรา

### 2.1.2.3 สาเหตุทางสังคม (Social model)

เชื่อว่า การติดสุราเกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อม แรงกดดันจากสังคม ลักษณะการเลี้ยงดู เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความยากจน ความขัดแย้งของคู่สมรส ความเครียดจากการทำงาน

สรุป ปัจจัยของการติดสุรามีความสัมพันธ์กับหลายๆ สาเหตุ ประกอบด้วยสาเหตุทางชีวภาพคือในเรื่องของพันธุกรรม สาเหตุทางจิตวิทยาเกี่ยวกับกระบวนการคิด ภาวะอารมณ์ และ สาเหตุทางสังคมได้แก่ ความขัดแย้งภายในครอบครัว แรงกดดันจากสังคม วัฒนธรรม ที่เกื้อหนุนให้เกิดการติดสุราได้

## 2.1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุรา (Alcohol dependence)

สาวิตรี อัจฉนาศึกษและคณะ (2557) กล่าวว่าลักษณะสำคัญของโรคติดสุรา คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ต้องมีความอยากดื่มสุราอย่างรุนแรง เหมือนมีแรงผลักดันภายในจิตใจให้ต้องดื่มสุรา จนบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถหักห้ามใจที่จะไม่ให้ดื่มได้ การเกิดโรคนี้ต้องใช้เวลาหลายเดือนหรือเป็นปี ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง

### 2.1.3.1 แนวทางการวินิจฉัย Alcohol dependence ตาม ICD-10 และตามเกณฑ์ DSM-5 มีดังต่อไปนี้

การวินิจฉัย Alcohol dependence ตาม ICD-10 การวินิจฉัยโรคติดสุราจะทำได้ก็ต่อเมื่อผู้ติดสุรมีลักษณะต่อไปนี้อย่างน้อยสามข้อเกิดขึ้นร่วมกันภายใน 1 ปีที่ผ่านมา

- 1) มีความต้องการที่จะดื่มสุราอย่างรุนแรงหรือมีความรู้สึกซ้ำๆ ว่าต้อง ดื่มให้ได้
- 2) มีความยากลำบากในการที่จะควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรา ตั้งแต่การเริ่มต้นดื่ม การหยุดดื่มและปริมาณการดื่ม
- 3) มีอาการทางร่างกายของภาวะขาดสุราเมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง ซึ่งแสดงออกโดยมีลักษณะเฉพาะของภาวะขาดสุรา หรือต้องดื่มสุราหรือใช้สารอื่นที่มีฤทธิ์คล้ายคลึงกันเข้าไปเพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอาการดังกล่าว
- 4) มีภาวะดื้อสุรา คือ ต้องดื่มปริมาณมากขึ้นกว่าเดิม เพื่อจะได้รู้สึกมีเมามาเท่าเดิม

5) ละเลยความสนุกสนานหรือความสนใจอื่นๆเพื่อไปดื่มสุรา เสียเวลาที่จำเป็นมากขึ้นในการแสวงหาสุรา ดื่มสุรา หรือพักฟื้นจากฤทธิ์ของสุรา

6) ยังคงดื่มสุราต่อไปทั้งๆ ที่มีหลักฐานชัดเจนว่ามีอันตรายเกิดขึ้นแล้ว เช่น ดับ ถูกทำลายเพราะการดื่มมากเกินไป

### 2.1.3.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรค Alcohol dependence ตาม DSM-5

สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัยและคณะ (2557) กล่าวว่าแบบแผนการดื่มสุราที่เป็นปัญหา ซึ่งนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ แสดงออกโดยมีอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้เกิดขึ้นในรอบ 12 เดือนเดียวกัน

- 1) มักดื่มสุราปริมาณมากกว่า หรือดื่มในเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้
- 2) จำเป็นต้องหมดเวลาไปกับกิจกรรมเพื่อการแสวงหาสุราในการดื่มสุราหรือในการพักฟื้นจากฤทธิ์ของสุรา
- 3) มีความอยาก หรือความต้องการอย่างรุนแรง หรือมีแรงผลักดันให้ดื่มสุรา
- 4) การดื่มสุราเสมอ ๆ ทำให้เกิดความล้มเหลวที่จะทำบทบาทหน้าที่สำคัญในด้านการงาน การเรียน หรือครอบครัว
- 5) ยังคงดื่มสุราต่อไปทั้งที่ทราบว่าตัวเองมีปัญหาสังคมหรือสัมพันธ์ภาพเกิดขึ้นถาวรหรือซ้ำแล้วซ้ำเล่าเนื่องจากการดื่มสุรา
- 6) ยกเลิกหรือลดกิจกรรมทางสังคม อาชีพการงานหรือสันทนาการลงไป เพราะการดื่มสุรา
- 7) ดื่มสุราเสมอๆ ในสถานการณ์ที่เสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ
- 8) ยังคงดื่มต่อไปทั้งๆ ที่ทราบว่าปัญหาสุขภาพกายหรือจิตใจเกิดขึ้นถาวรหรือซ้ำแล้วซ้ำเล่า ซึ่งน่าจะเกิดจากการดื่มสุรา หรือปัญหาแย่งลงเพราะการดื่มสุรา
- 9) มีภาวะดื้อสุรา นิยามโดยข้อหนึ่งข้อใดต่อไปนี้คือจำเป็นต้องดื่มมากขึ้นเพื่อให้เมาหรือได้ฤทธิ์เท่าที่ต้องการหรือได้รับผลน้อยลงหากยังคงดื่มในปริมาณเท่าเดิมต่อไป
- 10) มีภาวะขาดสุรา แสดงออกโดยข้อใดข้อหนึ่งและใช้สารอื่นที่มีฤทธิ์ใกล้เคียง (เช่น benzodiazepine) เพื่อแก้ไขหรือหลีกเลี่ยงอาการขาดสุรา

ใน DSM-5 มีเกณฑ์การวินิจฉัยรวมทั้งหมด 11 ข้อดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 เป็นกลุ่มอาการของความบกพร่องในการควบคุมการดื่มสุราซึ่งประกอบด้วยอาการในข้อ 1-4 คือ ผู้ดื่มสุรามักดื่มมากหรือดื่มนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความพยายามที่จะลดหรือเลิกดื่มแต่ทำไม่สำเร็จ ใช้เวลามากไปกับการหาสุรามาดื่ม ดื่มสุรา หรือพักผ่อนจากการเมาสุรา จนกระทั่งคนบางคนอาจจะใช้เวลาในชีวิตประจำวันทั้งวันไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราจนไม่ได้ทำอย่างอื่น และมีความรู้สึกอยากดื่มอยู่เสมอๆ ไม่เลือกเวลา แต่มักจะรู้สึกอยากดื่มมากขึ้นถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เคยดื่มหรือมีสุราให้ดื่ม

หมวดที่ 2 เป็นกลุ่มของความบกพร่องทางสังคม ประกอบด้วยอาการในข้อ 5-7 ได้แก่ การดื่มสุราบ่อยๆทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆได้ตามปกติ ยังคงดื่มสุราต่อไปเรื่อยๆที่มีปัญหาทางสังคม สัมพันธภาพเกิดขึ้นจากการดื่มสุราแล้ว และต้องยกเลิกหรือลดกิจกรรมที่สำคัญทางสังคม อาชีพการงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจลงไปเพื่อไปดื่มสุรา

หมวดที่ 3 เป็นพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมในข้อ 8-9 คือ การดื่มสุราในสถานการณ์ที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อร่างกาย และยังคงดื่มต่อไปทั้ง ๆที่ทราบดีว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพกายหรือจิตที่เกิดจากหรือถูกกระตุ้นจากการดื่มสุรา ใจความสำคัญของเกณฑ์ข้อนี้ไม่ได้โดยตรงที่ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นแล้วหรือไม่ แต่อยู่ที่ว่า คนๆนั้นไม่สามารถหยุดดื่มได้ทั้งๆที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว

หมวดที่ 4 เป็นฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ประกอบด้วยอาการในข้อ 10-11 ได้แก่ ภาวะดื้อสุรา (Tolerance) ซึ่งทำให้คนๆนั้นต้องดื่มสุรามากขึ้นเพื่อให้รู้สึกมีเมามาเท่าเดิมหรือรู้สึกเมาน้อยหากดื่มในปริมาณเท่าที่เคยดื่มแต่เดิม อาการดื้อสุรานี้มีความรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และต้องแยกให้ต่างจากอาการแพ้สุราที่เกิดขึ้นเมื่อดื่มครั้งแรกๆ และ ภาวะขาดสุรา (Withdrawal) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดต่ำลงเนื่องจากคนๆนั้นดื่มน้อยลงหรือหยุดดื่ม เมื่อมีอาการขาดสุรา ผู้ติดสุราก็มักจะดื่มสุราเข้าไปอีกเพื่อแก้อาการดังกล่าว

#### 2.1.4 ผลกระทบจากการดื่มสุรา

ผลกระทบของการดื่มสุราขึ้นกับลักษณะการดื่มและปริมาณการดื่ม การติดสุราและผลพิษจากสุราโดยตรงทำให้เกิดผลกระทบหลายประการ ทั้งด้านร่างกาย พฤติกรรม ด้านอารมณ์ ความคิด สังคม และเกิดปัญหาครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

##### 2.1.4.1 ผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง

การดื่มสุราเป็นสาเหตุของโรคถึงกว่า 60 โรคได้แก่ กลุ่มโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์โดยตรงเช่น โรคจิตจากสุรา (Alcohol psychosis) โรคติดสุรา (Alcohol dependence syndrome) โรคใช้สุราเกินขนาด (Alcohol abuse) โรคกระเพาะอักเสบจากสุรา โรคตับแข็งจากสุรา กลุ่มโรคที่ได้รับอิทธิพลจากแอลกอฮอล์ เช่น มะเร็งในช่องปาก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ

มะเร็งเต้านมในผู้หญิง มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งรังไข่ โรคเลือดออกในสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจล้มเหลว กลุ่มโรคความผิดปกติของเด็กในครรภ์ที่มารดาดื่มแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า โรคลมชัก โรคตับอ่อนอักเสบแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง และกลุ่มผลกระทบต่อสุขภาพแบบเฉียบพลัน เช่นอุบัติเหตุ การถูกสารพิษ การฆ่าตัวตาย ความรุนแรงและการทำร้าย

#### 2.1.4.2 ผลกระทบด้านอุบัติเหตุ

ข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติพบว่า อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการจราจรทางบกที่มีสาเหตุจากการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2542 จำนวน 1,346 คดีปี 2547 เพิ่มขึ้น 9,279 คดี คิดเป็น 7 เท่าในเวลา 5 ปี มีจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางบกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องปี 2542 จำนวน 47,770 ราย ปี 2548 เพิ่มขึ้น 94,364 ราย

#### 2.1.4.3 ผลกระทบด้านความรุนแรง

การดื่มสุราสัมพันธ์กับปัญหาความรุนแรงโดยเฉพาะความรุนแรงในครอบครัว ผู้รับผลกระทบส่วนใหญ่เป็นบุคคลคือคู่สมรสหรือเด็กที่เป็นสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุราแบบอันตรายกับการเกิดความรุนแรงภายในครอบครัวไทย พบว่าโดยการเปรียบเทียบครอบครัวที่มีความรุนแรง 100 ครอบครัวกับครอบครัวที่ไม่ใช้ความรุนแรง 100 ครอบครัว จาก 7 ชุมชนพบว่าครอบครัวที่มีความรุนแรงมีการดื่มสุราแบบอันตรายคิดเป็นร้อยละ 83 ส่วนครอบครัวที่ไม่มีความรุนแรงมีการดื่มสุราแบบอันตรายร้อยละ 56

#### 2.1.4.4 ผลกระทบปัญหาด้านเพศ

นักเรียนที่มีประสบการณ์เคยดื่มสุราในชีวิตจะมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยมีประสบการณ์การดื่มสุราในชีวิตทั้งเพศชายและเพศหญิง

#### 2.1.4.5 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการดื่มสุรา พบว่า ในปี 2549 ซึ่งจำแนกเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ต้นทุนจากทรัพย์สินเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุทางบก ต้นทุนจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้อง คิดเป็นมูลค่า 6,512.9 ล้านบาท (สวितริ อัจฉนงค์ชัยและคณะ, 2557)

สรุปการดื่มสุราส่งผลกระทบต่อผู้ดื่มทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคม และครอบครัว โดยมีผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยจากแอลกอฮอล์โดยตรง เช่นโรคตับแข็ง โรคจิตจากสุรา รวมถึงเกิดผลกระทบทั้งในด้านเศรษฐกิจ ด้านอุบัติเหตุเกิดความสูญเสียชีวิต ปัญหาความรุนแรงภายในครอบครัว ดังนั้นผู้ป่วยโรคติดสุราจึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาเพื่อให้สามารถควบคุมพฤติกรรมดื่มอย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 2.1 แสดง ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และอาการเมาสุราตามปริมาณสุราที่ดื่มเข้าไปในคนน้ำหนักตัว 70 กิโลกรัม ที่ไม่เคยดื่มสุรา

ปริมาณการดื่มสุรานำยดื่ม มาตรฐาน	มก./100 มล. (กรัม %)	อาการเมาสุรา
เบียร์ 2 กระป๋องหรือ 1 ขวดใหญ่ (2 หน่วย)	30 (0.03)	ครึกรึกรื่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ พุดมากแต่ไร้ สาระ ขาดสติ การตัดสินใจบกพร่อง
เบียร์ 2 ขวดใหญ่ (4 หน่วย)	50 (0.05)	เพิ่มความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ บาดเจ็บและ พฤติกรรมรุนแรง
เบียร์ 6 ขวดใหญ่ ( 12 หน่วย)	150 (0.15)	พุดไม่ค่อยชัด เดินเซ สับสน ไม่รู้เวลาสถานที่ บุคคล เพิ่มความเสี่ยงที่จะหกล้มและ กระตุกหัก
เหล้าขาว-สี1 แบน (16 หน่วย)	200 (0.20)	สติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลง สับสน ง่วงซึม แต่ สามารถปลุกให้ตื่นได้ ทำอะไรโดยไม่รู้ตัว
เหล้าขาว-สี1.5 – 2 แบน หรือ3/4 – 1 ขวด	300 -500 (0.30-0.50)	สำลักอาเจียน asphyxiation หายุดหายใจ หมดสติอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

ที่มา: สาวิตรี อัจฉางค์กรชัยและคณะ(2557). ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา:ความสำคัญและ  
การดูแลรักษาในประเทศไทย. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

### 2.1.5 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พบว่ามีการเริ่มต้นดื่มจากน้อยไปจนดื่มหนัก ทำให้มีการจำแนกการดื่มตามปริมาณและความเสี่ยงต่อปัญหาดังนี้ (พันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

#### 2.1.5.1 การดื่มแบบเสี่ยงน้อย

เป็นการดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ในผู้หญิง ซึ่งเทียบเท่ากับ เหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 2 กัง (60 มิลลิลิตร) หรือเบียร์ชนิดแรง 1.5 กระป๋อง หรือการดื่มไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ในผู้ชาย ซึ่งเทียบเท่ากับสุรา 40 ดีกรี ไม่เกิน 4 กัง (120 มิลลิลิตร) หรือเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง และมีวันที่ไม่ดื่มอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ การดื่มในลักษณะนี้อาจเรียกว่าดื่มอย่างปลอดภัยได้

#### 2.1.5.2 การดื่มแบบเสี่ยง

เป็นการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานในผู้ชาย แต่ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง ในปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยง

#### 2.1.5.3 การดื่มแบบอันตราย

เป็นการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย และดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานในผู้หญิง

#### 2.1.5.4 การดื่มแบบติด

เป็นรูปแบบการดื่มที่ไม่เหมาะสม (alcohol used disorders) จนกระทั่งเกิดความผิดปกติทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิด ทำให้ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่างๆบกพร่องไป เช่น การงานหรือ ครอบครัว และไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณ ความถี่ หรือ ไม่สามารถหยุดดื่มได้

สรุปพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นการดื่มแบบติดโดยไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้ โดยเริ่มจากการดื่มแบบเสี่ยงน้อย เป็นแบบเสี่ยง และเพิ่มเป็นแบบอันตรายจนในที่สุดเกิดความผิดปกติทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิด จนไม่สามารถหยุดดื่มได้เกิดเป็นโรคติดสุราและต้องได้รับการบำบัดรักษาต่อไป



**2.1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุรา (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)**

### 2.1.6.1 การรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment)

องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้การรับรองยา สำหรับการรักษาการติดสุราเพียง 3 ชนิด 4 ชนิดคือยาดีสซัลไฟแรม (Disulfiram) ยานาแทริกโซน (Naltrexone) ชนิดรับประทาน และยานาแทริกโซน (Naltrexone) ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อซึ่งสามารถออกฤทธิ์ได้นานและยาอะแคมโพรเสต (Acamprosate) ยารักษาผู้ติดสุราทั้งสามชนิดมีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน มีผลข้างเคียงที่แตกต่างกัน เหมาะสำหรับผู้ป่วยติดสุราที่มีลักษณะแตกต่างกันซึ่งผลการรักษาโดยรวมสนับสนุนว่ายานเหล่านี้มีประสิทธิภาพทำให้หยุดดื่มโดยสิ้นเชิง ลดการดื่มหนักและเพิ่มโอกาสหรือความยาวนานที่หยุดดื่มสุราในขณะที่ยาโทไพราเมท (Topiramate) เป็นยากันชักที่มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิผลในการลดการดื่มหนักได้ดีกว่ายาอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนยากลุ่มอื่น เช่น ยาด้านซึมเศร้ายังไม่มีหลักฐานมากพอที่จะสนับสนุนในการใช้รักษาผู้ติดสุราที่ไม่มีอาการซึมเศร้า

### 2.1.6.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

จิตสังคมบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ติดสุรามีอาการดีขึ้นในช่วงเริ่มต้นการหยุดดื่มและถอนพิษสุราและช่วยป้องกันการกลับไปติดซ้ำในช่วงการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าสู่การบำบัดหรือไม่ยอมรับการบำบัด จิตสังคมบำบัดสามารถช่วยลดอันตรายและลดผลกระทบจากการดื่มและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษาต่อไป พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) กล่าวว่าจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุราที่มีประสิทธิภาพได้แก่

- 1) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral therapy :CBT) และการป้องกันการกลับไปติดซ้ำ (Relapse prevention: RP)
- 2) การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivations Interviewing : MI and Motivational Enhancement therapy: MET)
- 3) การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI)
- 4) การส่งเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน
- 5) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapies) ได้แก่ Community reinforcement approach (CRA)
- 6) การดูแลรายกรณี (Case management)
- 7) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา  
นิรนาม หรือกลุ่มเอเอ

8) การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated treatment) การให้การบำบัดที่เกิดประสิทธิผลสูงสุดนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยทั้งความรู้ และทักษะของผู้บริการ ความรุนแรงในการติด ปัญหาอื่นที่พบร่วมเช่น โรคทางจิตเวช โรคทางกาย ครอบครั้ว สิ่งแวดล้อม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สรุปการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราประกอบด้วยการรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคมโดยพบว่า การบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพมีหลายวิธี เช่นการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การบำบัดแบบสั้น เป็นต้น ซึ่งช่วยป้องกันการกลับไปติดซ้ำในช่วงการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากที่ผู้ป่วยพ้นระยะถอนพิษสุรา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราได้ยาวนานมากขึ้น

### 2.1.7 การป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุรา

ปาร์ค แอนเดอสัน และมาร์แลต (Parks, Anderson & Marlatt, 2001) กล่าวถึงการป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุราไว้ดังต่อไปนี้

#### 2.1.7.1 ธรรมชาติของการติดซ้ำ

หลังจากผู้ป่วยผ่านพ้นระยะถอนพิษสุราและได้รับการบำบัดทางจิตสังคมเบื้องต้น ผู้ป่วยอาจหยุดหรือลดการดื่มได้ระยะหนึ่ง ปัญหาที่มักเกิดตามมาคือ ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำจนก่อให้เกิดปัญหาตามมาอีก ขั้นตอนการดูแลเพื่อป้องกันการกลับดื่มซ้ำ (Relapse prevention) จึงมีความสำคัญมากเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงภาวะของการหยุดสุราได้อย่างต่อเนื่อง และป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ วิธีการป้องกันการกลับดื่มซ้ำนั้น มีทั้งการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมทักษะให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้

กลไกการเสพติด เป็นกลไกตามธรรมชาติของร่างกาย เพื่อให้เกิดการแสวงสิ่งซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องคือ โดปามีน (Dopamine) ซึ่งสารเสพติดแต่ละชนิดจะมีกลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญอยู่ 2 ส่วน คือ ส่วนแรกจะเป็นการออกฤทธิ์ที่ตัวรับ (Receptor) เฉพาะ จึงทำให้สารเสพติดมีฤทธิ์เฉพาะตัวที่แตกต่างกันไปส่วนที่สองคือ เป็นส่วนที่กระตุ้นให้สมองส่วนควบคุมความพอใจ หลังสารโดปามีนออกมามากขึ้น ทั้งเฮโรอีน โคเคน ยาบ้า กัญชาแม้กระทั่งสุราและบุหรี่ สารโดปามีนนี้เองมีผลต่อความทรงจำของการเรียนรู้และทำให้เกิดแรงจูงใจที่ทำให้เกิดการใช้สารเสพติดในที่สุดฤทธิ์ของสุรายาเสพติดจะตรงถึงเข้าไปที่ศูนย์สมองส่วนควบคุมความพอใจ หลังโดปามีนออกมามากเกินกว่าปกติ ผู้เสพจึงรู้สึกเป็นสุขวิธีการพวกนี้ทำให้ได้ความสุขก็จริง แต่เป็นความสุขสุดขีดในระยะเวลานั้น ฤทธิ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความประทับใจ ผิงอยู่ในความทรงจำพร้อมที่จะไขว่คว้าหามาใช้อีก

### 2.1.7.2 สถานการณ์เสี่ยงต่อการติดซ้ำ

การกลับไปติดซ้ำมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่มีขั้นตอนมากกว่าที่จะเป็นความล้มเหลวของการเปลี่ยนแปลงซึ่งกระบวนการกลับไปติดซ้ำประกอบด้วยเหตุการณ์ทั้งภายนอกและภายในบางครั้งผู้ป่วยอาจจะพลั้งเผลอหรือเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝัน ดังนั้นหากผู้บำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นสัญญาณนั้นก่อนก็จะเป็นประโยชน์ในแง่ของการป้องกันการกลับไปติ่มซ้ำการที่ผู้ป่วยกลับไปติ่มสุราครั้งแรกๆ หลังจากหยุดสุรามาได้ระยะหนึ่ง มิได้หมายความว่าผู้ป่วยจะต้องกลับไปติดสุราทันที หากผู้ป่วยรู้เท่าทันและรีบกลับมาตั้งหลักในการที่จะเลิกสุราต่อไป ผู้ป่วยก็อาจรอดพ้นจากการติดสุราซ้ำ ผู้ป่วยยังคงรู้สึกที่ตัวเองสามารถควบคุมตัวเองได้ หากผู้ป่วยไม่กลับไปใช้สุราหรือปฏิบัติตามแนวทางการเลิกสุรา ผู้ป่วยยิ่งหยุดสุราได้นานเท่าไร ตัวผู้ป่วยเองก็จะรู้สึกที่สามารถควบคุมตนเองได้ดีมากขึ้นเท่านั้น

วิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงสูงต่อการควบคุมตนเองไม่ได้ (High-risk situation) คือ สถานการณ์ที่เสี่ยงสูงต่อการควบคุมตนเองไม่ได้ และเสี่ยงต่อการกลับไปติดสุราซ้ำ (Marlatt and Gordon, 1985) วิเคราะห์การกลับไปมีพฤติกรรมที่มีปัญหาซ้ำ (Relapse) และเสี่ยงต่อการกลับไปติดสุราซ้ำ การสูบบุหรี่ การพนัน และการกินอาหารที่มากเกินไป โดยพบว่าร้อยละ 75 ของการกลับไปมีพฤติกรรมดังกล่าวซ้ำเกี่ยวข้องกับสถานการณ์เสี่ยงสูง 4 ประเภท

#### 1) ภาวะอารมณ์ที่ไม่ดี

คับข้องใจ โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อเซ็ง เป็นต้น ซึ่งอารมณ์ที่ไม่ดีอาจเป็นอาการส่วนหนึ่งของภาวะทางจิตเวชที่ผู้ป่วยมีก็เป็นได้ ทำให้กลับไปเสพ/ติ่มซ้ำร้อยละ 35

#### 2) ปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น

มีปัญหากับคู่สมรส เพื่อน สมาชิกอื่นของครอบครัว นายจ้าง ผู้ร่วมงาน มักทำให้เกิดการโต้เถียงเป็นอารมณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้กลับไปเสพ/ติ่มซ้ำร้อยละ 16

#### 3) แรงกดดันจากสังคม

เป็นอิทธิพลที่เกิดจากกลุ่มเพื่อนหรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยหวนกลับไปติ่มอาจเป็นได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรงได้แก่ เพื่อนที่ติ่มสุราพูดชักชวน ทางอ้อมได้แก่ เจอเพื่อนกำลังติ่มสุรา ทำให้กลับไปเสพ/ติ่มซ้ำร้อยละ 20

#### 4) สถานการณ์เสี่ยงอื่นๆ

ได้แก่ ขณะมีอาการถอนสุรา การทดสอบตัวเอง การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้อยากเสพ (Cues or Triggers) ที่ทำให้อยาก (Craving, urges)

### 2.1.7.3 การจัดการต่อสถานการณ์เสี่ยงต่อการติดยา

ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยอาจไม่เคยมีทักษะหรือกลวิธีที่จะเอาชนะสถานการณ์มาก่อน หรือมีความวิตกกังวล ความกลัว ทำให้ขาดสติ ความคาดหวังต่อฤทธิ์ของสุราว่า ตึ้มแล้วจะรู้สึกสบาย มีความสุข ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจลดลงและมักจะยอมแพ้ได้ง่ายๆ ในสถานการณ์นั้นๆ คำพูดที่เกิดขึ้น เช่น “ฉันทนไม่ไหวหรอก” โอกาสของการกลับไปติดยาจะยิ่งสูงมากขึ้น พรทิพย์ คงสัทย์ (2556) กล่าวว่า ผู้ป่วยจึงควรมีการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงและตัวกระตุ้นเพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดสุราซ้ำ มีดังต่อไปนี้

#### 1) ตั้งสติ รู้เท่าทันตัวกระตุ้น

ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่สิ่งเหล่านี้เป็นสัญญาณอันตรายของการกลับไปติดยาซ้ำ และนำพากลับไปสู่การติดสุราซ้ำในที่สุด หากผลอดึ้มไปแล้ว หยุดการตึ้มอยู่แค่นั้นแล้วกลับมาปฏิบัติตามแนวทางที่ตั้งใจไว้ในกาเลิกสุรา

#### 2) หลีกเสี่ยงสถานการณ์เสี่ยง

เป็นเหตุการณ์ที่มีโอกาสตึ้มได้สูงหากอยู่ในที่นั้น เช่น อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ตึ้มช่วงเวลาที่เคยได้ตึ้ม สถานที่ เทศกาล งานเลี้ยงต่างๆ หากหลีกเสี่ยงได้ให้หลีกเสี่ยง หากหลีกเสี่ยงไม่ได้ ใช้การปฏิเสธ

#### 3) ให้อภัยตัวเอง

บางครั้งผู้ป่วยอาจพลั้งเผลอกลับไปตึ้มสุรา หลังจากหมดฤทธิ์สุรา ผู้ป่วยอาจรู้สึกผิดที่ตนเองพลั้งเผลอ และขาดความเชื่อมั่นในการเลิกสุรา สำหรับผู้ที่รู้สึกผิดต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากเดิมมีความตั้งใจมากนั่นเอง ให้อภัยตัวเองแล้วบอกตัวเองว่า การกลับไปตึ้มครั้งแรกยังไม่ใช่การกลับไปติดยา เพียงแต่มีความเสี่ยงสูงจนทำให้ควบคุมการตึ้มได้ยากขึ้นเรื่อย ๆ

#### 4) ตั้งเป้าหมาย

หยุดตึ้มโดยเด็ดขาดมากกว่าควบคุมการตึ้มทำให้ประสบความสำเร็จในการเลิกตึ้มในระยะยาวมากกว่าการผ่อนปรนเป้าหมายการเลิกสุรามาเป็นกาควบคุมการตึ้ม มีโอกาสล้มเหลวมากขึ้น

#### 5) ฝึกกาผ่อนคลายอารมณ์

เช่น การออกกำลังกาย ปฏิบัติธรรม พูดคุยกับเพื่อนที่ให้อกำลังใจหรือพูดคุยกับผู้บำบัด ออกห่างจากวงเหล้า เป็นต้น เมื่อเวลาผ่านไปนานพอสมควรโดยไม่ตึ้มสุราซ้ำอีก อารมณ์ที่แปรปรวนและความรู้สึกอยากตึ้มก็จะเบาบางไปเอง หากยังมีอยู่ก็ควรรีบปรึกษาแพทย์เพื่อช่วยบรรเทาอาการก่อนที่จะกลับไปติดสุราหนักอีกครั้ง

### 2.1.7.4 การจัดการกับตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่

#### 1) การหลีกเลี่ยง

เมื่อพิจารณาหรือวิเคราะห์ได้แล้วว่าอะไรคือตัวกระตุ้นสำหรับตนเอง สิ่งที่ได้ทำก่อนและง่ายคือการหลีกเลี่ยงหรือไม่เผชิญตัวกระตุ้นนั้น แล้วจึงหาวิธีกำจัดตัวกระตุ้นนั้นภายหลัง

#### 2) ทักษะการปฏิเสธ

ใช้ในกรณีที่หลีกเลี่ยงแล้วแต่ไม่สำเร็จ วิธีการปฏิเสธ 4 ขั้นตอน เริ่มจาก

1. กล่าวขอบคุณผู้ที่ชวนดื่ม “ขอบคุณมากเพื่อนที่ชวน”
2. บอกปฏิเสธไป “ผมไปด้วยไม่ได้หรอก” “ผมดื่มไม่ได้หรอก”
3. บอกเหตุผลที่ปฏิเสธ “ฉันอยากดูแลสุขภาพให้แข็งแรง หอมสิ่งห้ามเด็ดขาด เพราะตับเริ่มอักเสบแล้ว” “วันนี้มีธุระ”
4. ออกจากตรงนั้น “ผมขอตัวนะ”

#### 3) การบริหารเวลา

ช่วงเวลาที่เป็นตัวกระตุ้นสำคัญ คือเวลาเย็น เพราะเป็นเวลาเลิกงานและเคยชินกับการได้ดื่มสุรา จัดการโดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด การเปลี่ยนกิจกรรมที่กำลังทำอยู่ การฝึกผ่อนคลาย การโทรศัพท์ปรึกษาใครบางคน การหลบออกจากสถานการณ์นั้น ๆ ชั่วคราว เป็นต้น

### 2.1.7.5 การฝึกทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้นภายใน

เป็นทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นให้รับรู้ถึงอาการเตือนด้านร่างกายหรือปฏิกิริยาของร่างกายที่แสดงออก ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นภายใน แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

#### 1) การเตรียมตัวต่อตัวกระตุ้น

เป็นการเตรียมตัวให้รู้เท่าทันความอยาก โดยการฝึกสังเกตตนเองว่าอาการอยากดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับอารมณ์อะไรบ้าง เช่น เหงา เศร้า เซ็ง เครียด วิธีการจัดการโดยการใช้วิธีการผ่อนคลาย เพื่อลดอารมณ์หรือความรู้สึกต่างๆ นั้นลงได้

#### 2) คาดการณ์ถึงผลดี ผลเสีย

เมื่อเกิดอาการอยากดื่มเกิดขึ้น ควรออกมาจากสถานการณ์นั้น และพยายามคิดถึงผลที่จะเกิดตามมา โดยเปรียบเทียบระหว่างผลดีและผลเสีย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผลเสียมากกว่าผลดี และเน้นถึงผลดีเมื่อสามารถเลิกดื่มได้

#### 3) จัดการกับสิ่งที่มากระตุ้น โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย

1.การหายใจเข้า-ออกลึก ๆ เป็นเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดอย่างง่าย เทคนิคนี้จะช่วยให้สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายโดยอัตโนมัติเหล่านี้ได้ และส่งผลต่อไปถึงความสามารถในการควบคุมปฏิกิริยาความคิดได้อีกด้วย

2. เบี่ยงเบนความสนใจต่อสิ่งที่มากระตุ้น ด้วยการทำกิจกรรมอื่น เช่น ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ

3. การออกจากสถานการณ์ เป็นการหลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียด ไม่สบายใจ

4. การปรับเปลี่ยนความคิด คิดว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไขได้ คิดในแง่ดี คิดถึงสิ่งดี ๆ ที่ทำให้เรามีความสุขและรู้สึกผ่อนคลาย จะช่วยให้สามารถควบคุมอารมณ์ ทำให้มีสติ และสงบลงได้

#### 4) ประเมินและชื่นชมกับตนเอง

เมื่อสถานการณ์ผ่านไปและสามารถควบคุมตัวเองได้ แสดงว่าเราได้พัฒนาตัวเราไปอีกขั้นหนึ่ง ให้เราชื่นชมตัวเองที่สามารถผ่านพ้นปัญหามาได้อีกครั้ง

**2.1.7.6 กลวิธีในการช่วยเหลือเพื่อป้องกันการติดซ้ำ** (Parks, Anderson & Marlatt, 2004; ดร.ณิ ภูขาว, 2555) กล่าวว่าจากการศึกษาสถานการณ์ที่เสี่ยงเป็นเหตุทำให้เกิดการกลับไปติดซ้ำ สถานการณ์ที่เสี่ยงสูงสำหรับการพลั้งเผลอครั้งแรกมักเกิดขึ้นแบบไม่ได้คาดหวังมาก่อน และเตรียมการไม่ดีในการเผชิญหน้า บางครั้งสถานการณ์ที่เสี่ยงมากขึ้น เช่น การขับรถเข้าใกล้สถานที่ขายสุราหรือยาเสพติด เป็นต้น ในขณะที่ตัดสินใจใช้สุรา ประโยชน์ที่ได้รับในทันทีดูเหมือนจะมากกว่าผลลบที่จะตามมามากมาย ความคิดที่บิดเบือน เช่น การปฏิเสธความจริง หรือการให้เหตุผลหลอกๆ ก็ช่วยให้กลับไปใช้สุราง่ายขึ้น เช่น “นิดเดียวคงไม่เป็นไร” “ครั้งนี้อาจไม่เหมือนครั้งที่แล้ว เราน่าจะลองเสี่ยงดู” “ให้รางวัลกับตัวเองบ้าง เลิกมาตั้งนาน” เป็นต้น ความคิดบิดเบือนดังกล่าวมักทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจอย่างไม่เหมาะสมในเหตุการณ์เป็นลูกโซ่จนเข้าใกล้สถานการณ์ที่เสี่ยงในที่สุด

ผู้บำบัดสามารถช่วยผู้ป่วยในการทบทวนหรือวิเคราะห์สถานการณ์ลูกโซ่ดังกล่าวได้ และสอนให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันสัญญาณเตือนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ นิภาวัล บุญทับถม (2549) ได้กล่าวถึงรูปแบบของหลักการให้ความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการติดซ้ำและลดพฤติกรรมการติดซ้ำไว้ดังนี้

1) การเข้าใจกระบวนการติดซ้ำ การสอนให้ผู้ใช้สารเสพติดเข้าใจสิ่งเร้า ตัวกระตุ้นและสัญญาณที่จะนำไปสู่การใช้สารเสพติดซ้ำ ทั้งทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด และความรู้สึก ซึ่งอาจต้องมีการวางแผนจัดการกับสิ่งเหล่านี้อย่างเป็นรูปธรรม

2) การระบุปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การติดซ้ำ ผู้ใช้สารเสพติดต้องได้รับการฝึกฝนให้ตรวจสอบ ค้นหา และระบุภาวะที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ นอกจากนี้ยังต้องหาทางป้องกันมิให้มีความเสี่ยงเหล่านี้เกิดขึ้น

3) การบริหารจัดการกับความอยากอย่างรุนแรง ผู้ใช้สารเสพติดต้องได้รับความรู้ที่จะจัดการกับความอยากยาที่อาจเกิดหลังจากเลิกใช้สารเสพติดในระยะแรกๆ เพื่อช่วยเหลือตัวเองไม่ให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอีก

4) การบริหารจัดการกับภาวะกดดันทางสังคม ผู้ใช้สารเสพติดต้องได้รับการฝึกฝนในการจัดการกับภาวะกดดันที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

5) การจัดการกับความเครียด ความโกรธ ผู้ใช้สารเสพติดมักมีอาการที่อ่อนไหวง่าย เกือบไม่รับรู้ภาวะอารมณ์ของตัวเอง โดยเฉพาะอารมณ์โกรธและความเครียด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการนำไปสู่การใช้สารเสพติดซ้ำ จึงควรทำให้ผู้ใช้สารเสพติดทำความเข้าใจกับอารมณ์ทั้ง 2 แบบ เพื่อให้รู้จักผ่อนคลายเมื่อเกิดอารมณ์ดังกล่าวขึ้นมา

6) ความเบื่อ การที่ผู้ใช้สารเสพติดต้องใช้ระยะเวลาในการเลิกยาบ่อยครั้งและยาวนาน จึงเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดการกลับไปใช้สารเสพติดอีก จึงควรมีการวางแผนชีวิตการพักผ่อนในทางที่สร้างสรรค์เพื่อลดความเบื่อนั้นๆ

7) การช่วยเหลือ เมื่อผู้ใช้สารเสพติดกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ใช้สารเสพติด ถือว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้ใช้สารเสพติดจึงควรมีการจัดการชีวิตที่เหมาะสม เมื่อพลาดพลั้งควรมีการดึงตัวเองให้หลุดพ้นจากการใช้สารเสพติดให้เร็วที่สุด และต้องเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นด้วย

8) การวางแผนระยะยาว ผู้ใช้สารเสพติดต้องมีความตั้งใจและมุ่งมั่น และมีความรับผิดชอบต่อการฟื้นฟูสภาพตนเองในระยะยาว เช่นการเข้าร่วมกิจกรรมตามที่สถานบำบัดกำหนด การให้คำปรึกษา การประคับประคองทางสังคม ผู้ใช้สารเสพติดควรมีการจัดตารางชีวิตประจำวันให้อยู่อย่างปลอดภัยจากตัวกระตุ้นต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับไปติดซ้ำ

สรุปในผู้ป่วยติดสุราควรเรียนรู้วิธีการป้องกันการไปติดซ้ำโดยการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์เสี่ยงสูง เช่น งานเลี้ยง กลุ่มเพื่อน และมีการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เหมาะสม มีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่ดี ฝึกการปฏิเสธ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถเผชิญกับสิ่งต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเลิกดื่มได้ยาวนานมากขึ้น

## 2.2 แนวคิดและทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

### 2.2.1 ความหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

เบค (Beck, 1979) กล่าวว่าไว้ว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือเป็นการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง มีระยะเวลาที่มีขอบเขตและมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจนสามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลายได้แก่ โรคภาวะซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคกลัว โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนทฤษฎีพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเราขึ้นอยู่กับมุมมองโลกของบุคคลนั้น

สเตราท์และลาเรีย (Stuart & Laraia, 1998) กล่าวว่าว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันมีเป้าหมายชัดเจนและมีการวางเป้าหมายระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด

พันธุภา กิตติรัตนไพฑูลย์ (2555) กล่าวว่า การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา เพื่อแก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสมให้มีวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เอื้อต่อการเลิกดื่มสุรา

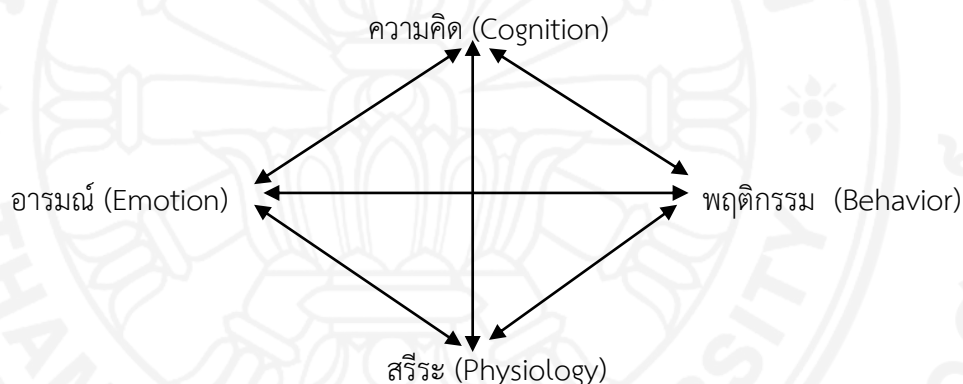
สรุปได้ว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมหมายถึงการบำบัดที่มีแนวคิดที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับมุมมองโลกของคนนั้น เน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน มีเป้าหมายชัดเจน แก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสม เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เอื้อต่อการเลิกดื่มสุรา

### 2.2.2 กระบวนการของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุรา

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy; CBT) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นซึ่งเน้นการบำบัดที่เฉพาะเจาะจง (Beck, 1993; จรรยา ใจหนูน, 2551) โดยมีสมมุติฐานว่า ปัญหาทางด้านจิตใจและพฤติกรรมส่วนใหญ่เป็นผลมาจากกระบวนการคิดที่ผิดปกติ ซึ่งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กัน มีผลต่อกันและกัน (Bidirectional components) การบำบัดเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงกระบวนการคิดที่ผิดปกติ และเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความเป็นจริง แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เชื่อว่าความคิด (Cognition) อารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) และสรีระ (Physiology) มีความสัมพันธ์กัน



จะเห็นได้ว่าความคิด (Cognition) อารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) และ สรีระ (Physiology) มีผลกระทบซึ่งกันและกัน นั่นคือ การกระทำหรือพฤติกรรม และความรู้อีกของ คนเราจะถูกกำหนดมาจาก ทักษะคิด ความเชื่อ การรับรู้ และขอบเขตของความคิดในการรับรู้โลก หาก กระบวนการคิดของบุคคลนั้นบิดเบือน หรือไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง อารมณ์ พฤติกรรม และ สรีระ ที่ตอบสนองความคิดนั้นก็จะเป็นปัญหา ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงความคิดก็จะส่งผลให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ดังนั้นรูปแบบของการคิด (Cognitive model) เป็น องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการบำบัดแบบ CBT ที่ผู้บำบัดต้องสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนเป็นอันดับ แรก โดยรูปแบบของการคิด มีสมมติฐานว่า อารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลมีผลมาจากการรับรู้ต่อ เหตุการณ์ต่างๆ ของบุคคลนั้น เชื่อว่า ความคิด (Cognition) อารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) และสรีระ (Physiology) มีความสัมพันธ์กัน ดังในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงรูปแบบของการคิด (Beck, 1993)

ที่มา: ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2558).เอกสารประกอบการสอน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จากรูปจะเห็นได้ว่าความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ มีผลกระทบซึ่งกันและกัน นั่นคือ การกระทำหรือพฤติกรรม และความรู้สึกของบุคคลนั้นจะถูกกำหนดมาจาก ทักษะคิด การรับรู้ ความเชื่อ และขอบเขตของความคิดในการรับรู้โลก หากกระบวนการคิดบิดเบือน หรือไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ที่ตอบสนองความคิดนั้นก็จะเป็นปัญหา

ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงความคิดก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ดังในภาพที่ 2



ภาพที่ 3 แสดงการรูปแบบของการคิด (Beck, 1993)

จากรูปภาพที่ 3 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบของความคิด (Cognitive model) เป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการบำบัดแบบ CBT ที่ผู้บำบัดต้องสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนเป็นอันดับแรก โดยรูปแบบของความคิด มีสมมติฐานว่า อารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลนั้นต่อเหตุการณ์ต่างๆ



ภาพแสดงที่ 4 รูปแบบความคิดพื้นฐานของการใช้สารเสพติด (Beck, 1993)

จากภาพแสดงที่ 4 สรุปกระบวนการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการกล่าวถึงลักษณะของความคิดที่เกิดขึ้นทันที เรียกความคิดนั้นว่า “ความคิดอัตโนมัติ” เป็นความคิดที่มีเนื้อหาบิดเบือน ไม่เหมาะสม เช่น คิดว่าการดื่มสุราช่วยให้อ่อนหลับ สดชื่น ฯลฯ ก็ส่งผลให้เพิ่มความเชื่อเหล่านั้นว่าถูกต้องนำมาซึ่งเกิดพฤติกรรมโดยยังคงดื่มสุราต่อไปหรือเพิ่มปริมาณมากขึ้น จะเห็นได้ว่าความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ มีผลกระทบซึ่งกันและกัน ดังนั้นจึงต้องมีการปรับแก้ความคิดความเชื่อที่จะนำไปสู่การดื่มสุราให้มีความคิดที่เหมาะสมมาแทนที่

### 2.2.3 กระบวนการคิดที่เกี่ยวข้องกับการติ่มสุราประยุกต์ตามรูปแบบของการคิด

(Beck, 1993; จรรยา ใจหนูน, 2551)

#### 1) ตัวกระตุ้น (Activating cues)

แนวคิดตามรูปแบบของ Cognitive model มองว่าการที่บุคคลนั้นเข้าสู่ วงจรการใช้สุราอย่างต่อเนื่อง มีผลมาจากการที่บุคคลนั้นเผชิญกับตัวกระตุ้น หรือที่เรียกว่า สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่ทำให้กลับไปติ่มสุราซ้ำ ตัวกระตุ้นแต่ละคนไม่เหมือนกัน ดังนั้นการ พิจารณาว่าสิ่งใดเป็นตัวกระตุ้นจะพิจารณาจากความสามารถในการกระตุ้นให้ความเชื่อพื้นฐาน เกี่ยวกับการติ่มสุรา (Basic drug-related beliefs) และความคิดแบบอัตโนมัติ (Automatic thought) ทำงาน ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกอยากติ่มสุรา (Craving) การจำแนกตัวกระตุ้นออกเป็น 2 ชนิด คือ ตัวกระตุ้นภายนอก (External cues) หมายถึงสิ่งที่อยู่รอบตัว เช่น งานเลี้ยงสังสรรค์ การ อยู่บ้านคนเดียว และตัวกระตุ้นภายใน (Internal cues) หมายถึง ความรู้สึกและสิ่งที่เกิดขึ้นภายใน จิตใจ เช่น ความรู้สึกโกรธ กลัว เบื่อหน่าย เศร้า เป็นต้น และถึงแม้ว่าตัวกระตุ้นภายนอกจะมีผลต่อ ความรู้สึกอยากติ่มสุรา แต่เราก็ไม่สามารถปฏิเสธบทบาทของอารมณ์ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นภายใน ดังนั้น การบำบัดความคิด (Cognitive therapy) ซึ่งให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อควบคุม อารมณ์จึงมีบทบาทในการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้

#### 2) ความเชื่อเดิมที่มีอยู่ก่อน (Beliefs activated)

ตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก จะกระตุ้นให้ความเชื่อพื้นฐาน 2 ความ เชื่อที่เกี่ยวกับการติ่มสุราทำงาน ซึ่งจะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ ความต้องการ และอาการอยาก มี ความเชื่อพื้นฐาน 2 ประการที่เกี่ยวข้องกับการติ่มสุรา เกิดขึ้นก็เพราะคุณสมบัติสำคัญของสุรา นั่นคือ มันออกฤทธิ์และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย ความเชื่อดังกล่าว คือ ความคาดหวัง (Anticipatory belief) เกี่ยวกับผลด้านบวกของสุรา เช่น ใช้แล้วทำให้เกิดความสุข ทำให้เก่งขึ้น เมื่อ ใช้จนเกิดการติด ความเชื่อประการที่สองก็เกิดขึ้น นั่นคือ ความเชื่อว่าการติ่มสุราจะทำให้อารมณ์ดีขึ้น (Relief-oriented beliefs) เช่น การติ่มสุราจะทำให้ฉันทหายเครียด โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมักจะมี ความเชื่อทั้งสองประการแต่อาจจะแตกต่างกันไปบ้างในแต่ละคน

#### 3) ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts)

ความคิดอัตโนมัติ หมายถึง กระแสของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วต่อ สถานการณ์ และส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมและสรีระของบุคคล ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดปกติ ที่เกิดขึ้นได้ในทุกคน ทั้งในคนที่ปกติและผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิต มักเป็นความคิดที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัว ไม่ได้ตระหนัก และมักจะสัมพันธ์กับความเชื่อพื้นฐาน (Basic belief) เช่น หากเขามีความเชื่อว่าการ ติ่มสุราทำให้เขาหายเครียด เมื่อเครียดตัวกระตุ้นภายใน เขาจะคิดถึง “สุรา” โดยอัตโนมัติ

หรือหากเขาเชื่อว่าปาร์ตี้จะไม่สนุกหากเขาไม่ดื่มสุรา เมื่อเขาอยู่ในงานเลี้ยง ตัวกระตุ้นภายนอก (External cues) เขาอาจคิดถึง “ดื่มดีกว่า” ทั้งนี้ ความคิดอัตโนมัติจะนำไปสู่อาการอยากและความต้องการดื่มสุรา

#### 4) อาการอยากและความต้องการดื่มสุรา (Urges and cravings)

ความต้องการการดื่มสุราและอาการถอนในแต่ละคนมีความรุนแรงที่แตกต่างกัน ในคนที่ไม่มีความคิดในการเลิกดื่ม อาการถอนหรือความต้องการสุรามักจะไม่รุนแรง เนื่องจากคนกลุ่มนี้มักจะดื่มสุราก่อนที่ความรู้สึกขาดสุราจะเพิ่มมากขึ้น ส่วนคนที่มีความลังเลใจระหว่างการใช้สุราต่อหรือควรเลิกดื่ม อาการถอนพิษสุรามักจะรุนแรง

#### 5) ความเชื่อที่ทำให้คงพฤติกรรมเดิมต่อไป (Facilitating beliefs)

หมายถึง ความคิดในการยอมรับการกระทำ การหาความชอบธรรมในพฤติกรรมที่กระทำ และมองผลด้านลบที่จะเกิดขึ้นต่ำกว่าความเป็นจริง จึงเป็นความคิดที่มองสิ่งที่เกิดขึ้นผิดไปจากความเป็นจริง ยอมให้ผู้ป่วยละเลยความเป็นจริงของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา เช่น “อย่างนี้ต้องฉลอง” (ยอมรับการกระทำ) “ตั้งใจจะเลิกอยู่แล้ว ใช้อีกเพียงครั้งเดียวก่อนจะเลิกคงไม่มีผลอะไร” (มองผลกระทบต่ำกว่าความเป็นจริง) ผู้ป่วยที่มีความเชื่อที่ทำให้คงพฤติกรรมเดิมต่อไป (Facilitating beliefs) ที่รุนแรงมีแนวโน้มที่จะไม่ทนต่อความอยากและทวนกลับไปดื่มสุราซ้ำเมื่อเกิดความต้องการ ส่วนในคนที่มีความเชื่อที่ทำให้คงพฤติกรรมเดิมต่อไป (Facilitating beliefs) ที่ไม่เข้มแข็งมักจะทนต่อความอยากหรือทนต่ออาการถอนได้ดีกว่า

#### 6) มุ่งหา/คิดหาวิธีการให้ได้สุรามาดื่ม (Focus on instrumental strategies)

บุคคลที่ดื่มสุราซึ่งเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย ทำให้กระบวนการได้สุรามาดื่มไม่ยากนัก บางครั้งการหาสุรามาดื่อก็อาจสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัว เช่น ผู้ป่วยอาจซื้อของที่ร้านสะดวกซื้อเป็นประจำ โดยที่ร้านดังกล่าวจำหน่ายสุราด้วย นั่นหมายความว่า เขามีความเสี่ยงที่จะพบกับตัวกระตุ้นเป็นประจำ และมีโอกาสที่จะเกิดอาการอยากดื่มขึ้นมาในวันใดวันหนึ่ง นั่นคือผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงโดยไม่รู้ตัว

#### 7) ยังคงใช้อย่างต่อเนื่องหรือเกิดการกลับไปติดซ้ำ (Continued use or relapse)

หลังจากที่หยุดใช้มาระยะหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยได้พบตัวกระตุ้นมีโอกาสมากที่กลับไปดื่มซ้ำอีก เมื่อเกิดการดื่มอีกอาจทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบต่อตนเอง และยิ่งตอกย้ำความเชื่อพื้นฐาน เช่น “ฉันคงเลิกไม่ได้” รวมทั้งความเชื่อว่า “ดื่มหนึ่งครั้ง กับดื่มสิบครั้งไม่ต่างกัน”

สรุปกระบวนการคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราประกอบด้วยตัวกระตุ้นทั้งจากภายนอกและภายใน ความเชื่อเดิมที่มีอยู่ก่อน ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์และความต้องการดื่มสุรา ความเชื่อที่ทำให้คงพฤติกรรมเดิมต่อไป ทำให้มองเห็นว่าผลเสียที่เกิดขึ้นน้อยกว่าความเป็นจริง และยังคงคิดหาวิธีการให้ได้สุรามาดื่ม ส่งผลต่อพฤติกรรมยังคงใช้อย่างต่อเนื่องหรือเกิดการกลับไปติดซ้ำ

#### 2.2.4 ขั้นตอนการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม

เบ็ค (Beck, 1995) กล่าวว่ามีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมี 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบโดยเกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ
- 2) การประเมินและการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ
- 3) การเผชิญหรือการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ

#### 2.2.5 หลักการบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

- 1) การบำบัดทางความคิดตั้งอยู่บนพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความคิดและเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยในแง่ของความคิด
- 2) ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ให้ความรู้สึกที่อบอุ่น ตั้งใจฟังอย่างจริงใจ สรุปความคิดและความรู้สึกอย่างถูกต้อง มองโลกในแง่ดี
- 3) ต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด
- 4) เป็นการบำบัดที่เพิ่งเล็งที่ตัวปัญหา มีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน และพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย
- 5) ในระยะแรกของการบำบัดเน้นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และเน้นที่เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง
- 6) การบำบัดทางความคิดเหมือนเป็นการสอนและให้ความรู้แก่ผู้รับการบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถจะเป็นผู้บำบัดรักษาตนเองได้และเป็นการป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำได้
- 7) การบำบัดทางความคิดมีการจำกัดเวลา กำหนดเวลาที่ชัดเจน
- 8) การบำบัดทางความคิดในแต่ละครั้งจะมีโครงสร้างในการบำบัดที่ชัดเจน ประกอบด้วย การตรวจสอบอารมณ์ ร่วมกันกำหนดกิจกรรมและเป้าหมาย มีการสรุปและให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นต้น
- 9) เป็นการบำบัดที่สอนให้ผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิดและความเชื่อที่ทำให้ทำหน้าที่ต่อไปไม่ได้ รวมถึงเพื่อแก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสม (Dysfunctional thoughts) ให้เป็นความคิดที่เหมาะสม (Functional)

10) การบำบัดทางความคิดเป็นการใช้เทคนิคต่างๆเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (Change thinking, Mood, Behavior) โดยการจะเลือกวิธีใดขึ้นกับ วัตถุประสงค์ของการรักษานั้นๆ

### 2.2.6 โครงสร้างการบำบัดของชั่วโมงการรักษาชั่วโมงแรก (Structure of the first therapy session) (Beck,1979; สุชาติ พหลภาคย์, 2547)

รายละเอียดของแต่ละขั้นตอนผู้รักษาจะต้องอธิบายโครงสร้างของแต่ละ session ให้ผู้ป่วยทราบและทั้งผู้รักษาและผู้ป่วยต้องยึดติดกับโครงสร้างนี้แต่ละขั้นตอนของทฤษฎี การรู้คิดจะประกอบด้วย

1) การสรุปสิ่งที่ได้กระทำกันเมื่อล่าสุด ได้แก่ การตรวจสอบสภาพอารมณ์  
2) การเชื่อมโยงระหว่างขั้นตอนก่อนหน้ากับขั้นตอนปัจจุบันและการ กำหนดวาระ

3) การตรวจการบ้าน

4) การอภิปรายกันเกี่ยวกับตัวเรื่อง

5) การสร้างการบ้าน

6) การสรุปและการสะท้อนข้อมูล ผู้รักษาที่ชำนาญแล้วอาจจะหันเห ออกไปจากโครงสร้างนี้ได้บ้างแต่ผู้รักษาหน้าใหม่ๆควรจะต้องปฏิบัติตามโครงสร้างนี้ โครงสร้างของการ พบกันครั้งแรก ประกอบด้วย การเตรียมการก่อนที่จะพบกับผู้ป่วย ผู้รักษาจะต้องสำรวจข้อมูลต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ อาการในปัจจุบัน ข้อมูลเหล่านี้จะถูกนำมา สร้าง แผนการรักษาและกำหนดวาระ ในการสนทนาในขั้นตอนแรก

โครงสร้างของการบำบัดช่วงแรกที่ครอบคลุมเป้าหมาย ประกอบด้วย ขั้นตอนดังต่อไปนี้ ( ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ และศุภรา เชาว์ปรีชา, 2557)

1) ตรวจสอบอารมณ์

2) เชื่อมโยงจากชั่วโมงบำบัดครั้งก่อน

3) ประเมินการบ้านครั้งก่อน

4) กำหนดประเด็นการพูดคุย

5) กำหนดปัญหา

6) วางเป้าหมายการแก้ปัญหา

7) พูดคุยเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

8) สร้างการบ้านเพื่อไปฝึกวิธีแก้ปัญหา

9) สรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในชั่วโมง

10) ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

รูปแบบความคิด (Cognitive model) ได้กล่าวว่า คนเราจะมีสมาธิจดจ่อต่อเหตุการณ์หรือเข้าใจสถานการณ์เป็นอย่างไร ให้พิจารณาจากความคิดอัตโนมัติของคนๆ นั้นจะส่งผลกระทบต่อถึงการแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมและการตอบสนองทางสรีรวิทยา แม้ว่าบางเหตุการณ์ที่พบปะก็ย่อมที่จะรู้สึกกังวลใจ ไม่สบายใจ แต่คนที่มีความผิดปกติทางจิตก็อาจมองเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ในทางลบ เพราะฉะนั้นความคิดอัตโนมัติของคนเหล่านี้จึงมีความลำเอียงในการบำบัดเราจะช่วยผู้ป่วยให้พิจารณาความคิดของตัวเอง และแก้ไขความคิดที่ผิดพลาดไป จากนั้นผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น (Beck, 1995; สุชาติ พหลภาคย์, 2547) ทั้งนี้ ต้องค้นหาว่ามีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งแบบแผนความคิดด้านลบประกอบไปด้วยแบบแผนต่างๆ ดังต่อไปนี้ (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545; Sperry et al., 2003; Grant et al., 2004)

- 1) การคิดว่าตนสามารถรู้ว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตนเองโดยปราศจากหลักฐานมายืนยัน (Mind-reading) ตัวอย่างเช่น “เขาคิดว่าฉันไม่มีความรู้อะไรเลยเกี่ยวกับเรื่องนี้”
- 2) การทำนายในเชิงลบต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยขาดหลักฐานมาสนับสนุน (Fortune-telling)
- 3) ความเชื่อในผลลัพธ์บางสิ่งบางอย่าง หรือการมองเหตุการณ์การมองบุคคลไปในทาง
- 4) ร้ายหรือการมองโลกในแง่ร้าย (Catastrophizing)
- 5) การยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใดโดยไม่สนใจส่วนอื่นๆ (Selective abstraction) เช่น สรุปรว่านักเรียนเพื่อการสอนของตนทุกๆ ที่สังเกตเห็นเพียง 2 คน ที่มีทำที่เปื้อนหน้า
- 6) การสรุปในทางลบโดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน (Arbitrary inference)
- 7) การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างผิดไป (มากหรือน้อยเกินไป) (Magnification/ minimization)
- 8) ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) เช่น ฉันประสบความสำเร็จแล้วถ้าหากว่าฉันไม่ได้ A ทุกตัวในการสอบ
- 9) การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณ์ภายนอก (Externalization of self-worth) เช่น “ฉันต้องดูดีตลอดเวลา”
- 10) การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization)
- 11) นำเอาเหตุการณ์ภายนอกมาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล (Personalization)



12) มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรดีเลย) (Dichotomous thinking)

โดยพบว่าลักษณะความคิดที่พบบ่อยในผู้ติดสุราจะมีรูปแบบความคิดเป็นไปโดยอัตโนมัติ ไม่มีความยืดหยุ่น เปลี่ยนแปลงยาก แบ่งความเป็นขาว-ดำชัดเจน ไม่เน้นการเรียนรู้ ชอบปฏิบัติ สรุปรจากเรื่องหรือเหตุการณ์อันหนึ่งแล้วไปใช้กับทุกเรื่อง การใช้เหตุผลไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ไม่ใช่ข้อเท็จจริงหรือข้อมูลในการตัดสินใจ และมึลักษณะเนื้อหาปฏิเสธ เช่น สุราไม่เป็นปัญหาสำหรับเขา สุราเป็นทางออกที่ดีที่สุด วิธีที่จะขจัดความเครียดและความเบื่อ คือ การที่ทำให้ตนเองมีความสุขมากๆ หรือมีความตื่นเต้นมากๆ การเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องยาก เป็นเรื่องเป็นไปไม่ได้ที่จะแก้ไขปัญหา โทษตนเอง ต่ำหนิหรือมีความอับอายที่เป็นคนติดสุรา (Beck, 1993; จรรยา ใจหนูน, 2551) ผู้ใช้สุราจึงมีความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อใหม่ โดยในตอนแรกควรปฏิบัติดังนี้

1) ต้องตระหนักรู้ในภาวะจิตใจของตัวเอง ณ ขณะนั้น ซึ่งภาวะจิตใจมี 2 ลักษณะคือ 1) ทักษะคิดต่อการใช้สุรา ยาเสพติด และ 2) กระบวนการคิดที่จะนำไปสู่การดื่มสุรา เช่น บางคนคิดว่า “ การดื่มทำให้เลือดสูบฉีดดี ” “ ถ้าไม่ดื่ม มือจะสั่น กินข้าวไม่อร่อย ”

2) ประเมินและพิสูจน์ให้ได้ว่าความคิดนี้จริงหรือไม่เพียงใด เช่น ถ้าคิดว่าถ้าไม่ดื่ม มือจะสั่น ควรลองปรับความคิดให้มีเหตุผลมากขึ้นว่าเพราะอะไรมือจึงสั่น ถ้าคิดแบบนี้แล้วจะเกิดผลอะไรตามมา

3) เมื่อได้ประเมินและพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติว่าไม่เป็นจริงก็จะทำให้พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลดน้อยลง แต่ถ้ายังมีความคิดตรงกันข้ามก็จะทำให้ยังคงดื่มสุราต่อไป

ตัวอย่างคำถามที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด โดยใช้เทคนิคคำถาม 3 คำถาม เทคนิคคำถาม 3 คำถาม (Three - question technique) เป็นอีกเทคนิคหนึ่งในการใช้เป็นแนวทาง (Guided discovery) เพื่อค้นหาและเข้าใจ กระบวนการคิดที่บิดเบือน (Maladaptive thought process) ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา โดยผู้บำบัดจะถามผู้ป่วยด้วยคำถาม 3 คำถามต่อเนื่องกัน คือ

1. “อะไรที่ทำให้คุณเชื่อเช่นนั้น”

2. “ถ้ามองเหตุการณ์อีกมุมหนึ่ง คุณจะมองอย่างไร”

3. “หากการมองเช่นนั้นถูกต้อง คุณคิดว่ามันมีประโยชน์อย่างไรที่

มองอย่างนั้น หากเปลี่ยนการมองจะเกิดผลอย่างไร” ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเป็นผู้ติดสุรา เขามีความเชื่อว่า มีเพียงสุรานั้นที่ทำให้เขาหายเครียด เราอาจลองถามเขาว่า “อะไรที่ทำให้คุณเชื่อเช่นนั้น”: “ทุกวันหลังเลิกงาน ผมต้องดื่มมัน หากไม่ได้ดื่มผมจะเครียดและนอนไม่หลับ”

“ถ้ามองเหตุการณ์อีกมุมหนึ่ง คุณจะมองอย่างไร”: “เป็นไปได้ว่าผมยังพยายามไม่พอในการเลิก อันที่จริงมีอยู่ 2-3 ครั้งที่ผมรู้สึกเครียดจากงาน ผมไม่ได้ดื่ม แต่มันก็ผ่านไป”

“หากมีอยู่ 2-3 ครั้งที่คุณไม่ดื่มสุรา แต่คุณก็สามารถผ่านมันไปได้ คุณคิดว่ามันหมายความว่าอย่างไร”

“ที่ผมต้องดื่มมันหลังเลิกงาน อาจเป็นไปได้ว่า ผมดื่มจนเป็นนิสัย การที่บางครั้งผมไม่ได้ดื่ม แต่ผมก็หลับได้ อาจหมายความว่าจริงๆแล้วผมสามารถจัดการกับความเครียดโดยไม่ต้องใช้สุรา”

วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิด ความเชื่อของตนที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุรา ได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับความเป็นจริง

การกล่าวไว้ข้างต้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ติดสุราลดเกราะป้องกันตัวเอง ทำให้เกิดการยอมรับในการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการลดหรือเลิกดื่มสุราต่อไปได้ โดยช่วงแรกๆ ผู้ติดสุรามักมีความคิดอัตโนมัติที่ผุดขึ้นมาบ่อยๆ ที่นำไปสู่การดื่มสุรา ซึ่งเป็นความคิดที่บิดเบือนและไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งการดื่มสุราที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือน ส่งผลให้เกิดอารมณ์ในทางบวกคือ สนุก สดชื่น ก็จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในความคิด ความเชื่อนั้นซึ่งก็ส่งผลให้ยังคงพฤติกรรมการดื่มหรืออาจเพิ่มมากขึ้น ในช่วงเวลาของการเกิดความคิดเหล่านี้ จะเป็นเวลาที่สั้นมาก ดังนั้นการจัดการความคิดเหล่านั้นต้องเริ่มด้วยเวลาที่มีความคิดถึงสุรา ต้องตระหนักรู้ก่อนว่าความคิดนั้นคืออะไรเสียก่อน กล่าวคือต้องมีสติรู้เท่าทันความคิดที่บิดเบือน จากนั้นฝึกโต้แย้งความคิดเหล่านั้น โดยใช้การวิเคราะห์ ไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล จะช่วยระงับอารมณ์ความอยากที่เกิดขึ้นในขณะนั้นได้ (คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์, 2554)

ตารางที่ 2.2 ตัวอย่าง ความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ที่มีโอกาสใช้สุรา

สถานการณ์เสี่ยงที่มีโอกาสดื่มสุรา	ความคิด/ความเชื่อ	ความรู้สึก/อารมณ์	พฤติกรรม/สิ่งที่คุณทำ
เพื่อนชวนดื่มสุรา หลังเลิกงาน	“ดื่มให้หายเหนื่อย ทำงานทั้งวัน”	รู้สึกดี หายเหนื่อยเมื่อ ดื่มสักแก้ว	เดินเข้ามาร่วมดื่มสุรากับ เพื่อน
งานเลี้ยงสังสรรค์	“นานๆได้สนุก ดื่มให้ เต็มที่”	สนุก สดชื่น	เข้าไปร่วมในงาน
อกหัก ถูกแฟนทิ้ง	“ชีวิตนี้ขาดเธอไม่ได้ เมาให้ตายไปข้างนี้”	ได้คลายความเครียด	ชวนเพื่อนไปร้านค้า เพื่อ นั่งดื่มสุรา

ที่มา: คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์, 2554

### 2.2.7 ประโยชน์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

- 1) เปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้
- 2) แก้ปัญหาได้อย่างมีเป้าหมาย
- 3) บำบัดได้ด้วยตัวเองเมื่อได้เรียนรู้วิธีช่วยเหลือตนเอง
- 4) มีวิธีจัดการกับปัญหาหรืออยู่กับปัญหานั้นได้

## 2.3 หลักและวิธีการสร้างจินตนาการ

### 2.3.1 การสร้างจิตนาการ (Autogenic training)

มรรยาท รุจิวิเศษ (2556) กล่าวว่าจินตนาการมีความสำคัญต่อการควบคุมความรู้สึกและพฤติกรรม ของคนเราในการดำเนินชีวิต บางครั้งจินตนาการเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ เนื่องจากได้รับการกระตุ้นโดยจิตไร้สำนึก หรือบางครั้งเกิดจากเจตนา/ความตั้งใจในระดับความรู้สึกตัว จินตนาการทั้งสองแบบมีกลไกการตอบสนองในระดับที่แตกต่างกัน จินตนาการที่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ เป็นจินตนาการหรือความรู้สึกที่แวบเข้ามาในสมองจนสามารถมองเห็นรายละเอียดจากจินตนาการนั้น ส่วนจินตนาการที่เกิดจากความตั้งใจในระดับรู้สึกตัว จินตนาการแบบนี้เกี่ยวข้องกับเจตนาของการสร้างภาพเหตุการณ์หรือรายละเอียดของเหตุการณ์อย่างรู้สึกตัวและมีสติตัวอย่างเช่น การจินตนาการถึงวิวทิวทัศน์สวย ๆ ที่ชื่นชอบก่อนนอน ในขณะที่จินตนาการต้องพยายามให้เหมือนจริงที่สุด คล้ายจะสัมผัสได้ครบทั้งภาพ รส กลิ่น เสียงและสัมผัสเพื่อจะได้เกิดอารมณ์คล้ายตามจนรู้สึกสุขสงบได้เหมือนอยู่ในสถานการณ์นั้นจริงๆ ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นแรกจงจับความรู้สึกไว้ที่เท้า แล้วค่อย ๆ ไล่ขึ้นไปทีละข้อ ต้นขา บริเวณสะโพกและก้น โดยการผ่อนคลายและกำหนดลมหายใจไว้ที่บริเวณต่างๆ หลังจากนั้นไล่ขึ้นไปบริเวณท่อนแขน หลังส่วนล่าง ช่องท้อง กระบังลม และทรวงอก ไหล่ ลำคอ ใบหน้า และศีรษะ จากนั้นใช้เวลา 2-3 นาทีเฝ้าติดตามขณะลมหายใจเข้า-ออกจากร่างกาย ในการหายใจแต่ละครั้งจงรู้สึกกว่าตัวเองกำลังผ่อนคลายจิตใจสงบเย็นลงทุกขณะ และรู้สึกว่าขณะนี้ทั่วร่างกายรู้สึกผ่อนคลายและสบาย

2. เริ่มจินตนาการว่าคุณอยู่ในสถานที่อันสวยงาม เต็มไปด้วยความสงบสุขปล่อยให้จินตนาการของคุณสร้างรายละเอียดต่างๆขึ้นมาเอง เช่น คุณกำลังเดินอยู่บนพื้นดิน บนหญ้าอันอ่อนนุ่มหรือหาดทรายขาว มีน้ำสาตชืดอยู่ที่เท้า หรือมีดอกไม้ ต้นไม้รายล้อมตัวอยู่ มีกลิ่นหอมอันชื่นใจ มีเสียงนกร้อง เพลงวานแห่งสายน้ำไหล

3. ถึงตอนนี้จึงผ่อนคลายโดยการนั่งหรือนอนก็ได้ คุณอาจนั่งที่โคนต้นไม้ใหญ่หรือท่ามกลางทุ่งหญ้า หรืออาจต้องการนอนอยู่บนพื้นทรายอุ่น ๆ ค้นหาสถานที่ของคุณให้พบแล้วพักผ่อนคลายที่นั่นสัก 2-3 นาที ชิมซับความสงบเงียบและความสุขที่โอบล้อมอยู่รอบตัว จินตนาการตัวเองอย่างที่คุณอยากจะเป็น เช่น มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีความสุขสงบอย่างแท้จริง เต็มไปด้วยความร่าเริงแจ่มใส อยู่กับสิ่งนั้น 2-3 นาที

4. จากนั้นหายใจลึกๆอย่างนุ่มนวลอีกครั้ง แล้วเริ่มปล่อยให้จินตนาการค่อยๆเลื่อนหายไปและรับรู้ถึงความสุข ความสงบและผ่อนคลาย จงระลึกถึงการนั่งหรือนอนอยู่ รวมทั้งรับรู้สภาพห้องอย่างถ้วนทั่ว และเริ่มเหยียดตัวพร้อมกับลืมตาขึ้นช้าๆ คุณสามารถกลับมาใหม่เมื่อไหร่ก็ได้ตามที่ปรารถนา การกำหนดความคิดให้เงียบและสงบ เป็นการมุ่งเน้นให้เกิดความสงบภายในจิตใจ เกิดภาพ

และความรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสื่อสารกับร่างกายว่าอะไรที่ร่างกายต้องการ เมื่อร่างกายปลดปล่อยสิ่งที่ไม่ต้องการจะมีความผ่อนคลาย ไม่เป็นการบังคับและสามารถฝึกได้นานเท่าที่จะทำได้ ความคิดและจินตนาการเป็นปัจจัยกระตุ้นสภาพอารมณ์ และเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อ จินตนาการทำให้สภาพอารมณ์ปลดปล่อย รู้สึกสบาย พลังความเครียดทางอารมณ์ไหลเวียนอย่างสะดวก ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย การฝึกอาจทำด้วยตัวเองหรือใช้โปรแกรมที่เป็นเทปบันทึกเสียงและปฏิบัติตาม

### 2.3.2 โปรแกรมการฝึกสร้างจินตนาการ

โปรแกรมการฝึกสร้างจินตนาการโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นเทปบันทึกเสียงมีวิธีปฏิบัติดังต่อไปนี้ก่อนเข้านอนฝึกทำร่างกายและจิตใจให้สงบ ผ่อนคลายด้วยการสวดมนต์ ภายหลังสวดมนต์ ให้นอนราบในท่าที่สบาย ปล่อยมือและแขนตามสบาย สำรวจตัวเองตั้งแต่ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ ไหล่ ทรวงอก ช่องท้อง หลัง สะโพก ต้นขา น่องและเท้า ถ้ายังไม่สบายให้ขยับอยู่ในท่าที่สบาย เมื่ออยู่ในท่าที่สบาย ค่อย ๆ หลับตา หายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ แล้วหายใจออก ทุกครั้งที่หายใจเข้าให้นึกคำว่า “ผ่อนคลาย” หายใจออกให้นึกคำว่า “คลาย” ผ่อน....คลาย....

เริ่มต้นจากปลายเท้าโดยรู้สึกว่าคุณผ่อนคลายทั้งสองข้างของคุณรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนขึ้นมาที่น่อง ขณะนี้น่องทั้งสองข้างของคุณผ่อนคลาย.... ความรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนมาที่ต้นขาทั้งสองข้างและสะโพก ขณะนี้ต้นขาทั้งสองข้างและสะโพกของคุณรู้สึกผ่อนคลาย...กระแสมผ่อนคลายเลื่อนมาที่ช่องท้องและทรวงอก ขณะนี้ช่องท้องและทรวงอกของคุณรู้สึกผ่อนคลาย...การผ่อนคลายของคุณเป็นไปอย่างช้า ๆ หายใจลึกและสม่ำเสมอ คุณรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นไปอีก ขณะนี้ทั่วร่างกายของคุณรู้สึกผ่อนคลายและสบายต่อไป มุ่งความสนใจที่บริเวณใบหน้าคุณรู้สึกที่ใบหน้าของคุณรู้สึกผ่อนคลาย...เพ่งความสนใจไปที่บริเวณคิ้วและรอบๆดวงตาทั้งสองข้าง ขณะนี้คิ้วและรอบๆดวงตาทั้งสองข้างกำลังผ่อนคลาย ความรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนมาที่บริเวณแก้มทั้งสองข้าง ขณะนี้แก้มทั้งสองข้างรู้สึกผ่อนคลาย ความรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนมาที่ริมฝีปาก ขากรรไกรด้านบนและด้านล่างทั้งสองข้างไหล่และลำคอ ขณะนี้ปาก ฝีปาก ขากรรไกรด้านบนและด้านล่างทั้งสองข้างไหล่และลำคอรู้สึกผ่อนคลาย และความรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนมาที่แขนตลอดจนถึงปลายมือทั้งสองข้างขณะนี้แขนและปลายมือทั้งสองข้างของคุณรู้สึกผ่อนคลายเช่นเดียวกัน

ต่อไปขอให้ง่วงความสนใจไปที่หัวใจ โดยนึกถึงหัวใจที่มีลักษณะเหมือนรูปจำลองหัวใจ อยู่บริเวณหน้าอกข้างซ้าย มีหลอดเลือดมาเลี้ยงหัวใจ แต่ละเส้นคล้ายท่อน้ำเล็กๆที่ให้เลือดไหลผ่าน มองเห็นภายในหลอดเลือด ซึ่งมีความยืดหยุ่นจะเห็นเลือดไหลเวียนอย่างสะดวกและต่อเนื่อง ทำให้หัวใจสามารถบีบตัวอย่างเป็นจังหวะ เลือดสามารถไหลผ่านไปเลี้ยงร่างกายได้โดยตลอด ขณะนี้ มองเห็นตัวเองมีการไหลเวียนของเลือดที่ผ่านหัวใจเป็นปกติ สุขภาพร่างกายแข็งแรง และพละทานามัย สมบูรณ์ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและทำงานได้ปกติ

ขั้นต่อไปขอให้จินตนาการมองเห็นตัวเองอยู่ในสวนดอกไม้ที่สวยงามและร่มรื่นแห่งหนึ่งท้องฟ้าสีฟ้าแจ่มใส มีสนามหญ้าสีเขียวขจี มีดอกไม้หลากสีนานาชนิดที่คุณชื่นชอบ สีชมพู สีเหลือง สีแดง สีม่วง สีส้ม เต็มไปหมด มองเห็นลำธารที่มีน้ำใสไหลเอื่อยๆ รู้สึกถึงสายลมที่พัดมาสัมผัส ผิวกายเบา ๆ นำความสดชื่นและเย็นสบายมาให้ มองไปรอบบริเวณนั้น มองเห็นสถานที่ที่หนึ่งดูสงบ ร่มเย็น น่านอนพัก จึงค่อยๆเดินไปยังสถานที่ตรงนั้น เมื่อไปถึงค่อยๆ ทრุดตัวลงนั่ง และค่อยๆเอนตัวลงนอน หลับตา รู้สึกถึงความสงบสบาย และผ่อนคลาย ขอให้อยู่กับความสงบ สบายและผ่อนคลายสักครู่ หลังจากนั้นเปลี่ยนความคิดและจินตนาการเชิงสร้างสรรค์เป็นการนำความสนใจกลับมาสู่สภาพแวดล้อมรอบๆตัวขณะนี้ รับรู้ได้ถึงความสุข ความสงบ และความผ่อนคลายที่ติดตัวมาขอให้นับในใจ 1-2-3-4-5 แล้วสูดลมหายใจเข้าลึกๆเข้าๆคุณรู้สึกสบายและสดชื่นขึ้นแล้ว ค่อยๆลืมตา

ประโยชน์ของการฝึกสร้างจินตนาการ (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2557) มีดังต่อไปนี้

1. ทำให้สมาธิและความจำดีขึ้น
2. เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง
3. เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
4. ช่วยทำให้คุณภาพชีวิตในภาพรวมดีขึ้น
5. ช่วยระงับอารมณ์เศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียสิ่งที่รัก
6. เพิ่มแรงจูงใจและความกระตือรือร้น
7. แก้ปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ
8. ช่วยบรรเทาอาการปวด
9. ขจัดความวิตกกังวลและความรู้สึกซึมเศร้า
10. บรรเทาอาการปวดศีรษะ ไมเกรน และอาการปวดเรื้อรังต่างๆ
11. เลิกบุหรี
12. ควบคุมน้ำหนักตัว
13. เป็นคนอารมณ์ดีอยู่เสมอ สดชื่นแจ่มใส และสามารถปรับเปลี่ยนข้อมูลให้กับจิตใจสำนึกได้ด้วยตนเอง

## 2.4 การดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม

โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยโปรแกรมการสร้างจินตนาการ ผู้วิจัยใช้แผ่นวีดิโอการผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกสร้างจินตนาการของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ที่สร้างโดยจรรยา ใจหนูน (2551) โดยนำมาประยุกต์ใช้จากแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม สำหรับลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1993) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราและยาเสพติด ในการดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยให้ผู้รับการบำบัดได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการ ก่อนการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมทุกครั้ง และให้กลับไปฝึกที่บ้าน ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ภายในระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ การบำบัดเป็นแบบกลุ่มๆละ 8-10 คน ใช้เวลาบำบัดแต่ละกิจกรรมครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 และกิจกรรมครั้งที่ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ และกิจกรรมครั้งที่ 3 - 7 ห่างกันทุกสองสัปดาห์

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย มีการฝึกอานาปานสติสมาธิ การฝึกโปรแกรมไปโอฟิคแบค และการฝึกสร้างจินตนาการ ช่วยให้ผ่อนคลาย มีสมาธิเพิ่มขึ้น ลดความวิตกกังวล ลดความเครียด เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานและคุณภาพชีวิตดีขึ้น และสามารถนำมาใช้เป็นการบำบัดได้อีกแนวทางหนึ่ง และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีกิจกรรมที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ การสร้างสัมพันธภาพ การเสริมสร้างแรงจูงใจ การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือน การวิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรม การฝึกปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การให้ผู้ป่วยเรียนรู้ผลดี ผลเสียของการใช้สุรา การให้แรงเสริมทางบวก ทักษะการจัดการอารมณ์ ทักษะการกล้าแสดงออก การฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะการค้นหาและจัดการแก้ไขปัญหา ฝึกทักษะการตัดสินใจ การใช้บทบาทสมมติ และมอบหมายการบ้าน ซึ่งวิธีการต่างๆ เหล่านี้ช่วยเสริมทักษะให้ผู้ป่วยติดสุราสามารถควบคุมตัวเองได้ เกิดทักษะใหม่ที่ดี มีความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกัน การติดสุราซ้ำได้นาน สามารถเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกได้ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาและสรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

อรวรรณ จันทร์มณี (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมไบโอฟีดแบคแบบควบคุมการทำงานของคลื่นประสาทแอลฟา ร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการที่มีต่อพฤติกรรมการแสดงออกของเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด 64 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมไบโอฟีดแบคแบบควบคุมการทำงานของคลื่นประสาทแอลฟา ร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการ สัปดาห์ละ 2 วันติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามแผนปกติ ผลการวิจัยพบว่าการใช้โปรแกรมไบโอฟีดแบคแบบควบคุมการทำงานของคลื่นประสาทแอลฟา ร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการสามารถช่วยให้พฤติกรรมและสมาธิของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น และมีข้อเสนอแนะในงานวิจัยไว้ว่าสามารถใช้เป็นการบำบัดทางเลือกได้อีกแนวทางหนึ่ง ซึ่งจากงานวิจัยดังกล่าวมีการนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกสร้างจินตนาการโดยเป็นข้อเหมือนในงานของผู้วิจัยเอง แต่มีความแตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

สาธิตี ธรรมรักษา (2551) ได้ศึกษาผลของการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบค ร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในหออายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยโปรแกรมไบโอฟีดแบคและการฝึกสร้างจินตนาการ โดยทำการทดลองทั้งหมด 6 ครั้ง ทำการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคแบบ EMG ในกลุ่มทดลองเพื่อวัดกลไกการปรับตัวต่อความวิตกกังวลของร่างกายผ่านทางกล้ามเนื้อและวัดค่าความตึงของกล้ามเนื้อหลังการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดแบบฝึกสร้างจินตนาการผ่านทางเทปบันทึกเสียงใช้ระยะเวลาในการฝึกทั้งสิ้น 40 นาที/ครั้ง ผลพบว่าการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคและเทคนิคผ่อนคลายความเครียดแบบสร้างจินตนาการสามารถลดความวิตกกังวลได้เป็นอย่างดี และมีข้อเสนอแนะไว้ว่าควรมีการขยายขอบเขตการวิจัยไปยังผู้ป่วยในกลุ่มอื่น เช่นผู้ป่วยโรคเรื้อรังตลอดจนญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เห็นความแตกต่างและนำผลมาปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสม

ตรีนุช ราชภูร์ดุขตี (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมไบโอฟีดแบค ร่วมกับการสร้างจินตนาการต่อระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพยาอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพยาอมเฟตามีนที่ถูกคุมประพฤติส่งมาบังคับบำบัดในแผนกผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพสถาบันธัญญารักษ์ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 16-19 ปีและ อายุ 19 ปีขึ้นไป โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 34 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 34 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมไบโอฟีดแบค ร่วมกับการสร้างจินตนาการ ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นเวลา 6 สัปดาห์ๆ ละ 3 ครั้งๆ ละประมาณ 90 นาที ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนความต่างของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไบโอฟีดแบค ร่วมกับการสร้างจินตนาการและการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งงานวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะว่าโปรแกรมไบโอฟีดแบค ร่วมกับการสร้างจินตนาการมีผลต่อระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพยาอมเฟตามีน จึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการออกแบบโปรแกรมการ



ฟื้นฟูผู้เสพยาแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูแบบคุมประพฤติ ซึ่งจากงานวิจัยดังกล่าวมีการนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกสร้างจินตนาการซึ่งเป็นข้อเหมือนในงานของผู้วิจัยเอง แต่จะมีความแตกต่างกันในเรื่องช่วงอายุ และโรคในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ยุพาพัทธ์ รักรณวิงศ์และคณะ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลในนิสิตพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภาคการศึกษาปลายปีการศึกษา 2553 จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คนโดยกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกอานาปานสติสมาธิ 20 นาที ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมทุกครั้ง เครื่องมือในการทดลองคือคู่มือการฝึกปรับเปลี่ยนความคิดและอานาปานสติสมาธิ และสื่อการสอนสมาธิ สมุดบันทึกความคิดประจำวัน ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวได้นำการฝึกสมาธิมาใช้เป็นฐานของการบำบัดเพราะตระหนักว่าการที่นิสิตจะเกิดการเรียนรู้ได้ดีต้องมีสติและสมาธิมากพอ เพื่อช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ในความคิดของตนเองได้ เข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้และมีความสมเหตุสมผล ตามสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความวิตกกังวลลักษณะประจำตัวและขณะปัจจุบันทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตาม ต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 และให้ข้อเสนอแนะในงานวิจัยไว้ว่าควรมีการนำรูปแบบการบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมมาใช้บำบัดกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่นในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ อาชีพ ระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันเพื่อศึกษาถึงปัจจัยเหล่านี้เพื่อนำมาใช้อ้างอิงได้มากขึ้น

งานวิจัยดังกล่าวมีการนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกอานาปานสติสมาธิมาใช้ในการบำบัด ก่อนได้รับการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมโดยมีความคล้ายคลึงกับงานของผู้วิจัยที่ได้นำเทคนิคผ่อนคลายความเครียดมาใช้บำบัดร่วม ก่อนได้รับการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม โดยจะแตกต่างกันในเรื่องชนิดของการผ่อนคลายความเครียด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากัน และมีจำนวนของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน

ดวงใจ ศิริวัฒนาศิลป์ (2553) ได้ศึกษาผลของการฝึกสมาธิตามแนวอานาปานสติและการฝึกแบบอโตนิกที่มีต่อความแม่นยำในกีฬาเปตอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เพศชายที่กำลังเรียนวิชาเปตอง จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คนโดยกลุ่มทดลองที่ 1 การฝึกสมาธิตามแนวอานาปานสติควบคู่กับการฝึกโปรแกรมเปตอง และกลุ่มทดลองที่ 2 ทำการฝึกแบบอโตนิกควบคู่กับการฝึกโปรแกรมเปตอง และกลุ่มควบคุมทำการฝึกโปรแกรมเปตองอย่างเดียว ทำการฝึก 8 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วันผลการวิจัยพบว่าภายหลังสัปดาห์ที่ 8 ค่าเฉลี่ยของความแม่นยำในกีฬาเปตองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ 1 แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยของความแม่นยำในกีฬาเปตองไม่แตกต่างกัน และระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และ

กลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยของความแม่นยำในกีฬาเบตองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิมิตร แก้วอาจ (2549) ได้ทำการศึกษาผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้ติดสุรามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราโดยดื่มน้อยลงหรือเลิกดื่ม กลุ่มเป้าหมายคือผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ระหว่างวันที่ 27 มิถุนายน 2548 ถึงวันที่ 2 กันยายน 2548 จำนวน 22 คน เพศชาย 21 คน เพศหญิง 1 คน ที่มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 60 ปี ระยะเวลาการดื่มสุราส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 - 30 ปี ปริมาณการดื่มส่วนใหญ่มากกว่า 42 ครั้งต่อสัปดาห์ (Harmful drinking) ผู้ศึกษาได้พัฒนาการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราของนิชนันท์ คำล้าน (2547) ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยติดสุรา ทำการบำบัดแบบกลุ่มและรายบุคคลการบำบัดแบ่งออกเป็น 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ตั้งแต่วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 13.00 - 15.00 น. ส่วนครั้งที่ 6 ทำการบำบัดร่วมกับญาติในวันทีญาติมาเยี่ยมหรือมารับผู้ป่วยกลับบ้านใช้เวลาในการบำบัด 2 ชั่วโมงเช่นเดียวกัน เนื้อหาการบำบัดประกอบด้วย การเพิ่มแรงจูงใจในการลดหรือเลิกการดื่มสุรา การตั้งเป้าหมายในการลดหรือเลิกสุรา การประเมินศักยภาพของตนเอง การวิเคราะห์องค์ประกอบ และวงจรการดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น การปรับความคิดและพฤติกรรม การวางแผนจัดการกับอารมณ์ การวางแผนการปฏิบัติเพื่อลดหรือเลิกดื่มสุรา บทบาทของญาติและผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกัน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Time line follow back) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 14 คน ไม่ดื่มสุราตลอดระยะเวลาการศึกษา และมีจำนวน 7 คน ลดปริมาณการดื่มสุรา และอีก 1 คน เพิ่มปริมาณการดื่มสุรา ตลอดระยะเวลาการศึกษา และให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าควรทำวิจัยเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการบำบัดโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งจากงานวิจัยนี้ใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา มีเนื้อหากการบำบัดที่คล้ายคลึงเหมือนในงานของผู้วิจัยเอง แต่จะมีความแตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวนครั้งในการบำบัด ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะวิธีดำเนินการทดลองไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และมีตัวแปรตามที่แตกต่างกัน

พิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2548) ได้ทำโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) เป็นโครงการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่สมัครใจ ไม่มีอาการทางจิตรุนแรงหรือบุคลิกภาพแปรปรวนรุนแรง ผู้บำบัดเป็นทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล ทำการบำบัดเข้มข้น 28 วัน ในกลุ่มบำบัดเรียกว่า กลุ่มกัลยาณมิตร 30 เจตนาดี หวังดีต่อกัน สร้างการเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมกลไกสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยคือแรงจูงใจ และแรงบันดาลใจในการเลิกสุรา

(Motivational style) ซึ่งผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการจะต้องได้รับการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจก่อนบำบัดในช่วงโครงการบำบัดและในช่วงการติดตามผล เนื้อหาหลักในการบำบัดรักษาประกอบการให้การศึกษาด้านสุขภาพและจิตวิทยา การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม หลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ การบำบัดด้วยการผ่อนคลายและนันทนาการ การให้ความรู้แก่ครอบครัว บำบัดทุกวันจันทร์ - ศุกร์ วันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง เวลา 10.00 - 12.00 น. และ 13.00 - 15.00 น. โดยสลับเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปในแต่ละเนื้อหา มีการติดตามผลการบำบัดรักษาภายใน 1 3 และ 6 เดือน หลังจบโปรแกรม พบว่า มีผู้ป่วยติดสุราที่จบโปรแกรม 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่กลับไปติดซ้ำ 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.73 กลับไปติดซ้ำ 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 อัตราไม่กลับไปติดซ้ำภายใน 1 เดือนร้อยละ 89.04 อัตราไม่กลับไปติดซ้ำภายใน 3 เดือนร้อยละ 81.36 และอัตราไม่กลับไปติดซ้ำ ภายใน 6 เดือน ร้อยละ 62.56

นิชนันท์ คำล้าน (2547) ได้ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพศชาย อายุระหว่าง 29-55 ปี ระยะเวลาที่ดื่มสุรา 8-29 ปี ปริมาณการดื่ม 6-112 ดริงต่อสัปดาห์ การดำเนินกลุ่มแบ่งออกเป็น 5 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมงสิ้นสุดใน 1 สัปดาห์ โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย การเพิ่มแรงจูงใจในการลด/เลิกการดื่มสุรา การวิเคราะห์องค์ประกอบการดื่มสุรา การปรับพฤติกรรม การปรับความคิด และการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบประเมินปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ และแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 9 ราย จาก 20 ราย ไม่ดื่มสุราตลอดระยะเวลาการศึกษาและจำนวน 11 ราย มีการดื่มสุราน้อยลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดแต่ดื่มไม่เกินมาตรฐานที่กำหนดและไม่เกินเป้าหมายที่ผู้เข้าร่วมโครงการตั้งไว้ ข้อเสนอแนะควรให้ผู้เข้าร่วมโครงการควรได้รับการตรวจเลือด เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของตับ ซึ่งการได้ทราบผลเลือดจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ตัดสินใจเลิกดื่มสุราได้ง่ายขึ้น ควรมีการติดตามทุก 1 เดือน 6 เดือน ถึง 1 ปี และเนื่องจากระยะเวลาในการดื่มสุรานาน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นกรณีผู้ติดสุราเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำสูง ควรมีการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมด้วยเพื่อช่วยสนับสนุนให้กำลังใจผู้ติดสุราให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ดีขึ้น

จรรยา ใจหนูน (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุรา จำนวน 12 ราย ที่มารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้การบำบัดแบบรายบุคคล

เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยให้การบำบัดในวันจันทร์ วันพุธและวันศุกร์ ครั้งละ 90 นาที ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมการตีแม่แอลกอฮอล์ของผู้ติดยาเสพติดกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อติดตามผล 2 สัปดาห์หลังครบโปรแกรมพบว่าไม่แตกต่างจากหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และมีข้อเสนอแนะไว้ว่าควรมีการดำเนินการบำบัดด้วยวิธีนี้และนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ติดยาต่อไป

นิภาวัล บุญทัตถม (2549) ทำการศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับของความรู้ เจตคติ และทักษะการป้องกันการติดเชื้อของผู้ใช้สารเสพติดของผู้ใช้สารเสพติดหลังจำหน่ายออกจากสถานไม่เกิน 6 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้สารเสพติดประเภทยาบ้าในระบบบังคับบำบัดจำนวน 60 คน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมการจัดการชีวิตต่อความรู้ เจตคติ และทักษะการป้องกันการติดเชื้อระยะเวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ผลพบว่าโปรแกรมการจัดการชีวิตเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพช่วยพัฒนาให้ผู้ติดยาเสพติดมีความรู้ เจตคติและทักษะการป้องกันการติดเชื้อดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาว โดยมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างหลังผ่านการทดลองในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อดูแลช่วยเหลือให้ผู้ติดยาเสพติดเลิกได้ยาวนานและป้องกันการติดเชื้อ

สุกมา แสงเดือนฉาย (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา โดยงานวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา 1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมกับประเภทของผู้ติดยา ที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อ 2) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อ 3) ศึกษาอำนาจในการทำนายของความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อที่มีต่อพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสุราแบบผู้ป่วยใน จำนวน 59 คน ที่ได้รับการจัดประเภทเป็นกลุ่มผู้ติดยาอย่างเป็นปัญหาและผู้ติดยา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อ แบบบันทึกพฤติกรรมผู้ติดยา และการตรวจสอบ GGT ในเลือด ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมกับประเภทของผู้ป่วยสุรา และผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมในการป้องกันการ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม

นอกจากนี้ยังส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการยืดระยะเวลาในการกลับไปติดซ้ำให้ยาวนานขึ้นกว่าการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด และให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มอื่นๆ เช่นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยสารเสพติดชนิดอื่น และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และควรมีการศึกษาในระยะยาว 6 เดือน 12 เดือน เพื่อดูความคงทนและการเปลี่ยนแปลงของผลการบำบัด

ฟีนและคณะ (Feeney, 2006) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดด้วย CBT อย่างเดียว การบำบัดด้วย CBT ร่วมกับยาอะแคมโพรเสต (Acamprosate) การบำบัดด้วย CBT ร่วมกับยา นาลเทร็กซอน (Naltrexone) และการบำบัดด้วย CBT ร่วมกับการใช้ยารวม (Combined medication) โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยที่วินิจฉัย Alcohol dependence อายุ 18 ปีขึ้นไป มีการหยุดดื่มสุรา มาแล้ว 3 วัน มีค่า bMAST score of  $\geq 6$  จากผู้ป่วยจำนวน 603 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 236 คน แบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 59 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก ผู้บำบัดเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัด CBT แพทย์ นักจิตวิทยา ถ้ายังไม่ผ่านการบำบัดด้วย CBT ต้องมีการฝึกก่อนการบำบัด ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีเนื้อหาคือระบุนความคาดหวังที่จะแก้ไขปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีทักษะในการรับรู้ ต่อตนเองต่อการลดปริมาณการดื่ม สอนทักษะการจัดการแก้ไขปัญหา ผลการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มต่อการลดปริมาณการดื่มสุรา โดยระหว่างกลุ่มพบว่ามีผลแตกต่าง สองกลุ่มคือ การบำบัดด้วย CBT ร่วมกับยาอะแคมโพรเสต (Acamprosate) และการบำบัดด้วย CBT ร่วมกับยารวม (Combined medication) ซึ่งสรุปผลการทดลองพบว่าการบำบัดด้วย CBT อย่างเดียว มีผลต่อการลดปริมาณการดื่มสุรา แต่ที่ดีที่สุดควรเป็นการบำบัดด้วย CBT ร่วมกับยารวม (Combined medication) จะเห็นผลลัพธ์ได้ดีกว่า และมีข้อเสนอแนะไว้ว่าการรักษาด้วยยาคือวัตถุประสงค์แรกของการรักษา แต่การรักษาด้านจิตสังคมทำให้ผู้ป่วยนั้นร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงแนะนำให้ควรรักษาด้วย CBT ควบคู่กับยา

มอนตีและคณะ (Monti et al, 1996) ได้ศึกษาผลของการฝึกทักษะ 3 โปรแกรมในผู้ป่วยติดสุราแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 69 คน และติดตามหลังครบโปรแกรม 6 เดือน โดยโปรแกรมที่ 1 คือ กลุ่มฝึกทักษะการสื่อสารในกลุ่มผู้ป่วย โปรแกรมที่ 2 คือ ฝึกทักษะการสื่อสารกับครอบครัว และโปรแกรมที่ 3 คือ เป็นการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา ผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการฝึกทั้งสามโปรแกรม มีจำนวนการดื่มสุราลดลงในทุกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ และมีข้อเสนอแนะให้ควรมีการส่งเสริมการฝึกทักษะทั้ง 3 โปรแกรมเพราะให้ผลเป็นบวกทั้งหมด

ฟีนและคณะ (Feeney et al, 2004) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยานาลเทร็กซอน (Naltrexone) กับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุรา 136 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 43 คน และกลุ่มควบคุม 43 คน ผลพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย

ความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียวยังมีค่าคะแนนของ SF-36 และ GHQ-28 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยานาเทรีกโซน(Naltrexone)

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นยังไม่พบว่ามี การนำมาใช้ร่วมกันระหว่างโปรแกรมการสร้างจินตนาการกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มเป้าหมายพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล กลุ่มเด็กสมาธิสั้น กลุ่มนักศึกษาพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ยังพบการศึกษาที่นำมาใช้กับผู้ป่วยติดสุราค่อนข้างน้อย ส่วนวิจัยในต่างประเทศนั้น การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการฝึกสร้างจินตนาการ และการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุรายังมีไม่มากนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นประเด็นสำคัญในการนำโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในผู้ป่วยติดสุรา ในรูปแบบผู้ป่วยนอก ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ และคาดหวังว่าผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการบำบัดเพื่อป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุราต่อไป

### บทที่ 3

#### วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 3 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ 3 กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของทักษะการป้องกันการติดเชื้อซ้ำก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและระหว่างสามกลุ่ม

ตารางที่ 3.1 รูปแบบการทดลอง

The pretest-posttest control group design

Group	Sample	Pretest	Intervention	Posttest
R	E <sub>1</sub>	O <sub>11</sub>	X <sub>1</sub>	O <sub>12</sub>
R	E <sub>2</sub>	O <sub>21</sub>	X <sub>2</sub>	O <sub>22</sub>
R	C	O <sub>31</sub>		O <sub>32</sub>

โดยกำหนดให้

R คือ การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (randomized sampling) โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้วิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากร

E<sub>1</sub> คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม

E<sub>2</sub> คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม

C คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุม (Control group)

X<sub>1</sub> คือ โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม (treatment 1)

X<sub>2</sub> คือ โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม (treatment 2)

- O<sub>11</sub> คือ คะแนนของทักษะการป้องกันการติดสุราซ้ำ ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม
- O<sub>12</sub> คือ คะแนนของทักษะการป้องกันการติดสุราซ้ำ กลุ่มที่ 1 หลังได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม 12 สัปดาห์
- O<sub>21</sub> คือ คะแนนของทักษะการป้องกันการติดสุราซ้ำ กลุ่มที่ 2 ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม
- O<sub>22</sub> คือ คะแนนของทักษะการป้องกันการติดสุราซ้ำ กลุ่มที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม 12 สัปดาห์
- O<sub>31</sub> คือ คะแนนของทักษะการป้องกันการติดสุราซ้ำกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง
- O<sub>32</sub> คือ คะแนนของทักษะการป้องกันการติดสุราซ้ำกลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 12

### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**3.2.1 ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา โดยที่ผู้ป่วยทั้งหมดเคยได้รับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์และมีระยะเวลาการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ไม่เกิน 6 เดือน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา

**3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง** คือผู้ป่วยโรคติดสุรา หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ไม่เกิน 6 เดือน ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2558 จำนวน 90 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

**3.2.2.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)** การศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

(1) เป็นผู้ป่วยโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ Diagnostic and statistical manual disorder fifth edition (DSM-5)

(2) มีค่าคะแนนประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002: Mini-Mental State Examination–Thai version) มากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน

(3) ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน

(4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยอ่านออก เขียนได้

(5) ไม่เคยได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการสร้างจินตนาการและโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม



**3.2.2.2** เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) การศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดคุณสมบัติในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

(1) เป็นผู้ใช้สารเสพติดชนิดอื่นที่ไม่ใช่สุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ยกเว้นบุหรี่

(2) มีค่าคะแนนประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002:Mini-Mental State Examination–Thai version) น้อยกว่า 23 คะแนน

(3) มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน

**3.2.2.3** เกณฑ์การให้ยุติจากการศึกษาวิจัย (Discontinuation criteria) การศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดคุณสมบัติในการให้ยุติจากการวิจัย ดังนี้

(1) ผู้ป่วยบอกเลิกและไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

(2) ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมไม่ครบถ้วน (< 80%)

### 3.3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการโดยใช้ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 % หรือระดับนัยสำคัญ .05 (Polit & Hungler,1999; Polit & Sherman,1990) และจากการทบทวนงานวิจัยของ กนกภรณ์ ทองคุ่ม (2556) เรื่องผลของการฝึกสมาธิร่วมกับการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งใช้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .33 สำหรับการทดสอบด้วยสถิติ ANOVA (F-test) และได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.5 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน ต้องการกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Gray, Grove, & Burns. 2013) เพื่อเป็นการทดแทนเมื่อมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างกลางคันจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 92 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเท่ากันจึงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ความร่วมมือเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง งานวิจัยนี้มีกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองที่ 1 จะได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองที่ 2 จะได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 30 คน

### 3.2.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยทำการสุ่มสถานที่ที่ใช้กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากเลือกอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา 3 อำเภอจากจำนวน 5 อำเภอ ที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอในการที่จะทำการศึกษา หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากทั้ง 3 อำเภอ แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ได้จำนวน 90 คน ตามการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง แล้วทำการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากให้เป็นกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม (Random assignment) ทั้ง 3 กลุ่มจะทำการทดลองพร้อมกัน 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองที่ 1 จะได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มทดลองที่ 2 จะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มจะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติและได้รับการประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำก่อนการทดลองและหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12

### 3.3.2 สถานที่ศึกษา

สถานที่ในการบำบัดกิจกรรมกลุ่มและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้ห้องประชุมของโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละอำเภอ มีพัดลมโคจร อากาศถ่ายเทสะดวก ลักษณะห้องเป็นส่วนตัว เงียบสงบสามารถควบคุมไม่ให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามารบกวนได้ มีโต๊ะเก้าอี้เพียงพอ สถานที่กว้าง และสามารถกำหนดการใช้ห้องได้ตลอดทำการทดลอง

## 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

### 3.4.1 ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

**3.4.1.1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการดื่มสุรารายต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

**3.4.1.2** แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002: Mini-mental state examination-Thai version) เป็นแบบทดสอบคัดกรอง (Screening test) ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชาวไทยโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้ร่วมกับ

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 ผู้วิจัยจึงได้นำแบบทดสอบนี้ใช้ประเมินสภาพสมองของผู้ติดสุราก่อนทำการบำบัด โดยแบบทดสอบนี้มีค่าคะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน ซึ่งเกณฑ์ปกติของค่าคะแนนรวมของการทดสอบต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 23 ถ้าน้อยกว่าเป็นไปได้ว่าน่าจะมีการมีความผิดปกติของสมองซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของสมอง ใช้เวลาทดสอบ 10-15 นาที

**3.4.1.3** แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ติดสุรา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองบางส่วน ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แต่ละข้อมีมาตราวัด 5 หน่วยคือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติเกือบทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย แบ่งเป็นข้อความทางบวกจำนวน 18 ข้อ และข้อความทางลบจำนวน 2 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติทุกวันใน 1 สัปดาห์
4 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติเกือบทุกวันคือ 5-6 วัน/สัปดาห์
3 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้งคือ 3-4 วัน/สัปดาห์
2 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้งคือ 1-2 วัน/สัปดาห์
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความที่เป็นบวก	ตัวเลือก	คะแนน
	ปฏิบัติทุกวัน	5
	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4
	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3
	ปฏิบัติบางครั้ง	2
	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1

ข้อความที่เป็นลบ	ตัวเลือก	คะแนน
	ปฏิบัติทุกวัน	1
	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	2
	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3
	ปฏิบัติบางครั้ง	4
	ไม่เคยปฏิบัติเลย	5

### 3.4.2 ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ประกอบด้วยโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 3.4.2.1 โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งได้ประยุกต์มาจากแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเบ็คและคณะ (Beck, 1993) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราและยาเสพติด ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับใช้และทำการบำบัดเป็นรายกลุ่ม มีทั้งหมด 7 กิจกรรม ภายในระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยใช้เวลาบำบัดกิจกรรมละ 120 นาที โดยมีคำอธิบายและวัตถุประสงค์ของกิจกรรมดังนี้ (เนื้อหาในภาคผนวก)

#### กิจกรรม ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) : สัมพันธภาพ สร้างมิตร

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเป้าหมาย ขั้นตอนและวิธีการบำบัด ระยะเวลาและประโยชน์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความสัมพันธ์ของ ความคิด มีผลต่ออารมณ์ และนำไปสู่พฤติกรรมที่ดีมสุรา

#### กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) : คิดอย่างไร ไปให้ถึงเป้าหมาย

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมได้
2. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ สิ่งกระตุ้น ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมได้

### กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) : คิดอัตโนมัติ คิดถูกทาง

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจลักษณะความคิดที่บิดเบือนโดยเชื่อมโยงกับ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมนำไปสู่การดื่มสุรา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

### กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6): ปรับความเชื่อเพื่อเลิกดื่ม

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถตรวจสอบความคิดที่ไม่เหมาะสมได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจและสามารถปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้ โดยการคิดในแบบอื่นๆ ในเหตุการณ์เดียวกัน

### กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) จัดการดีไม่มีปัญหา

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เรื่องหลักการแก้ไขปัญหา
2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

### กิจกรรมครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 10) : ปฏิบัติดี ป้องกันได้

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ สามารถหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์เสี่ยงสูงที่จะกลับมาติดสุราซ้ำ
2. เพื่อให้สมาชิกมีแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ

### กิจกรรมครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 12) : บอกเล่าเรื่องสุรา

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจกิจกรรมการบำบัดทั้งหมดที่ผ่านมา
2. เพื่อประเมินผลการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม พร้อมทั้งยุติการบำบัด

**3.4.2.2** โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยทำการบำบัดเป็นรายกลุ่ม มีทั้งหมด 7 กิจกรรม ภายในระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ใช้เวลาบำบัดกิจกรรมละ 120 นาที ผู้วิจัยให้ผู้รับการบำบัดได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมทุกครั้ง โดยโปรแกรมการสร้างจินตนาการผู้วิจัยใช้แผ่นวีดีโอการผ่อนคลายความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเทปบันทึกเสียงและให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามดังนี้

นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย ปล่อยมือและแขนตามสบาย สัมผัสตัวเองตั้งแต่ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ ไหล่ ทรวงอก ช่องท้อง หลัง สะโพก ต้นขา น่องและเท้า ถ้ายังไม่สบายให้ขยับอยู่ในท่าที่สบาย เมื่ออยู่ในท่าที่สบาย ค่อย ๆ กลับตา หายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ แล้วหายใจออก ทุกครั้งที่หายใจเข้าให้นึกคำว่า “ผ่อนคลาย” หายใจออกให้นึกคำว่า “คลาย” ผ่อน....คลาย....

เริ่มต้นจากปลายเท้าโดยรู้สึกว่าจะผ่อนคลายเท้าทั้งสองข้างของคุณรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนขึ้นมาที่น่อง ขณะนี้น่องทั้งสองข้างของคุณผ่อนคลาย.... ความรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนมาที่ต้นขาทั้งสองข้างและสะโพก ขณะนี้ต้นขาทั้งสองข้างและสะโพกของคุณรู้สึกผ่อนคลาย...กระแสรูปร่างของคุณเป็นไปอย่างช้าๆ หายใจลึกและสม่ำเสมอ คุณรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นไปอีก ขณะนี้ทั่วร่างกายของคุณรู้สึกผ่อนคลายและสบายต่อไป มุ่งความสนใจที่บริเวณใบหน้าคุณรู้สึกว่าใบหน้าของคุณผ่อนคลาย...เพ่งความสนใจไปที่บริเวณคิ้วและรอบๆดวงตาทั้งสองข้าง ขณะนี้คิ้วและรอบๆดวงตาทั้งสองข้างกำลังผ่อนคลาย ความรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนมาที่บริเวณแก้มทั้งสองข้าง ขณะนี้แก้มทั้งสองข้างรู้สึกผ่อนคลาย ความรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนมาที่ริมฝีปาก ขากรรไกรด้านบนและด้านล่างทั้งสองข้างไหล่และลำคอ ขณะนี้ปาก ฝีปาก ขากรรไกรด้านบนและด้านล่างทั้งสองข้างไหล่และลำคอรู้สึกผ่อนคลาย และความรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนมาที่แขนตลอดจนถึงปลายมือทั้งสองข้างขณะนี้แขนและปลายมือทั้งสองข้างของคุณรู้สึกผ่อนคลายเช่นเดียวกัน

ต่อไปขอให้มุ่งความสนใจไปที่หัวใจ โดยนึกถึงหัวใจที่มีลักษณะเหมือนรูปจำลองหัวใจอยู่บริเวณหน้าอกข้างซ้าย มีหลอดเลือดมาเลี้ยงหัวใจ แต่ละเส้นคล้ายท่อเล็กๆที่ให้เลือดไหลผ่าน มองเห็นภายในหลอดเลือด ซึ่งมีความยืดหยุ่นจะเห็นเลือดไหลเวียนอย่างสะดวกและต่อเนื่อง ทำให้หัวใจสามารถบีบตัวอย่างเป็นจังหวะ เลือดสามารถไหลผ่านไปเลี้ยงร่างกายได้โดยตลอด ขณะนี้มองเห็นตัวเองมีการไหลเวียนของเลือดที่ผ่านหัวใจเป็นปกติ สุขภาพร่างกายแข็งแรง และพละนาถมัสมบูรณ์ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและทำงานได้ปกติ

ขั้นต่อไปขอให้จินตนาการมองเห็นตัวเองอยู่ในสวนดอกไม้ที่สวยงามและร่มรื่นแห่งหนึ่งท้องฟ้าสีฟ้าแจ่มใส มีสนามหญ้าสีเขียวขจี มีดอกไม้หลากสีนานาชนิดที่คุณชื่นชอบ สีชมพู สีเหลือง สีแดง สีม่วง สีส้ม เต็มไปหมด มองเห็นลำธารที่มีน้ำใสไหลเอื่อยๆ รู้สึกถึงสายลมที่พัดมา

สัมผัสผิวกายเบา ๆ นำความสดชื่นและเย็นสบายมาให้ มองไปรอบบริเวณนั้น มองเห็นสถานที่ที่หนึ่งดูสงบ ร่มเย็น น่านอนพัก จึงค่อยๆเดินไปยังสถานที่ตรงนั้น เมื่อไปถึงค่อยๆ ทอดตัวลงนั่ง และค่อยๆ เอนตัวลงนอน หลับตา รู้สึกถึงความสงบสบาย และผ่อนคลาย ขอให้อยู่กับความสงบ สบายและผ่อนคลาย สักครู่ หลังจากนั้นเปลี่ยนความคิดและจินตนาการเชิงสร้างสรรค์เป็นการนำความสนใจกลับมาสู่สภาพแวดล้อมรอบๆตัวขณะนี้ รับรู้ได้ถึงความสุข ความสงบ และความผ่อนคลายที่ติดตัวมา ขอให้นับในใจ 1-2-3-4-5 แล้วสูดลมหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ คุณรู้สึกสบายและสดชื่นขึ้นแล้ว ค่อยๆลืมตา

### 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1 การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ติดเชื้อรา โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม และความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่านมีความคิดเห็นตรงกันร้อยละ 80 หลังจากนั้นนำไปทดลองกับผู้ป่วยติดเชื้อราที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยจำนวน 10 คน ผลการทดลองใช้พบว่า รูปแบบของการจัดโปรแกรม ขั้นตอน ระยะเวลา ภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย มีความเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามโปรแกรม

3.4.2 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบทดสอบที่ผ่านการวิเคราะห์รายข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการนำแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อราเข้าไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อราที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยจำนวน 30 คน ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient method) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ติดเชื้อราได้เท่ากับ .84

### 3.5 ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 3.5.1 ขั้นเตรียมการ

3.5.1.1 เสนอโครงร่างวิจัย (ฉบับสมบูรณ์) ผ่านคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัย

3.5.1.2 เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคนแล้วผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัว จาก คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถึง สาธารณสุขอำเภอที่ทำการศึกษ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลและทำการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลชุมชนที่ 1 โรงพยาบาลชุมชนที่ 2 และ โรงพยาบาลชุมชนที่ 3

3.5.1.3 หลังได้รับการอนุมัติจากสาธารณสุขอำเภอแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 แห่งและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ หลักการ ขั้นตอนการบำบัด กลุ่มเป้าหมายและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนประสานขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3.5.1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากเวชระเบียนของ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ และทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลอง ที่ 2 และกลุ่มควบคุม โดยให้ได้กลุ่มละ 30 คน

3.5.1.5 แจ้งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 3 แห่งทราบล่วงหน้า เพื่อขอความร่วมมือและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาพร้อมกันในวันปฐมนิเทศ ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ และแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วม โครงการตลอดระยะเวลาทำการทดลอง โดยนัดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองที่ 1 ในวันพฤหัสบดีสัปดาห์ที่ 2 ของโรงพยาบาลชุมชนที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 ในวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 ของโรงพยาบาลชุมชนที่ 2 และ กลุ่มควบคุมในวันเสาร์สัปดาห์ที่ 2 ของโรงพยาบาลชุมชนที่ 3 ในเวลา 9.00 - 10.00 น. ณ ห้อง ประชุมของแต่ละโรงพยาบาล

3.5.1.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาในวันนัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรมบำบัด ประโยชน์ที่จะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิ์ต่างๆ เช่น ไม่มีการเปิดเผย ชื่อ - นามสกุล ทุกอย่างเก็บไว้เป็นความลับ ข้อมูลจะนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น



ผลการวิจัยก็จะนำเสนอเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยหากไม่สมัครใจ และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

3.5.1.7 หากกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน

3.5.1.8 เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เข้าใจก่อนตอบคำถาม โดยผู้วิจัยคอยตอบข้อสงสัยให้กับกลุ่มตัวอย่างขณะตอบแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ทุกครั้งถ้าพบว่าไม่สมบูรณ์ให้กลุ่มตัวอย่างทำให้ครบถ้วนอีกครั้งก่อนส่งคืนผู้วิจัย

3.5.1.9 ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งกลุ่มทดลองที่ 1 สะดวกในวันเสาร์ กลุ่มทดลองที่ 2 สะดวกในวันอาทิตย์ กลุ่มทดลองที่ 3 สะดวกในวันศุกร์ โดยกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 แบ่งช่วงเวลาในการบำบัดเป็น 3 รอบคือ เวลา 09.00 - 11.00 น. เวลา 13.00 - 15.00 น. และ 16.00 - 18.00 น. รอบละ 10 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประโยชน์และเกิดความเป็นไปได้ในการศึกษาวิจัย

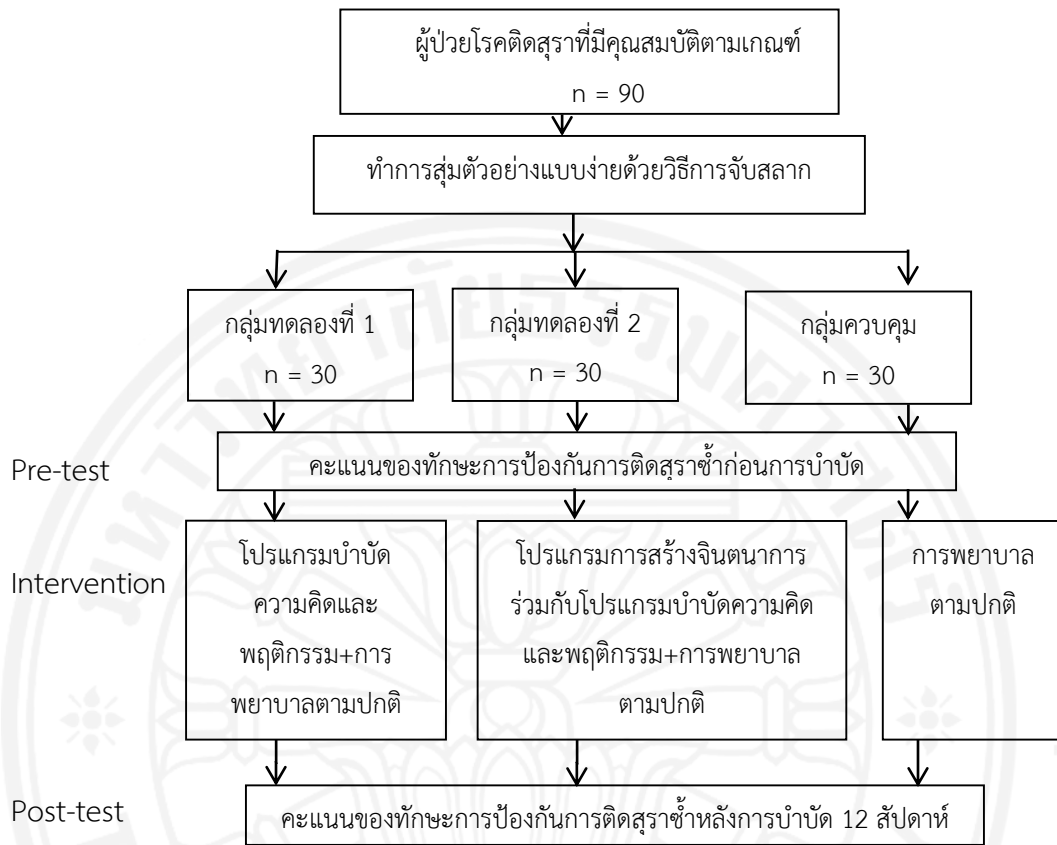
3.5.1.10 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองให้มาเข้าร่วมโครงการในสัปดาห์ถัดไปตามวันและเวลาที่กำหนด ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง ส่วนกลุ่มควบคุมนัดมาให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อในวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 12 โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มๆ ละ 15 คน ประเมินเวลา 9.00 - 11.00 น. และเวลา 13.00 - 15.00 น. ณ ห้องโรงพยาบาลชุมชนแห่งที่ 3

3.5.1.11 ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อในเรื่องที่จะต้องแจ้งเตือนวันนัดล่วงหน้า และติดตามกรณีขาดการทดลอง

3.5.1.12 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบำบัดด้วยการรับรู้และพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) โดยนายแพทย์ธีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง ศุภรา เชาว์ปรีชา ระหว่างวันที่ 27 - 29 สิงหาคม 2557 รวมระยะเวลาอบรม 3 วัน และฝึกปฏิบัติงานที่สถาบันธัญญารักษ์โดยนำโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมทดลองใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อเป็นระยะเวลา 1 เดือน และได้ผ่านการฝึกเทคนิคผ่อนคลายความเครียดแบบการสร้างจินตนาการในรายวิชาการจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต โดย รศ.ดร. มรรยาท รุจิวิษญ์

### 3.5.2 ขั้นตอนการทดลอง

การวิจัยนี้ดำเนินการทดลองเป็นกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม บำบัดทุกวันเสาร์ แบ่งเป็นกลุ่มย่อย วันละ 3 กลุ่มๆ ละ 10 คน ให้การบำบัดเวลา 9.00 - 11.00 น. เวลา 13.00 -15.00 น.และเวลา 16.00 -18.00 น. กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ในวันอาทิตย์ แบ่งเป็นกลุ่มย่อย วันละ 3 กลุ่มๆ ละ 10 คน ให้การบำบัดเวลา 9.00 - 11.00 น. เวลา 13.00 -15.00 น. และเวลา 16.00 -18.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 3 แห่ง ประกอบด้วย 7 กิจกรรม กิจกรรมละ 2 ชั่วโมง โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 และ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งที่ 3 - 7 ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ การบำบัดในกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ดำเนินการพร้อมกันทั้งหมด 12 สัปดาห์ และให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่หลังได้รับการบำบัดครบ ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ไม่ได้รับการบำบัดดังกล่าวข้างต้น และนัดมาให้ทำแบบประเมินพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อ ในวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 12 แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มๆ ละ 15 คน ประเมินเวลา 9.00 - 11.00 น. และ 13.00 -15.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลชุมชนแห่งที่ 3 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังแสดงเป็นภาพดังนี้



ภาพประกอบที่ 5 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

### 3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อขอรับการพิจารณารับรองว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง โดยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างมีรายละเอียดดังนี้

3.6.1 กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจไม่มีการบังคับ และจะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้

3.6.2 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และสวัสดิการ รวมทั้งความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัย

3.6.3 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองที่ 1 จะได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมได้รับแผนการรักษาตามปกติ และเมื่อการทดลองเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่ 1 เพื่อความเป็นธรรมตามจริยธรรมการวิจัย

3.6.4 ในขณะที่บำบัดด้วยโปรแกรมในกลุ่มทดลองทุกครั้ง ผู้วิจัยจะสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่าง และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด หากเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยจะรีบให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างทันที โดยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือตามศักยภาพ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น ส่วนกลุ่มควบคุมหากพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการทดลองจะแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

3.6.5 มีการปกปิดข้อมูลหรือคำตอบโดยมิให้ผู้ใดเข้าถึงข้อมูลได้ ยกเว้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา การเปิดเผยข้อมูลจะนำเสนอโดยการสรุปผลในภาพรวม จะไม่มีการกล่าวถึงพฤติกรรมของบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ และการเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะกระทำในกรณีที่เป็นด้วยเหตุผลเชิงวิชาการเท่านั้น

3.6.6 เกณฑ์การให้ผู้นิยมนอนยุติจากการศึกษาวิจัย (discontinuation criteria) ได้แก่ เมื่อการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว หรือผู้ป่วยบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างทำการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.7.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อทดสอบความเท่าเทียมกันของข้อมูล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม

3.7.2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3.7.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA)

3.7.5 เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจะทำการทดสอบต่อไปว่าคู่ใดบ้างมีความแตกต่างกัน และให้ผลการทดสอบดีกว่ากัน โดยใช้การทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe'

การวิเคราะห์เพื่อหาความแตกต่างทางสถิติในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

## บทที่ 4

### ผลการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมา ราชนครินทร์ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะเวลาทดลอง 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มๆละ 30 คน ผลการศึกษาเสนอด้วยตารางประกอบ คำบรรยายตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ ของกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ในการนำเสนอข้อมูล

ดังต่อไปนี้

n	หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
M	หมายถึง ค่าเฉลี่ยของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง (mean)
SD	หมายถึง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
p-value	หมายถึง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
F	หมายถึง สถิติที่ใช้ในการทดสอบความแปรปรวน (F – test)
df	หมายถึง ชั้นของความเป็นอิสระ
t	หมายถึง ค่าสถิติที่ใช้ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการทดลอง
$\chi^2$	หมายถึง ค่าไค-สแควร์ของกลุ่มตัวอย่าง

## ผลการวิจัย

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1

จำนวนร้อยละ และค่าไค-สแควร์ ของผู้ป่วยติดสุราจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=90)

ข้อมูล	กลุ่มทดลองที่ 1 (n=30)		กลุ่มทดลองที่ 2 (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>1. อายุ</b>							4.444 <sup>ns</sup>	.108
20 - 40 ปี	12	40.0	8.0	26.7	16	53.3		
41 - 60 ปี	18	60.0	22.0	73.3	14	46.7		
<b>2.สถานภาพสมรส</b>							7.455 <sup>ns</sup>	.114
โสด	7	23.3	9	30.0	13	43.3		
คู่	21	70.0	18	60.0	11	36.7		
หย่า/หม้าย/แยกกัน	2	6.7	3	10.0	6	20.0		
<b>3. ระดับการศึกษา</b>							3.663 <sup>ns</sup>	.160
ประถมศึกษา	30	100	29	96.7	27	90.0		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	0	0	1	3.3	3	10.0		
<b>4.ระยะเวลาการดื่มสุรา</b>							4.205 <sup>ns</sup>	.311
ไม่เกิน 10 ปี	10	33.3	10	33.3	7	23.3		
11 - 20 ปี	13	43.3	17	56.7	14	46.7		
มากกว่า 10 ปี	7	23.4	3	10.0	9	1.0		

ns = non-significant

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 ส่วนใหญ่มีอายุ 41 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0, 73.3 ตามลำดับ รองลงมาคืออายุ 20 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0, 26.7 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 20 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาคืออายุ 41 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 ในกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.0, 60.0 ตามลำดับ รองลงมาคือสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 23.3, 30.0 และมีสถานภาพหย่า/หม้าย/แยกกันคิดเป็นร้อยละ 6.7, 10 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 36.7 และมีสถานภาพหย่า/หม้าย/แยกกันคิดเป็นร้อยละ 20 โดยทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 100, 96.7, 90.0 ตามลำดับ และในกลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดื่มสุรา 11 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7, 46.7 ตามลำดับ รองลงมาคือมีระยะเวลาการดื่มสุราไม่เกิน 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3, 23.3 ตามลำดับ และในกลุ่มทดลองที่ 1 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดื่มสุรา 11 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาคือมีระยะเวลาการดื่มสุราไม่เกิน 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3

เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบง่ายระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบ Chi-square test พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อระดับคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรา ทำให้เชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากโปรแกรมที่ให้กับกลุ่มตัวอย่าง

## **ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรา ในกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง**

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรา ในกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (Dependent t-test) ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ t-test for dependent samples พบว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่



ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Dependent t-test ต่อไปนี้  
แสดงผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 4.2 - 4.4

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุราใน  
กลุ่มทดลองที่ 1 ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

กลุ่มทดลองที่ 1 (n=30)	M	SD	df	t
ก่อนทดลอง	50.03	10.37	29	-8.586***
หลังทดลอง	73.87	9.13		

\*\*\*p < .001

จากตารางที่ 4.2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรากลุ่มทดลองที่ 1 ซึ่งได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 30 คน หลังการทดลอง (M = 73.87, SD = 9.13) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 50.03, SD = 10.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุราใน  
กลุ่มทดลองที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

กลุ่มทดลองที่ 2 (n=30)	M	SD	df	t
ก่อนทดลอง	48.70	10.15	29	-6.640***
หลังทดลอง	67.27	11.57		

\*\*\*p < .001

จากตารางที่ 4.3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มทดลองที่ 2 ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 30 คน หลังการทดลอง ( $M = 67.27, SD = 11.57$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 48.70, SD = 10.15$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง 12 สัปดาห์ ( $n=30$ )

กลุ่มควบคุม ( $n=30$ )	$M$	$SD$	$df$	$t$
ก่อนทดลอง	50.20	10.70	29	3.070**
หลังทดลอง	44.33	8.01		

\*\*  $p < .01$

จากตารางที่ 4.4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 30 คน หลัง 12 สัปดาห์ ( $M = 44.33, SD = 8.01$ ) น้อยกว่าก่อน 12 สัปดาห์ ( $M = 50.20, SD = 10.70$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.5 แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุราหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม

Source of Variance	$df$	$SS$	$MS$	$F$
Between Groups	2	14417.156	7208.578	76.856***
Within Groups	87	8160.000	93.793	
Total	89	22577.156		

\*\*\* $p < .001$

จากตารางที่ 4.5 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรา หลังการทดลอง ทั้ง 3 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นไปตามสมมุติฐานที่ 4 โดยผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.6 แสดงการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ในผู้ป่วยติดสุราระหว่าง กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 โดยวิธีการของ Scheffe'

กลุ่มตัวอย่าง	M	กลุ่มทดลองที่ 1 (CBT)	กลุ่มทดลองที่ 2 (CBT+ Autogenic)	กลุ่มควบคุม (Control)
กลุ่มทดลองที่ 1 (CBT)	73.87	0	6.60*	29.50*
กลุ่มทดลองที่ 2 (CBT+ Autogenic)	67.27	0	0	22.93*
กลุ่มควบคุม (Control)	44.33	29.50*	22.93*	0

\*p < .05

จากตารางที่ 4.6 พบว่าเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรารายคู่โดยวิธีการของ Scheffe' พบว่า

ผู้ป่วยติดสุรากลุ่มทดลองที่ 1 (CBT) ซึ่งได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มควบคุม(Control) ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผู้ป่วยติดสุรากลุ่มทดลองที่ 2 (CBT+ Autogenic) ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่ากับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ (Control) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผู้ป่วยติดสุรากลุ่มทดลองที่ 1 (CBT) ซึ่งได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 (CBT+ Autogenic) ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุราพบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 (CBT) ซึ่งได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ กลุ่มทดลองที่ 2 (CBT+ Autogenic) ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุม (Control) ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามลำดับ

### การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรา สามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมุติฐานได้ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะมีคะแนนของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุราของกลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 30 คน หลัง ( $M = 73.87, SD = 9.13$ ) ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม สูงกว่าก่อน ( $M = 50.03, SD = 10.37$ ) ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t=8.586$ ) สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 ซึ่งอธิบายได้ว่าโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมภายใต้การนำมาประยุกต์ใช้ ตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับลดพฤติกรรมใช้สารเสพติดของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1993) และจากกรอบทฤษฎีการบำบัดผู้ติดสุราโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม และปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมนั้น เมื่อผู้ป่วยรู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักคิดถึงผลเสียที่เกิดจากการดื่มสุรามากขึ้น มีวิธีการจัดการกับปัญหา เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลง และพัฒนาความคิดนั้นให้เป็นในทางบวกและเป็นประโยชน์เข้ามาแทนที่ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้มีทักษะในการป้องกันการติดเชื้อซ้ำเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้สามารถลดและเลิกดื่มสุราได้ยาวนานขึ้น

จากการดำเนินกิจกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคติดสุราให้ความสนใจร่วมทำกิจกรรมต่างๆ เป็นอย่างดี มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ ในกิจกรรมครั้งที่ 1 “สัมพันธภาพ สร้างมิตร” กิจกรรมนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยโรคติดสุราเพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งเสริมช่วยให้ผู้ป่วยกล้าที่จะพูดคุย แสดงความรู้สึก นึกคิด พร้อมทั้งเป็นการทำความเข้าใจเรื่องเป้าหมาย ขั้นตอน ระยะเวลา และประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งปราโมทย์ เชาวศิลป์ (2542) กล่าวว่า การแนะนำกลุ่มและการเตรียมกลุ่มที่ดีจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจ และเรียนรู้วิธีการที่จะพูดคุยกับผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งมีประโยชน์หลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็น

การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนที่จะเริ่มเปิดกลุ่ม ซึ่งหลังจากที่ผู้วิจัยได้แนะนำตัวเอง และให้สมาชิกได้แนะนำตัวเองจนครบทุกคน ผู้วิจัยสังเกตได้ว่าสมาชิกเกิดความสบายใจมากขึ้น และมีความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดี

กิจกรรมครั้งที่ 2 “คิดอย่างไร ไปให้ถึง” กิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้สมาชิกเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม พร้อมทั้งสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมได้ ซึ่งสมาชิกสามารถบอกความคิดที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น ผมตีมนิดเดียว ไม่เป็นไร “ตีมนิดหน่อยเป็นยา” “ตีมให้หายเครียด” โดยสอดคล้องกับกระบวนการคิดที่เกี่ยวข้องกับการตีมสุราประยุกต์ตามรูปแบบของการคิด (Beck, 1993; จรรยา ใจหนูน, 2551) ที่พูดถึงความคิดอัตโนมัติในผู้ป่วยติดสุราไว้ว่า มักเป็นความคิดที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัว และมักจะสัมพันธ์กับความเชื่อพื้นฐาน (Basic belief) เช่น หากเขามีความเชื่อว่าสุรา ทำให้เขาหายเครียด เมื่อเครียดตัวกระตุ้นภายใน เขาจะคิดถึง “สุรา” โดยอัตโนมัติ หรือหากเขาเชื่อว่าปาร์ตี้จะไม่สนุกหากเขาไม่ตีมสุรา เมื่อเขาอยู่ในงานเลี้ยง ตัวกระตุ้นภายนอก (External cues) เขาอาจคิดถึง “ตีมดีกว่า” ทั้งนี้ ความคิดอัตโนมัติจะนำไปสู่อาการอยากและความต้องการตีมสุรา จากกิจกรรมดังกล่าวทำให้สมาชิกได้ฝึกค้นความคิดอัตโนมัติที่เกิดบ่อยๆกับตัวเอง ซึ่งสมาชิกมีความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดของตัวเองมากขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 3 “คิดอัตโนมัติ คิดถูกทาง” เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้สมาชิกมีความเข้าใจ และตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นจริง ผู้วิจัยได้เชื่อมโยงให้สมาชิกได้เข้าใจความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่การตีมสุรา สอดคล้องกับคู่มือการดำเนินกิจกรรมกลุ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา (2554) ที่กล่าวว่าความคิดที่นำไปสู่การตีมสุรา เช่น “การตีมของตนไม่เป็นปัญหา” “ถ้าไม่ตีมมือจะสั่น” โดยผู้วิจัยได้อธิบายถึงความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมและเชื่อมโยงกับลักษณะความคิดที่พบบ่อยในผู้ติดสุรา จากกิจกรรมดังกล่าวพบว่าบรรยากาศภายในกลุ่มสมาชิกให้ความสนใจและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามโดยระบุความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมได้คือ “นานๆเจอเพื่อนตีมสักครั้งคงไม่เป็นไร” “ตีมสักนิดเกรงใจคนชวน” “ตีมจะได้รู้สึกสนุกสนาน” “ตีมไม่มากคงขับรถกลับไหว” “ตีมเพื่อทำให้เราหายเหนื่อย” “เสร็จงานแล้วต้องตีมสักหน่อย” “ตีมวันเกิดพี่ชายนิดหน่อยคงไม่เป็นไร” “ตีมจะได้นอนหลับง่าย” เป็นต้น

จากตัวอย่างความคิดของสมาชิกที่กล่าวมาข้างต้นสอดคล้องกับกระบวนการคิดที่เกี่ยวข้องกับการตีมสุราประยุกต์ตามรูปแบบของการคิด (Beck, 1993; จรรยา ใจหนูน, 2551) ที่กล่าวถึงความเชื่อที่ทำให้คงพฤติกรรมเดิมต่อไป (Facilitating beliefs) ว่าเป็นการหาความชอบธรรมในพฤติกรรมที่กระทำ จึงเป็นความคิดที่มองสิ่งที่เกิดขึ้นผิดไปจากความเป็นจริง ยอมให้ผู้ป่วยละเลยความเป็นจริงของปัญหาที่เกิดจากการตีมสุรา เช่น “อย่างนี้ต้องฉลอง” (ยอมรับการกระทำ) ผู้ป่วยที่มีความเชื่อที่ทำให้คงพฤติกรรมเดิมต่อไป (Facilitating beliefs) ที่รุนแรงมีแนวโน้มที่จะไม่ทนต่อความอยากและหวนกลับไปตีมสุราซ้ำเมื่อเกิดความต้องการ

กิจกรรมที่ 4 “ปรับความเชื่อเพื่อเลิกดื่ม” กิจกรรมนี้เป็นการเน้นให้สมาชิกตรวจสอบความคิดที่ไม่เหมาะสมและสามารถปรับความคิดนั้นที่มีต่อการดื่มสุราได้โดยการคิดแบบอื่นๆ ได้ โดยเชื่อมโยงต่อเนื่องจากกิจกรรมครั้งที่ 3 โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนมุมมองใหม่ที่สมเหตุสมผลต่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา ซึ่งสมาชิกสามารถเขียนมุมมองใหม่ที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราได้ เช่น “เลิกดื่มดีกว่าเพื่อสุขภาพ” “ดื่มแล้วทำให้ครอบครัวแตกแยกแล้วก็จะกลายเป็นปัญหาใหญ่” “ชีวิตเป็นสุขได้โดยไม่ต้องดื่มสุรา” เป็นต้น และในกิจกรรมนี้ผู้บำบัดได้ให้สมาชิกวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย (A-D analysis) ของการที่ยังคงดื่มสุราต่อไปและถ้าเลิกดื่มสุราได้ สอดคล้องกับพรทิพย์ คงสัทย์ (2556) ได้กล่าวผู้ป่วยโรคติดสุราควรมีการจัดการกับโดยคาดการณ์ถึงผลดีและผลเสียเมื่อเกิดอาการอยากดื่มเกิดขึ้น ควรออกมาจากสถานการณ์นั้น และพยายามคิดถึงผลที่จะเกิดตามมา โดยเปรียบเทียบระหว่างผลดีและผลเสีย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผลเสียมากกว่าผลดี จากกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้เน้นให้สมาชิกนึกถึงผลดีเมื่อสามารถเลิกดื่มได้ เป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราได้มากขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 5 “จัดการดี ไม่มีปัญหา” กิจกรรมนี้ช่วยให้สมาชิกมีความรู้เรื่องหลักการแก้ไขปัญหา และได้ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสมจากโจทย์ที่เป็นเรื่องสมมุติ ซึ่งกิจกรรมนี้สมาชิกมีความตั้งใจในการทำแบบฝึกหัดและเขียนตอบได้ถูกต้อง เหมาะสม โดยสมาชิกส่วนใหญ่เขียนไว้ว่าเมื่อเกิดปัญหาจะแก้ไขโดยพูดคุยปรึกษาเพื่อนที่ไม่ดื่มสุรา ปรึกษาคณะในครอบครัว รู้จักควบคุมตัวเองไม่ใช้สุราแก้ปัญหา เป็นต้น สอดคล้องกับจรรยา ใจหนูน (2551) กล่าวถึงการที่ผู้ป่วยโรคติดสุราได้เรียนรู้ทักษะการแก้ไขปัญหาคือเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ และสอดคล้องกับผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญาของวัยรุ่นที่ติดยาบำบัดต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของปราณีพร บุญเรือง (2545) พบว่าค่าคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำด้านทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กิจกรรมครั้งที่ 6 “ปฏิบัติดี ป้องกันได้” กิจกรรมนี้ช่วยให้สมาชิกมีความรู้ มีแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง และฝึกทักษะเพื่อหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์เสี่ยงสูงที่จะกลับมาติดสุราซ้ำ ซึ่งกิจกรรมนี้สมาชิกได้ร่วมกันแสดงบทบาทสมมุติว่ากำลังเจอเพื่อนนั่งดื่มสุราและให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกทักษะปฏิเสธเพื่อนอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยสมาชิกในกลุ่มช่วยกันเสนอคำพูดที่จะปฏิเสธเมื่อถูกเพื่อนชวนดื่มสุรา จากกระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้รับการบำบัดมีโอกาสคิดวิเคราะห์ ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เมื่อนำมาเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม ทำให้สมาชิกมีความสุข เพลิดเพลินกับการร่วมกิจกรรมมาก พร้อมทั้งได้อ่านหาสาระที่เป็นประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งช่วงแรกผู้รับการบำบัดจะมีอาการเคอะเขิน ไม่ค่อยกล้า เนื่องจากผู้รับการบำบัดให้ข้อมูลว่า ในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นจริงส่วนใหญ่ไม่กล้าปฏิเสธเพื่อน เกรงใจ กลัวเสียเพื่อน แต่เมื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกพูดและทำซ้ำบ่อยๆ

ทำให้เห็นความแตกต่างว่ามีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ดีขึ้น ผู้รับการบำบัดกล่าวพูดปฏิเสธโดย ไม่เคอะเขิน สอดคล้องกับทรงเกียรติ ปิยะกะ (2544) ที่ได้กล่าวในคู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ระบบจิตราสำหรับประชาคมไทยว่า ผลของการฝึกซ้อมและทำซ้ำบ่อยๆ จนเกิดความชำนาญ เมื่อ วัลรุ่นที่ใช้สารเสพติดพบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงก็จะสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมไม่มีความ เคอะเขิน

กิจกรรมครั้งที่ 7 “บอกเล่าเรื่องราว” กิจกรรมนี้เป็นการทบทวนความรู้ ความเข้าใจ กิจกรรมการบำบัดทั้งหมดที่ผ่านมา พร้อมทั้งประเมินผลและยุติการบำบัดซึ่งสมาชิกได้บอกเล่า ความรู้สึก ประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ได้มี ประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ให้กำลังใจกันและกันในการที่จะเลิกดื่มสุราให้ได้ยาวนานมาก ขึ้น ได้ฝึกทักษะต่างๆ เช่น การปฏิเสธเพื่อนเมื่อเพื่อนชวนดื่มสุรา ฝึกการแก้ไขปัญหา ฝึกวิธีปรับ มุมมองใหม่ที่เหมาะสมเพื่อให้เลิกดื่มสุราได้เด็ดขาด

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมี โครงสร้างที่ชัดเจน มีการกำหนดประเด็น การตรวจสอบความคิด การเชื่อมโยงประเด็น การเปิด โอกาสให้สมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็น และการให้การบ้าน ทำให้การบำบัดได้ผลดี ดังนั้นผู้ป่วย โรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมจึงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการ ติดซ้ำสูงขึ้นภายหลังการดำเนินกิจกรรมสิ้นสุดลง

สมมุติฐานที่ 2 ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัด ความคิดและพฤติกรรมจะมีคะแนนของพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้าง จินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุรา ของกลุ่มทดลองที่ 2 จำนวน 30 คน หลัง ( $M = 67.27, SD = 11.57$ ) ได้รับโปรแกรมการสร้าง จินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม สูงกว่าก่อน ( $M = 48.70, SD = 10.15$ ) ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t=6.640$ ) สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 2 ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ติดสุราเมื่อได้รับ การบำบัดรักษาแล้ว พบว่ามีการกลับมาติดสุราซ้ำจากภาวะอารมณ์ที่ไม่ดี เช่น คับข้องใจ โกรธ วิตก กังวล ซึมเศร้า เบื่อเซ็งทำให้กลับไปดื่มซ้ำ ถึงร้อยละ 35 (ข้อมูลจากสำนักแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ, 2557) จะเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดระหว่างการเลิกดื่มสุราและกลับมาติดซ้ำ เพราะสมองยังมีความไวกับสุราอย่างมาก รวมทั้ง สิ่งแวดล้อมก็ยังคงเป็นตัวกระตุ้น ทำให้ผู้ติดสุรามีอารมณ์เครียดได้ง่าย ทำให้มีอาการอยากดื่มสุราได้ บ่อยๆ

การผ่อนคลายด้วยเทคนิคการจินตนาการ (Autogenic training) เป็นอีกวิธีหนึ่ง ที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการควบคุมความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราในการดำเนินชีวิตประจำวัน (มรรยาท รุจิวิษชญ์, 2556) ความคิดและจินตนาการเป็นปัจจัยกระตุ้นสภาพอารมณ์ จินตนาการสร้างสรรค์ทำให้อารมณ์ปลดปล่อย รู้สึกสบาย ช่วยให้กล้ามเนื้อของอวัยวะทุกส่วนผ่อนคลายเกิดภาวะสงบหรือผ่อนคลายและมีสมาธิที่สามารถช่วยให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของวันวิสา กาญจนศิริกุล (2547) ที่ศึกษาการพัฒนาสมาธิและจินตนาการสำหรับเด็กสมาธิสั้นชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 โดยเปรียบเทียบสมาธิและจินตนาการพบว่าหลังการทดลองเด็กสมาธิสั้นมีสมาธิเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นเมื่อผู้รับการบำบัดได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการ ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมทุกครั้งและกลับไปฝึกที่บ้าน จึงมีความสำคัญต่อการควบคุมความรู้สึกและพฤติกรรม ของคนเราในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย (2553) ได้กล่าวไว้ว่าควรนำวิธีการฝึกจิต ฝึกสมาธิ มาประยุกต์ใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้รู้เท่าทันความคิดที่ไม่เหมาะสมและสามารถแก้ไขปัญหาด้วยปัญญา ซึ่งเป็นวิธีที่สำคัญที่ใช้ในการปรับความคิดและพฤติกรรมของบุคคลได้และทำให้มีความคงทนของพฤติกรรม จินตนาการเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติเป็นความรู้สึกที่แวบเข้ามาในสมองจนสามารถมองเห็นรายละเอียดจากจินตนาการนั้น ตัวอย่างเช่น การจินตนาการถึงทิวทัศน์สวย ๆ ที่ชื่นชอบก่อนนอน คล้ายจะสัมผัสได้ครบทั้งภาพ รส กลิ่น เสียงและสัมผัสเพื่อจะได้เกิดอารมณ์คล้อยตามจนรู้สึกสุขสงบได้ เป็นการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจสำหรับผู้ป่วยติดสุรา ส่งผลให้การบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมได้ผลดีมาก

สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2557) กล่าวว่าวิธีผ่อนคลายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสร้างจินตนาการ การทำสมาธิ ฯลฯ ล้วนแล้วแต่ทำได้สะดวก ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ช่วยลดการเรื้อรังอารมณ์ ในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ระบบสมองส่วนลิมบิก (Limbic) ถูกกระตุ้นน้อยลง ความเครียดทางอารมณ์ จึงลดลงไป และก็จะรู้สึกดีขึ้น ทั้งด้านจิตใจและร่างกาย สอดคล้องกับสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2557) กล่าวถึงวิธีการบำบัดแบบ “Relapse prevention” ที่ถูกพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของมาเลท (Marlatt) และกอร์ดอน (Gordon) ในปี พ.ศ. 2528 ว่าวิถีชีวิตประจำวันที่สมดุล (Balanced daily life-style) เป็นการป้องกันการติดยาแบบองค์รวม โดยการปรับเปลี่ยนชีวิตให้สมดุล เช่น การจัดการชีวิต การผ่อนคลายความเครียด ทำจิตใจให้สงบ

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งรายละเอียดของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมทั้ง 7 กิจกรรมก็จะมีเหมือนที่ดังกล่าวข้างต้น โดยมีโครงสร้างที่ชัดเจน มีการกำหนดประเด็น การตรวจสอบความคิด การเชื่อมโยงประเด็น การเปิดโอกาสให้สมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็น มีการฝึกทักษะ



การแก้ไขปัญห การปฏิเสธ และการให้การบ้าน พร้อมทั้งได้ฝึกผ่อนคลายร่วมด้วย ดังนั้นผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมจึงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดยาสูงขึ้นภายหลังการดำเนินกิจกรรมสิ้นสุดลง

สมมุติฐานที่ 3 ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการติดยา ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดยาในผู้ป่วยโรคติดสุราของกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน หลัง ( $M = 44.33, SD = 8.01$ ) 12 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อน ( $M = 50.20, SD = 10.70$ ) 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 3.070$ ) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 3 โดยอธิบายได้ว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หมายถึงเมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัด ซึ่งจะได้รับการบำบัดโดยให้คำปรึกษาแบบสั้น และให้การบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา จะเห็นได้ว่ากลุ่มดังกล่าวจะไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกและเมื่อสอบถามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยได้รับการฝึกผ่อนคลายความเครียดในรูปแบบใดเลย และไม่เคยได้รับการฝึกด้วยโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับคู่มือการดำเนินกิจกรรมกลุ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จากสุรา (2554) กล่าวว่า หากผู้ติดสุราได้รับการเสริมทักษะที่จำเป็น เช่น ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการเผชิญปัญหา จะช่วยเพิ่มความมั่นใจที่จะมุ่งมั่นในการปฏิบัติเพื่อให้เลิกดื่มสุราได้ยาวนานมากขึ้น ซึ่งเมื่อกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกทักษะใดๆ เลย อาจเป็นผลให้เกิดความไม่มั่นใจ ยังมีความลังเลจนเมื่อหลัง 12 สัปดาห์ จึงพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดยาในผู้ป่วยติดสุราลดลงก่อนการทดลอง นั้นแสดงว่าผู้ติดสุราที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีแนวโน้มจะกลับไปติดสุราซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรม

สมมุติฐานที่ 4 ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดยาแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดยาในผู้ป่วยติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe' พบว่า

4.1 ผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคติดสุราหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมรวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดความคิดและ

พฤติกรรมของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1993) ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติ ตรวจสอบ และปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการตีตราให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลมากขึ้น อีกทั้งช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มีทักษะในการแก้ไขปัญหามีทักษะการปฏิเสธ ส่งผลให้มีการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสมโดยไม่กลับไปตีตราซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกุมมา แสงเดือนฉาย (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยสรีรา ซึ่งผลพบว่าผู้ป่วยสรีราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความพร้อมในการป้องกันการ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม นอกจากนี้ยังส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการยืดระยะเวลาในการกลับไปติดเชื้อให้ยาวนานขึ้นกว่าการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด และการบำบัดเป็นรายกลุ่ม โดยกระบวนการกลุ่มดังกล่าวช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม มีการระดมสมองในการทำกลุ่มกิจกรรม ทำให้มองเห็นปัญหาได้รอบด้านมากขึ้น และพร้อมที่จะนำไปปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับตัวเอง ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับฟีเนย์ (Feeney, 2006) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดด้วย CBT อย่างเดียว กับการบำบัดด้วย CBT ร่วมกับยาอะแคมโปรเสต (Acamprosate) โดยมีเนื้อหาใจความสำคัญคือระบุความคาดหวังที่จะแก้ไขปัญหามาจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีทักษะในการรับรู้ต่อตนเองต่อการลดปริมาณการดื่ม สอนทักษะการจัดการแก้ไขปัญหามาจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีทักษะในการบำบัดด้วย CBT อย่างเดียว มีผลต่อการลดปริมาณการดื่มสุรา และมีข้อเสนอแนะไว้ว่าการรักษาด้วยยาคือวัตถุประสงค์แรกของการรักษา แต่การรักษาด้านจิตสังคมทำให้ผู้ป่วยนั้นร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4.2 ผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่า ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้น ก่อนการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทุกครั้ง ผู้วิจัยจะดำเนินการฝึกด้วยโปรแกรมการสร้างจินตนาการให้กับผู้รับบำบัดก่อนทุกครั้ง เพื่อเป็นการเริ่มต้นของการผ่อนคลายเพื่อให้เกิดสมาธิ ช่วยในการเรียนรู้ ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับมาโนช หล่อตระกูล (2555) ได้พูดถึงวิธีการผ่อนคลายเมื่อมีความเครียดไว้ว่านอกจากการปรับเปลี่ยนมุมมองและการปรับตัวต่อปัญหาแล้ว วิธีผ่อนคลายเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลรับมือกับความเครียดได้ มีหลายวิธี ได้แก่ การจินตนาการ โดยให้หาที่นั่งสงบๆ และจินตนาการถึงภาพที่ช่วยให้ทั้งร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย ใช้ภาพทะเล สวน ท้องฟ้า

เป็นต้น อีกทั้งพบได้ว่าช่วยลดระดับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ใช้สารเสพติดได้โดยตรีบุช ราชบุรุษดุขตี (2555) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการสร้างจินตนาการต่อระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพสารแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนความต่างของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการสร้างจินตนาการและการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงเห็นได้ว่าโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4.3 ผู้ป่วยติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอธิบายได้ว่าการฝึกสร้างจินตนาการนั้นเป็นการฝึกทางจิตแบบจิตคุมกาย (แจก, 2541) ซึ่งมีวิธีการฝึกที่ละเอียดลึกซึ้ง ผู้ที่ฝึกต้องมีความเข้าใจในการฝึก ถ้าผู้ฝึกยังไม่ชินกับการปฏิบัติหรือไม่เข้าใจรูปแบบการฝึกก็เปรียบเสมือนน้ำในแก้วที่ขุนมัวมีตะกอนมาก กระเพื่อมตลอดเวลา ทำให้มีความกระวนกระวายใจ (ดวงใจ ศิริวัฒนาศิลป์, 2553) สอดคล้องกับสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2557) กล่าวว่า การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมนั้นผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมอย่างมากในการเรียนรู้ทักษะใหม่ในด้านการควบคุมตัวเองทั้งเรื่องความคิดและการกระทำ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบตัวเอง จากดังกล่าวข้างต้นพบว่าทั้งการฝึกสร้างจินตนาการและการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการฝึกที่ต้องใช้จิตใช้ความคิดในการควบคุมด้านร่างกายเมื่อนำมาใช้พร้อมกัน ผู้ป่วยติดสุราต้องเรียนรู้ทั้งสองอย่างพร้อมกัน อาจเป็นเรื่องยากจึงทำให้ประสิทธิภาพในการบำบัดน้อยกว่าการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว

รวมถึงระยะเวลาในการฝึกต้องสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับกำพล และนิทัศน์ (2551) กล่าวว่า การฝึกสร้างจินตนาการเพื่อให้เกิดความชำนาญนั้น ต้องฝึกฝนปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจึงจะได้ประโยชน์จากการฝึกและเกิดสมาธิ เนื่องจากการฝึกจินตนาการแบบ Autogenic training เป็นจินตนาการที่เกิดจากความตั้งใจในระดับรู้สึกตัวและเกี่ยวข้องกับเจตนาของการสร้างภาพและรายละเอียดของเหตุการณ์อย่างมีสติรู้สึกตัวและรับรู้ได้ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกอย่างสม่ำเสมอ (มรรยาท รุจิวิษญ์, 2556) และพบว่าจำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกในโปรแกรมการสร้างจินตนาการ 20 นาที ก่อนการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมทุกครั้ง และให้ไปฝึกต่อที่บ้านทุกวัน ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ อาจยังไม่เพียงพอโดยจากคานจิ และคณะกับรี (Kanji et al., 2006; Rhee, 2008) กล่าวว่าในการฝึกสร้างจินตนาการควรฝึกทุกวัน และฝึกด้วยตัวเองวันละ 3 ครั้งใน 8 สัปดาห์ และ ซูซานเจนนิเฟอร์เกรซ (Susan Jennifer Grace)

กล่าวว่าการฝึกสร้างจินตนาการจะใช้ได้ดีและประสบผลสำเร็จในกลุ่มเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรวรรณ จันทรมณี (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมไบโอฟีดแบคแบบควบคุมการทำงานของคลื่นประสาทแอลฟา ร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการที่มีต่อพฤติกรรมการแสดงออกของเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด 64 คน ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมไบโอฟีดแบคแบบควบคุมการทำงานของคลื่นประสาทแอลฟา ร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการสามารถช่วยให้พฤติกรรมและสมาธิของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น

อีกทั้งมีผู้กล่าวถึงรูปแบบความคิดของผู้ติตสุราว่าจะมีลักษณะความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น เปลี่ยนแปลงยาก คิดแบบขาวกับดำหรือถูกกับผิดชัดเจน ไม่ค่อยเน้นการเรียนรู้ ชอบปฏิบัติ (Beck, 1993; จรรยา ใจहनุน, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับคู่มือวิทยากรสอนเรื่องเครียดของกรมสุขภาพจิต ที่กล่าวว่า การฝึกสร้างจินตนาการอาจไม่เหมาะในคนที่มีนิสัยชอบทำมากกว่าคิด และไม่เหมาะสมในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะเหมาะกับกลุ่มที่ยังอยู่ในวัยหนุ่มสาว ดังนั้นเมื่อนำโปรแกรมการสร้างจินตนาการมาใช้กับผู้ติตสุราจึงพบผลเป็นไปตามการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว ทั้งนี้เพราะในการฝึกโปรแกรมสร้างจินตนาการไม่สามารถไปควบคุมการฝึกอย่างสม่ำเสมอที่บ้านตลอดช่วงเวลาที่ผู้ติตสุราเข้าร่วมกิจกรรม และการดำเนินการวิจัยเป็นไปในลักษณะการขอความร่วมมือ ดังนั้นจึงทำให้ผลของการฝึกโปรแกรมการสร้างจินตนาการ ร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติตซ้ำต่ำกว่าการได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 3 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรา และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อระหว่างสามกลุ่ม โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2558

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ป่วยติดสุรา เพศชายผ่านการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และมีระยะเวลาการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ไม่เกิน 6 เดือน มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 90 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.5 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองที่ 1 จะได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองที่ 2 จะได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ มีอายุ 20-60 ปี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยอ่านออก เขียนได้ มีค่าคะแนนประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002: Mini-Mental State Examination-Thai version) มากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน และไม่เคยได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการสร้างจินตนาการและโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002: Mini-Mental State Examination-Thai version) และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม สำหรับกลุ่มทดลองที่ 1 โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม สำหรับกลุ่มทดลองที่ 2 และแผ่นวีดีโอซึ่งเป็นเทปบันทึกเสียงการผ่อนคลายความเครียดโดยการสร้างจินตนาการ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา ซึ่งแต่ละข้อมีความคิดเห็นตรงกันร้อยละ 80 ส่วนโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล วิชาชีพชำนาญการ และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไม่น้อยกว่า 5 ปี ทำการตรวจสอบเนื้อหาของโปรแกรม ความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม นำข้อมูลที่ได้จากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำไปทดลองกับผู้ติดเชื้อที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยจำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความครอบคลุมของเนื้อหาโปรแกรมและความเหมาะสมของภาษาและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbachs alpha coefficient method) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อเท่ากับ .84

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 3 กลุ่ม โดยให้โปรแกรมการทดลองในกลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2 โดยทั้ง 2 โปรแกรมมีทั้งหมด 7 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 สัมพันธภาพ สร้างมิตร กิจกรรมครั้งที่ 2 คิดอย่างไรไปให้ถึงเป้าหมาย กิจกรรมครั้งที่ 3 คิดอัตโนมัติ คิดถูกทาง กิจกรรมครั้งที่ 4 ปรับความเชื่อ เพื่อเลิกดื่ม กิจกรรมครั้งที่ 5 จัดการดี ไม่มีปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 6 ปฏิบัติดี ป้องกันได้ และกิจกรรมครั้งที่ 7 บอกเล่าเรื่องสุรา

โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 และ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งที่ 3 - 7 ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ ทำการบำบัดเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลาบำบัดกิจกรรมละ 2 ชั่วโมง รวมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

2. ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุร่าก่อน และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Dependent t-test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุร่าระหว่าง กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA)

5. การทดสอบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุร่าระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ว่าคู่ใดบ้างมีความแตกต่างกัน และให้ผลการทดสอบดีกว่ากัน โดยใช้การทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe'

### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรม บำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุร่า ผู้วิจัยสามารถตอบ สมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยติดสุร่าที่ผ่านการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วย ในและมีระยะเวลาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 90 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 30 คน และกลุ่ม ควบคุม 30 คน ผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มเป็นเพศชายโดยกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 ส่วนใหญ่มีอายุ 41 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0, 73.3 ตามลำดับ รองลงมาคือมีอายุ 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0, 26.7 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 20 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาคือมีอายุ 41 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 ในกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.0, 60.0 ตามลำดับ รองลงมาคือสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 23.3, 30.0 และใน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาคือมีสถานภาพสมรสคู่คิด เป็นร้อยละ 36.7 โดยทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 100, 96.7, 90.0 ตามลำดับ และในกลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดื่มสุร่า 11 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7, 46.7 ตามลำดับ รองลงมาคือมีระยะเวลาการดื่มสุร่าไม่เกิน 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3, 23.3 ตามลำดับ และในกลุ่มทดลองที่ 1 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดื่มสุร่า 11 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาคือมีระยะเวลาการดื่มสุร่าไม่เกิน 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3

2. ผู้ป่วยติดสุร่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมกำบังการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุร่าหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001

3. ผู้ป่วยติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ผู้ป่วยติดสุรากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดยาหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดยาในผู้ป่วยติดสุรารายคู่โดยวิธีการของ Scheffé พบว่า

ผู้ป่วยติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดยาแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองที่ 1 ซึ่งได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม สูงกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองที่ 2 ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างเพศชายเท่านั้น และเป็นผู้ป่วยโรคติดสุราอายุ 20-60 ปี จึงไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับประชากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นได้

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารของหน่วยงานรวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้องในงาน ควรให้ความสำคัญในการให้กลุ่มกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



## 2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

พยาบาลสามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ และส่งเสริม สนับสนุนให้มีการจัดอบรม ด้านความรู้และฝึกปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการป้องกันการติดเชื้อ

## 3. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเป็นแบบ 4 กลุ่มโดย กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการ กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มทดลองที่ 3 ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ 4 ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.2 ควรมีการวัดความเครียดก่อนและหลังการฝึกด้วยโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม

## รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค.(2556). สธ. เผย คนไทยดื่มเหล้ามากอันดับ 5 ของโลก สูบบุหรี่ 11.5 ล้านคน.  
สืบค้นเมื่อวันที่ 11 ม.ค 2557, จาก<http://health.kapook.com/view56371.html>.
- กรมสุขภาพจิต.(2557).คู่มือการดำเนินกิจกรรมกลุ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมผู้มีปัญหา  
สุขภาพจิตจากสุรา.นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). รายงานประจำปี 2554-2556. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา  
ราชชนครินทร์.
- กรมสุขภาพจิต. (2543). คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 5.ม.ป.ม.: องค์การรับส่งสินค้าและ  
พัสดุภัณฑ์.
- กนกภรณ์ ทองคุ้ม.(2555). ผลของการฝึกสมาธิร่วมกับการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคต่อระดับ  
ความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัย  
ธรรมศาสตร์,คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2557). เส้นทางสุขภาพ. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 ม.ค 2557, จาก [www.si.mahidol.ac.th](http://www.si.mahidol.ac.th).
- กำพล ศิริวัฒน์กุล และนิทัศน์ เยี่ยมรักชาติ.(2551).เอกสารประกอบคำบรรยายเรื่องการฝึก  
*Autogenic Training*. สถาบันเพื่อการพัฒนากายและจิต, กรุงเทพฯ.
- กำพล ศิริวัฒน์กุล.(2557). Autogenic training. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ม.ค 2557, จาก [www.mindbody.co.th](http://www.mindbody.co.th).
- จตุพร หนูสวัสดิ์. (2553). ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดต่อระดับ  
ความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็ง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,  
คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- จรรยา ใจหนูน. (2551). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่ม  
แอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,  
คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- จันทิมา องค์กรโชค.(2545).จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป.กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- ชัชวาล ศิลปกิจ,รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย.(2550).การใช้กลุ่มบำบัดแบบ Matrix model ในผู้ป่วยติดสุรา:  
ติดตามผล 2 ปี.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 15(3), 170.
- ญาดา จินประชา. (2550). ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิก  
ในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดยา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.

- ดวงใจ ศิริวัฒนาศิลป์. (2553). *ผลของการฝึกสมาธิตามแนวอานาปานสติและการฝึกแบบอโตะจินิกที่มีต่อความแม่นยำในกีฬาเปตอง*. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, สาขาวิชาศาสตร์การกีฬา.
- ดรุณี ภูขาว. (2545). *การพัฒนาและตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการรักษาซึ่งได้รับการออกแบบให้เข้ากับสภาพสังคมไทยเพื่อใช้ในการให้บริการกับผู้ป่วยด้วยโรคพิษจากสุราและโรคพิษสุรา เรื้อรัง*. ควีนส์แลนด์: มหาวิทยาลัย Queensland. (เอกสารอัดสำเนา).
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2558). *การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารอัดสำเนา).
- ตรีณัฐ ราชภูร์ดุชิต. (2555). *ผลของโปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการสร้างจินตนาการต่อระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพสารแอมเฟตามีน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ. (ม.ป.ป.). *คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดระบบจिरสาสำหรับประเทศไทย The Jirasa model of addiction treatment for Thai communities: A therapy Manual*. สงขลา: ลิมบราเตอร์การพิมพ์.
- ทักษพล ธรรมรังสีและคณะ. (2556). *สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย*. เดอะทราฟโฟก ซิสเต็ม.
- ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์และศุภรา เขาว์ปรีชา. (2557). *การประชุมเชิงปฏิบัติการ Cognitive Behavior Therapy (CBT) สำหรับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. (เอกสารอัดสำเนา).
- นิชนันท์ คำล้าน. (2547). *การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยา*. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- นิภาวัล บุญทับถม. (2550). *ผลของโปรแกรมจัดการชีวิตต่อความรู้ เจตคติ และทักษะการป้องกันการติดยาของผู้ใช้สารเสพติดหลังจำหน่ายออกจากสถาบัน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- นิมิตร แก้วอาจ. (2549). *การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลจิตเวช*. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- พรทิพย์ คงสัตย์และคณะ. (2556). *การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.

- พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2555). *รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ i-Map Health*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). *คู่มือสำหรับผู้อบรม: การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ*. แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ(ผรส). เชียงใหม่. วนิดาการพิมพ์.
- พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). *การประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา*. เชียงใหม่ : ไอแอมออกเอนในเซอร์แอนด์แอดแวร์ไทซิ่ง.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2544). *ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด: โรคติดแอลกอฮอล์และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). *จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาสุรา*. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ.
- ปราณีพร บุญเรือง. (2545). *ผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญาของวัยรุ่นที่ติดยาบำบัดการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, วนิดา พุ่มไพศาล. (2542). *ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคสุราเรื้อรัง*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ภาวดี โตท่าโรงและคณะ. (2551). *ประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดยาสุรา*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*. 2(2), 45-61.
- มรรยาท รุจิวิษณุ. (2556). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มรรยาท รุจิวิษณุ. (2558). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง)*. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, สำนักหอสมุด. (2556). *คู่มือการพิมพ์วิทยานิพนธ์*. พิมพ์ครั้งที่ 8 (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มาโนช หล่อตระกุล. (2555). *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพัทธ์ รักษณวิวงศ์ และคณะ (2556). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลในนิสิตพยาบาล*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 21(1), 41-54.
- ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น. (2546). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดยาสุรา*: กรมการแพทย์.

- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-15. คู่มือวิทยากรสอนเรื่องเครียด. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มี.ค 2558, จาก [www.mhc2.go.th](http://www.mhc2.go.th).
- สถาบันธัญญารักษ์.(2550).สถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยปึงบประมาณ 2548-2550. ปทุมธานี.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ: แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-THAI 2002. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มี.ค 2557,จาก<http://ktd-uproject.com>.
- สารณี ธรรมรักษา. (2551). *ผลของการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัยและสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2557). *ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการรักษาในประเทศไทย*. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- สุกมา แสงเดือนฉาย.(2553). *ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ดีซ้ำของผู้ป่วยสุรา*. (ปริญญาโทวิทยาศาสตรดุษฎีนิพนธ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์.
- สุชาติ พหลภาคย์.(2547). *Cognitive therapy*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะแพทยศาสตร์ ,ภาควิชาจิตเวชศาสตร์.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2555). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552: เดอะกราฟิก ชีสเต็มส์*.
- อรรรรณ จันทรมณี. (2554). *ผลของโปรแกรมไบโอฟีดแบคแบบควบคุมการทำงานของคลื่นประสาทอัลฟ่าร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อพฤติกรรมแสดงออกของเด็กสมาธิสั้น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เฉก ธนะศิริ.(2541). *สมาธิกับคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ:เอ็ดิชั่นเพรสโปรดักส์.
- Beck, A.T. (1993) Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61( 2 ), 194 - 198.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman,C.F., & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guildford.
- Bradizza, Stasiewicz, & Paas, (2006) Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance abuse disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 162–178.

- Burtscheidt, W. et al. (2001). Out – patient behavior therapy in school : relapse 6 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103 (1), 24-29.
- Ettner S.L. (2006) Does treatment ‘pay for itself’ Looking at the economic argument for addiction treatment. *Behavioral Healthcare* 26(5):32–34, PMID: 16736917.
- Feeney, Gerald F.X., Connor, Jason P. Young, Ross Mc. D, Tucker, Jane, & Mc Pherson, Ammie.(2004). Alcohol dependence: the Impact of cognitive behavior therapy with or without naltrexone on subjective health status. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatric*, (10), 842-848.
- Feeney, Gerald F.X., Jason pconnor, Ross McD, Young, Jane Tucker and Annie.(2006). Combined acamprosate and naltrexone, with cognitive behavioural therapy Is superior to either medication alone for alcohol abstinence: A single centers experience with pharmacotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatric*. (4), 321-327.
- Fernandez T. (2007). *Change in EEG Current Sources Induced by Neurofeedback in Learning Disabled Children. An Exploratory Study*. Appl Psychophysiol biofeedback.
- Gray, R.J., Grove, K S. & Burns, N. (2013). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Retrieved from May, 17, 2014, <https://books.google>
- Goldbeck, L., & Schmid, K. (2003). Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Sep; 42(9):1046-54. [lutz.goldbeck@medizin.uni-ulm](mailto:lutz.goldbeck@medizin.uni-ulm).
- Hurlock, E.B. (2001). *Developmental psychology*. NY: McGraw Hill Education.
- Kadden, R. M. (2001). *Behavioral and cognitive behavior treatment for alcoholism Research opportunities*. Retrieved May, 12, 2014, from <http://www.addictivebehavior.uchcedu>
- Kanji N., White A., & Ernst, E. (2006). Autogenic training to reduce anxiety in Nursing students: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 729e735.
- Longabaugh, R. , Morgenstern, J. , (1999). *Cognitive behavioral coping skills therapy for alcohol dependence*. Retrieved May, 12, 2014, from <http://www.mentalhealthmatters.com/>.

- Marlatt G.A, Gordon JR. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York : Guildford.
- Marlatt, G. A., Parks, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). *Clinical guidelines for implementing relapse prevention therapy*. Chicago: Behavioral Health Recovery Management Project, the University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Polich, J.M. Armor, D.J. Braiker, H.B. (1981) *The Course of alcoholism: Four years after treatment*. John Wiley and Sons.
- Polit, D. F., & Hungler, B. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia. Lippincott.
- Polit, D.F., & Sherman, R. E. (1990, Nov-Dec). Statistical power in nursing research. *Nursing Res*, 39(6), 365-369.
- Parks, G. A., Anderson B.K & Marlatt, G. A. (2001). *Relapse Prevention Therapy*. (pp.575-590). Addictive Behaviors Research Center: University of Washington, Seattle, WA, USA.
- Rhee, J. H. (2008). *Manual for AT-facilitator, facilitating autogenic training*. Seoul, South Korea: J. H. Rhee Relaxation Institute and Korean Autogenic Society.
- Stuart, G.W. and Laraia, M.T. (editors) (1998) *Stuart and Sundeen's principles and practice of psychiatric nursing (6 edit.)*, St. Louis: Mosby.
- Susan Jennifer Grace, CH, CI, MPNLP. *The Power of Autogenics*. Retrieved March, 17, 2016, from: [http:// www.gracehypnosis.com/autogenics.html](http://www.gracehypnosis.com/autogenics.html).
- Witkiewitz & Marlatt, 2004). Relapse prevention for alcohol and alcohol problems. That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59, 224–235.
- World Health Organization. (2007) . *Evidence-based strategies and interventions to reduce alcohol related harm* : Global assessment of public-health problems caused by harmful use of alcohol.




ภาคผนวก



## ภาคผนวก ก

ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3

AF 01\_12

 คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์  
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121  
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 006/2558

**ใบรับรองโครงการวิจัย**

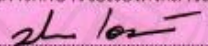
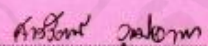
โครงการวิจัยที่ : 004/2558

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพยาในผู้ป่วยติดสุรา  
: THE EFFECT OF USING AUTOGENIC TRAINING PROGRAM TOGETHER WITH CONGNITIVE BEHAVIORS THRAPHY PROGRAM ON PREVENTING RELAPSE BEHAVIORS OF PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE.

ผู้วิจัยหลัก : นางบุษกร วรกรอมรเดช

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม  ลงนาม   
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์) (อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา)  
ประธานคณะกรรมการ อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 20 พฤษภาคม 2558 วันที่หมดอายุ : 20 พฤษภาคม 2559

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 20 พฤศจิกายน 2558

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

## ภาคผนวก ข

### เอกสารพิกัดสิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet)
2. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)



## เอกสารชี้แจงอาสาสมัครกลุ่มที่ 1

### Information sheet

#### สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางบุษกร วรากรอมรเดช เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังทำโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อรา ของโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ครั้งนี้ จะไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วม ซึ่งการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านเอง และท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

ผลของงานวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการกลับไปติดเชื้อราซ้ำ ช่วยให้ท่านรู้เท่าทันความคิดที่ไม่เหมาะสมที่กระตุ้นทำให้ท่านกลับไปติดเชื้อราซ้ำส่งผลให้ท่านลดหรือเลิกติดเชื้อราได้ยาวนานมากขึ้น ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้มีผลกระทบน้อยมาก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยหากเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายใจต่อการตอบคำถามและกิจกรรมของการวิจัย ท่านสามารถแจ้งต่อผู้วิจัยได้ที่ ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลด้านสุขภาพจิตยินดีให้ข้อมูลตอบคำถามและให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

2. ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วมีอาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยจะทำการประเมินอาการของท่านก่อน แล้วจึงหยุดทำการวิจัยและดูแลให้การรักษาพยาบาลจนกระทั่งท่านมีอาการดีขึ้นจึงส่งต่อไปยังสถานพยาบาลตามความเหมาะสม

3. ท่านสามารถบอกยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ หากท่านต้องการ แม้จะเข้าร่วมในการวิจัยไปแล้วก็ตาม โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น

4. โปรแกรมการศึกษาครั้งนี้เป็นโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้ และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ก่อนใช้จริงเพื่อให้มีความสะดวกและเหมาะสมกับท่านและพื้นที่ทำการวิจัย

5. หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและผู้วิจัยจะประเมินท่านด้วยแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-THAI 2002 และให้ท่านตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อราซ้ำ จำนวน 20 ข้อ

6. ท่านจะได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมจำนวนทั้งหมด 7 กิจกรรม ซึ่งจะพบกันทั้งหมด 7 ครั้งๆ ละ 120 นาที แต่แต่ละครั้งห่างกันนาน 2 สัปดาห์ รวมทั้งหมดใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ รูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน และมีอบหมายงานรายบุคคล โดยมีค่าชดเชยในการเข้าร่วมโครงการครั้งละ 100 บาท/คน และมีอาหารว่างให้รับประทานระหว่างดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

**กิจกรรม ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) : สัมพันธภาพ สร้างมิตร** ดำเนินการในวันแรก ก่อนการดำเนินการทดลอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรูปแบบกิจกรรมบำบัด ระยะเวลาและประโยชน์ที่จะได้รับจากการร่วมกิจกรรม โครงการวิจัย ก่อนการเริ่มกิจกรรมผู้วิจัยจะให้ทุกท่านตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดสุราซ้ำในผู้ติดสุราเพื่อเป็นการประเมินในเบื้องต้นก่อนได้รับการบำบัด

**กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) : คิดอย่างไร ไปให้ถึงเป้าหมาย** เพื่อสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องและให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมและรวมทั้งให้ความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้

**กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) : คิดอัตโนมัติ คิดถูกทาง** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจลักษณะความคิดที่บิดเบือนโดยเชื่อมโยงกับ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่นำไปสู่การดื่มสุราและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง

**กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) : ปรับความเชื่อเพื่อเลิกดื่ม** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้ โดยการฝึกให้คิดแบบอื่นๆ ในเหตุการณ์เดียวกัน

**กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) : จัดการดีไม่มีปัญหา** เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เรื่องหลักการแก้ไขปัญหา และมีทักษะในการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

**กิจกรรมครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 10) : ปฏิบัติ ป้องกันได้** เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และฝึกทักษะในการที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์เสี่ยงสูงที่จะกลับมาติดสุราซ้ำ และมีแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ

**กิจกรรมครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 12) : บอกเล่าเรื่องสุรา** เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจ กิจกรรมการบำบัดทั้งหมดที่ผ่านมา และสรุปผลการบำบัดพร้อมทั้งยุติการบำบัด

7. เมื่อสิ้นสุดการให้โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ครบ 12 ครั้ง ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดสุราซ้ำ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดชุดเดียวกับก่อนการได้รับโปรแกรมเพื่อดูคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดสุราซ้ำหลังให้การบำบัดทันที

8. ข้อมูลที่ท่านได้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยจะใส่รหัสตัวเลข จะมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผลจากการศึกษาอาจตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสารทางการแพทย์และการพยาบาล อย่างไรก็ตามการเผยแพร่ดังกล่าวจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลและจะกระทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

9. หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิอาสาสมัครสามารถติดต่อได้ที่คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 02- 986-9213 ต่อ 7373 ในวันและเวลาราชการ

10. หากท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยยินดีที่จะให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย คือนางบุษกร วรารอมรเดช ที่อยู่ 175 หมู่ 1 ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์ 088-xxxxxx หรืออาจารย์ที่ปรึกษาคือ รองศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชญ์ สามารถติดต่อได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ 02-9869213 ต่อ 7375 ในวันและเวลาราชการ

หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโปรดลงนามในเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมานี้ด้วย

นางบุษกร วรารอมรเดช

ผู้ให้ข้อมูล

ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารชี้แจงนี้แล้ว มีความเข้าใจในรายละเอียดของการวิจัยอย่างครบถ้วน

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....

## เอกสารชี้แจงอาสาสมัครกลุ่มที่ 2

### Information sheet

#### สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางบุษกร วรากรอมรเดช เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังทำโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรา ของโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ครั้งนี้ จะไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วม ซึ่งการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านเอง และท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

ผลของงานวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ ช่วยให้ท่านได้รู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกสบาย ทำให้ร่างกายมีความพร้อมที่จะรับคำแนะนำต่างๆ และรู้เท่าทันความคิดที่ไม่เหมาะสมที่กระตุ้นทำให้ท่านกลับไปดื่มสุราซ้ำ ส่งผลให้ท่านลดหรือเลิกดื่มสุราได้ยาวนานมากขึ้น ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้มีผลกระทบน้อยมาก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยหากเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายใจต่อการตอบคำถามและกิจกรรมของการวิจัย ท่านสามารถแจ้งต่อผู้วิจัยได้ที่ ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลด้านสุขภาพจิตยินดีให้ข้อมูลตอบคำถามและให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

2. ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วมีอาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยจะทำการประเมินอาการของท่านก่อน แล้วจึงหยุดทำการวิจัยและดูแลให้การรักษาพยาบาลจนกระทั่งท่านมีอาการดีขึ้นจึงส่งต่อไปยังสถานพยาบาลตามความเหมาะสม

3. ท่านสามารถบอกยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ หากท่านต้องการ แม้จะเข้าร่วมในการวิจัยไปแล้วก็ตาม โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น

4. โปรแกรมการศึกษาครั้งนี้เป็นโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้ และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ก่อนใช้จริงเพื่อให้มีความสะดวกและเหมาะสมกับท่านและพื้นที่ที่ทำการวิจัย

5. หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและผู้วิจัยจะประเมินท่านด้วยแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-THAI 2002 และให้ท่านตอบแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดสุราซ้ำ จำนวน 20 ข้อ

6. ท่านจะได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมซึ่งท่านจะได้รับการฝึกผ่อนคลายด้วยการฟังเทปเสียงการสร้างจินตนาการ ก่อนการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีจำนวนทั้งหมด 7 กิจกรรม ซึ่งจะพบกันทั้งหมด 7 ครั้งๆ ละ 120 นาที แต่ละครั้งห่างกันนาน 2 สัปดาห์ รวมทั้งหมดใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ รูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน และมอบหมายงานรายบุคคล โดยมีค่าชดเชยในการเข้าร่วมโครงการครั้งละ 100 บาท/คน และมีอาหารว่างให้รับประทานระหว่างดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

**กิจกรรม ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) : สัมพันธภาพ สร้างมิตร** ดำเนินการในวันแรก ก่อนการดำเนินการทดลอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรูปแบบกิจกรรมบำบัด ระยะเวลาและประโยชน์ที่จะได้รับจากการร่วมกิจกรรมโครงการวิจัย ก่อนการเริ่มกิจกรรมผู้วิจัยจะให้ทุกท่านตอบแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเสพติดสุราซ้ำในผู้ติดสุราเพื่อเป็นการประเมินในเบื้องต้นก่อนได้รับการบำบัด

**กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) : คิดอย่างไร ไปให้ถึงเป้าหมาย** เพื่อสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องและให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมและรวมทั้งให้ความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้

**กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) : คิดอัตโนมัติ คิดถูกทาง** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจลักษณะความคิดที่บิดเบือนโดยเชื่อมโยงกับ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่นำไปสู่การดื่มสุราและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง

**กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6): ปรับความเชื่อเพื่อเลิกดื่ม** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มสุราได้ โดยการฝึกให้คิดแบบอื่นๆ ในเหตุการณ์เดียวกัน

**กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8): จัดการดีไม่มีปัญหา** เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เรื่องหลักการแก้ไขปัญหา และมีทักษะในการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

**กิจกรรมครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 10) : ปฏิบัติดี ป้องกันได้** เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และฝึกทักษะในการที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์เสี่ยงสูงที่จะกลับมาติดสุราซ้ำ และมีแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ

**กิจกรรมครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 12) : บอกเล่าเรื่องสุรา** เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจ กิจกรรมการบำบัดทั้งหมดที่ผ่านมา และสรุปผลการบำบัดพร้อมทั้งยุติการบำบัด

7.เมื่อสิ้นสุดการให้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ครบ 12 ครั้ง ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบประเมินพฤติกรรมกำบังการติดสุราซ้ำจำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดชุดเดียวกับก่อนการได้รับโปรแกรมเพื่อดูคะแนนพฤติกรรมกำบังการติดสุราซ้ำหลังให้การบำบัดทันที

8.ข้อมูลที่ท่านได้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยจะใส่รหัสตัวเลข จะมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผลจากการศึกษาอาจตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสารทางการแพทย์และการพยาบาล อย่างไรก็ตามการเผยแพร่ดังกล่าวจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลและจะกระทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

9.หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิอาสาสมัครสามารถติดต่อได้ที่คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 02- 986-9213 ต่อ 7373 ในวันและเวลาราชการ

10.หากท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยยินดีที่จะให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย คือนางบุษกร วรากรอมรเดช ที่อยู่ 175 หมู่ 1 ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์ 088-xxxxxx หรืออาจารย์ที่ปรึกษาคือรองศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชญ์ สามารถติดต่อได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ 02-9869213 ต่อ 7375 ในวันและเวลาราชการ

หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโปรดลงนามในเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมานี้ด้วย

นางบุษกร วรากรอมรเดช

ผู้ให้ข้อมูล

ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารชี้แจงนี้แล้ว มีความเข้าใจในรายละเอียดของการวิจัยอย่างครบถ้วน

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....



## เอกสารชี้แจงอาสาสมัครกลุ่มควบคุม

### Information sheet

#### สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางบุษกร วรากรอมรเดช เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังทำโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อรา ของโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ครั้งนี้ จะไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วม ซึ่งการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านเอง และท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

ผลของงานวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการกลับไปติดเชื้อราซ้ำ ส่งผลให้ท่านลดหรือเลิกติดเชื้อราได้ยาวนานมากขึ้น ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้มีผลกระทบน้อยมาก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยหากเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายใจต่อการตอบคำถามและกิจกรรมของการวิจัย ท่านสามารถแจ้งต่อผู้วิจัยได้ทันที ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลด้านสุขภาพจิตยินดีให้ข้อมูลตอบคำถามและให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

2. ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วมีอาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยจะทำการประเมินอาการของท่านก่อน แล้วจึงหยุดทำการวิจัยและดูแลให้การรักษาพยาบาลจนกระทั่งท่านมีอาการดีขึ้นจึงส่งต่อไปยังสถานพยาบาลตามความเหมาะสม

3. ท่านสามารถบอกยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ หากท่านต้องการ แม้จะเข้าร่วมในการวิจัยไปแล้วก็ตาม โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น

4. โปรแกรมการศึกษาครั้งนี้เป็นโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้ และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ก่อนใช้จริงเพื่อให้มีความสะดวกและเหมาะสมกับท่านและพื้นที่ทำการวิจัย

5. หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและผู้วิจัยจะประเมินท่านด้วยแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-THAI 2002 และให้ท่านตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อราซ้ำ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยจะให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อราซ้ำอีกครั้งในอีก 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบ

ประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดสุราซ้ำชุดเดียวกับการประเมินครั้งแรก การเก็บข้อมูลครั้งนี้ทำโดยผู้วิจัยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละครั้งประมาณ 15- 20 นาที

6. เมื่อให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะจัดโปรแกรมให้กลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยมีค่าชดเชยในการเข้าร่วมโครงการครั้งละ 100 บาท/คน และมีอาหารว่างให้รับประทานระหว่างดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง

7. ข้อมูลที่ท่านได้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยจะใส่รหัสตัวเลข จะมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผลจากการศึกษาอาจตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสารทางการแพทย์และการพยาบาล อย่างไรก็ตามการเผยแพร่ดังกล่าวจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลและจะกระทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

8. หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิอาสาสมัครสามารถติดต่อได้ที่คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 02- 986-9213 ต่อ 7373 ในวันและเวลาราชการ

9. หากท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยยินดีที่จะให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย คือนางบุษกร วรารอมรเดช ที่อยู่ 175 หมู่ 1 ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์ 088-xxxxxx หรืออาจารย์ที่ปรึกษาคือรองศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชญ์ สามารถติดต่อได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ 02-9869213 ต่อ 7375 ในวันและเวลาราชการ

หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโปรดลงนามในเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมานี้ด้วย

นางบุษกร วรารอมรเดช

ผู้ให้ข้อมูล

ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารชี้แจงนี้แล้ว มีความเข้าใจในรายละเอียดของการวิจัยอย่างครบถ้วน

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย**  
(Consent form)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรา

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

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ขอทำหนังสือนี้ได้  
ต่อหน้าหัวหน้าโครงการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ก่อนลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบาย จาก ผู้วิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมการวิจัย ความเสี่ยง รวมทั้งประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้อ 2 ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้อ 3 ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วม ในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้

ข้อ 4 ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้ เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้อ 5 ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ อันเนื่องจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าตามมาตรฐานวิชาชีพ

ข้อ 6 ผู้วิจัยรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ ทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ ด้วย ความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ให้ความยินยอม

ลงนาม.....หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

(.....)

วันที่ ...../...../.....

วันที่ ...../...../.....

ลงนาม.....พยาน

(.....)

วันที่ ...../...../.....

ลงนาม.....พยาน

(.....)

วันที่ ...../...../.....



ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ภาคผนวก ค - 1  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-THAI 2002
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกำบังการติดสุราซ้ำ

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  หน้าข้อความที่ตรงกับคุณมากที่สุด และเติม

ข้อความที่เป็นความจริงลงในช่องว่าง

1. เพศ  ชาย
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หย่า, หม้าย
<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> อื่น (ระบุ).....	
4. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี/เทียบเท่า
<input type="checkbox"/> (ระบุ).....	
5. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน	<input type="checkbox"/> ทำงานบ้าน
<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม (ทำนา ทำไร่)	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
6. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. สิทธิการรักษาพยาบาล
 

<input type="checkbox"/> จ่ายเอง	<input type="checkbox"/> เบิกต้นสังกัด
<input type="checkbox"/> บัตรประกันสังคม	<input type="checkbox"/> บัตรสุขภาพ (บัตรทอง)
<input type="checkbox"/> ได้รับการสงเคราะห์จาก ร.พ.	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
8. ระยะเวลาการดื่มสุรอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-THAI 2002

Mini – Mental State Examination: Thai version (MMSE – Thai 2002)

1. Orientation for time ( 5 คะแนน ) บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้งคะแนน  
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)
  - 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร .....
  - 1.2 วันนี้วันอะไร .....
  - 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร .....
  - 1.4 ปีนี้ปีอะไร .....
  - 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร .....

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร และ.....ชื่อว่าอะไร .....
- 2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร .....
- 2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร .....
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร .....

2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่อะไร .....
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร .....
- 2.2.3 ที่นี้อำเภอเขต / อะไร .....
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร .....

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นทดสอบความจำ ดิฉันจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา ยาย....) ตั้งใจฟังให้ดี  
นะเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ(ตา ยาย....)

**พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบ ทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวดิฉันจะถามซ้ำ**

**\* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป**

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน )

ดอกไม้  แม่น้ำ  รถไฟ .....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์.....

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหม ?

ถ้าตอบคิดเป็น ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็น หรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7”

ไปเรื่อยๆ ได้ผลเท่าไรบอกมา ..... ..

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1,2,หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา ยาย...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา ยาย...)

สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก

คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา ยาย...)

สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ” ..... ..

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่นี้จำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้  แม่น้ำ  รถไฟ .....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์ .....

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” .....

6.2 ชี้นำพิก้าข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” .....

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้

แล้วให้คุณ (ตา ยาย) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว

“ใครใคร่ขายไก่ไข” .....

8. Verbal command (3 คะแนน)

ข้อนี้ฟังคำสั่ง “ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา ยาย...)

รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น,โต๊ะ,เตียง)



ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4

ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา  พับครึ่ง  วางไว้ที่”(พื้น,โต๊ะ,เตียง) .....

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา ยาย...) อ่าน  
แล้วทำตาม (ตา ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจ

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตาได้”  หลับตาได้.....

10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้จะเป็นคำสั่งให้ “คุณ (ตา ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง  
หรือมีความหมายมา 1 ประโยค” .....

ประโยคมีความหมาย .....

11. Visio construction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”

(ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง) .....



คะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์ปกติมีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23

ถ้าน้อยกว่า 23 เป็นไปได้ว่าน่าจะมีคามผิดปกติของสมองซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของสมอง

จุดตัด (cut-off-point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	Cut off point	คะแนนเต็ม	ความไว (Sensitivity)	ความจำเพาะ (Specificity)	Efficiency
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14	23	35.4	81.1	56.3
ประถมศึกษา	17	30	56.6	93.8	76.3
สูงกว่าประถมศึกษา	22	30	92.0	92.6	92.4

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดสุราซ้ำ

คำชี้แจง: แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคุณมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา กรุณาตอบคำถามทุกข้อ

ทุกวัน	หมายถึง	ปฏิบัติทุกวันใน 1 สัปดาห์
เกือบทุกวัน	หมายถึง	ปฏิบัติเกือบทุกวันคือ 5-6 วัน/สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้งคือ 3-4 วัน/สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้งคือ 1-2 วัน/สัปดาห์
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ลำดับ	ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ				
		ทุกวัน	เกือบทุกวัน	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
1	เมื่อท่านมีปัญหาต่างๆท่านปรึกษาครอบครัว					
2	ท่านตั้งใจมารับการรักษาเมื่อต้องการเลิกดื่มสุรา					
3	เมื่อพบเพื่อนนั่งดื่มสุราท่านใช้วิธีหลีกเลี่ยง					
.	.					
.	.					
.	.					
.	.					
.	.					
.	.					
.	.					
20	ท่านชวนเพื่อนให้เลิกดื่มสุรา					

ภาคผนวก ค - 2  
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 4 โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ส่วนที่ 5 โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม



โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม



โดย

นางบุษกร วรากรอมรเดช

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## กิจกรรม ครั้งที่1 (สัปดาห์ที่ 1) : สัมพันธภาพ สร้างมิตร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเป้าหมาย ขั้นตอนและวิธีการบำบัด ระยะเวลาและประโยชน์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความสัมพันธ์ของ ความคิด มีผลต่ออารมณ์ และนำไปสู่

พฤติกรรมที่ดีขึ้น

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

### วิธีดำเนินการกิจกรรม

องค์ประกอบ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
เปิดกลุ่ม (30 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายและแนะนำตัวเองพร้อมพูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง</li> <li>2. ผู้บำบัดให้สมาชิกได้แนะนำตัวเองโดยอธิบายและให้ปฏิบัติกิจกรรมดังต่อไปนี้ ผู้บำบัดแจกกระดาษให้สมาชิกวาดรูปผลไม้ที่ตัวเองชอบ 1รูป เมื่อทุกคนวาดเสร็จเรียบร้อย หลังจากนั้นให้สมาชิกคนที่ 1 ออกมาแนะนำชื่อตัวเองและบอกชื่อผลไม้ที่ชอบพร้อมโชว์รูปภาพแสดง หลังจากนั้นสมาชิกคนที่ 2 ออกมาแนะนำชื่อตัวเองและบอกชื่อผลไม้ที่ชอบพร้อมโชว์รูปภาพแสดงพร้อม ทั้งบอกชื่อสมาชิกคนที่ 1 ทำลักษณะเช่นนี้จนครบซึ่งคนสุดท้ายที่ออกมาแนะนำตัวเองจะได้บอกชื่อตัวเองพร้อมทั้งชื่อสมาชิกทั้งหมดครบทุกคน ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพอย่างหนึ่ง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และรู้สึกเป็นเอง</li> <li>3. ผู้บำบัดบอกชื่อกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และประโยชน์ กระบวนการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่เชื่อมโยงสู่การดีมีสุข และขออนุญาตจดบันทึกและอัดเทปเสียงขณะทำกิจกรรมทุกครั้งโดยผู้บำบัดแจ้งสมาชิกว่า ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดินสอ/ปากกา /ปากกาเขียนไวท์บอร์ด/clip chart</li> <li>2. กระดาษไวท์บอร์ด</li> </ol>

องค์ประกอบ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
<p>ดำเนินกลุ่ม (30 นาที)</p> <p>พัก10นาที</p>	<p>4. ผู้บำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจโดยพูดถึงประโยชน์ที่จะได้รับความมุ่งมั่นที่มาร่วมกลุ่มจนครบโปรแกรม การทำกิจกรรมและฝึกทำการบ้านทุกครั้ง</p> <p>5. ผู้บำบัดตรวจสอบสถานะอารมณ์โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยการกระตุ้นถามสมาชิกว่า “ท่านมีความรู้สึกและอารมณ์เป็นอย่างไร ต่อการดื่มสุรา” พร้อมทั้งเขียนความคิดเห็นต่าง ๆ ลงบนกระดาษและเพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจมากขึ้น หลังจากนั้นผู้บำบัดบอกสมาชิกว่าให้พัก 10 นาทีแล้วกลับมาเริ่มในกิจกรรมต่อไป</p>	
<p>ดำเนินกลุ่ม (ต่อ) (30 นาที)</p>	<p>6. ผู้บำบัดกระตุ้นถามสมาชิกว่า “คิดอย่างไรกับพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเอง” และ “ความคิดเหล่านั้นมีผลอย่างไรต่ออารมณ์ ความรู้สึก และ สรีระ” โดยผู้บำบัดรับฟังอย่างตั้งใจ พร้อมทั้งให้สุขภาพจิต ศึกษาเรื่องโรคติดสุรา</p> <p>7. ผู้บำบัดพูดคุย ชักถามสมาชิกเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม การดื่มสุรา และหลังจากนั้นให้สมาชิกแบ่งกลุ่ม เป็น 2 กลุ่มเพื่อให้ร่วมกันอภิปรายถึงประเด็นว่าเพราะอะไร จึงทำให้เลิกดื่มสุราไม่สำเร็จ และมีอะไรที่ทำให้สามารถเลิกดื่มสุราได้ในช่วงระยะหนึ่ง และให้ตัวแทนออกมานำเสนอ</p> <p>8. ผู้บำบัดสรุปปัจจัยต่างๆ และปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถเลิกดื่มได้สำเร็จ พร้อมทั้งให้กำลังใจและตั้งเป้าหมายร่วมกันในกลุ่มต่อการเลิกดื่มสุรา</p> <p>9. ผู้บำบัดกระตุ้นถามเพื่อช่วยให้สมาชิกได้ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเชื่อมโยงกับความคิด ความรู้สึก และ พฤติกรรม การดื่มสุรา เน้นถึงปัญหาต่างๆว่าต้นเหตุเกิดจากความ คิด ดังนั้นการปรับแก้ต้องแก้ที่ความคิด</p>	<p>3. ใบความรู้ที่ 1.1 การบำบัดความคิด และพฤติกรรม</p> <p>4. ใบความรู้ที่ 1.2 เรื่อง การบำบัด ความคิดและ พฤติกรรม</p>

องค์ประกอบ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
สรุปลุ่ม (20 นาที)	10. ผู้บำบัดประเมินความเข้าใจและความรู้สึกของสมาชิกต่อการบำบัดในครั้งนี้และให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และให้กำลังใจ กล่าวชมเชยที่ให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งมอบหมายการบ้าน และนัดหมายครั้งต่อไป	5.ใบงานที่ 1 แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน

### การประเมินผล

1. สมาชิกในกลุ่มมีความสนใจ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บำบัดและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกเป้าหมาย และกระบวนการบำบัดความคิดและพฤติกรรมได้
3. สมาชิกในกลุ่มอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมได้

### ใบความรู้ 1.1 เรื่องโรคติดสุรา (สำหรับผู้บำบัด)

**โรคติดสุรา** หมายถึง การดื่มสุราในปริมาณที่มากและเป็นระยะเวลาติดต่อกันนานจนเรื้อรังซึ่งผู้ดื่มไม่สามารถหยุดหรือเลิกดื่มได้แต่จะยิ่งเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นเรื่อยๆจนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน

สาเหตุ

.

.

ผลกระทบ

.

.

การรักษา

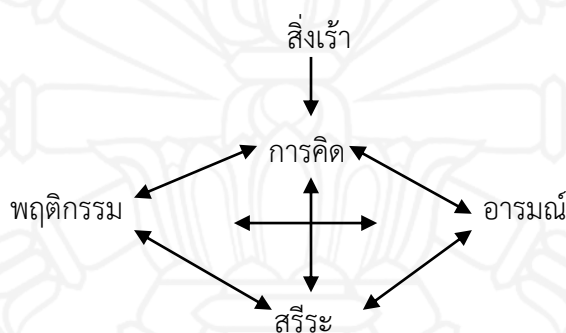
.

.

.

## ใบความรู้ 1.2 เรื่อง การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) (สำหรับผู้บำบัด)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy; CBT) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่เน้นการบำบัดที่เฉพาะเจาะจง โดยมีสมมุติฐานว่า ปัญหาทางด้านจิตใจและพฤติกรรมส่วนใหญ่มีผลมาจากกระบวนการคิดที่ผิดปกติ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมมีผลซึ่งกันและกัน (Bidirectional components) การบำบัดจึงทำโดยการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงกระบวนการคิดที่ผิดปกติ และเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความเป็นจริง แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เชื่อว่า ความคิด (Cognition) อารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) และสรีระ (Physiology) มีความสัมพันธ์กัน ดังในภาพที่ 1



ที่มา: ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2558). เอกสารประกอบการสอน. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



### ใบงานที่ 1 แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน

**คำแนะนำ:** ให้สังเกตและบันทึกเมื่อมีสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน คุณอาจจะใช้เวลาในตอนเย็นทบทวนเหตุการณ์ประจำวัน แล้วบันทึกลงในตารางและบันทึกทุกวัน/ทุกครั้งที่มีความเสี่ยงต่อการดื่มสุรา

วัน/เดือน/ปี	เหตุการณ์/สิ่งกระตุ้น	ความคิด/ความเชื่อ	ความรู้สึก/อารมณ์	พฤติกรรม/สิ่งที่คุณทำ
ตัวอย่าง 2 ม.ค. 58	เพื่อนชวนดื่มสุรา หลังเลิกงาน	“ดื่มให้หายเหนื่อย ทำงานทั้งวัน”	รู้สึกดี หายเหนื่อย เมื่อดื่มสักแก้ว	เดินเข้ามาร่วมดื่ม สุรากับเพื่อน

## กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) : คิดอย่างไร ไปให้ถึงเป้าหมาย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมได้
2. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ สิ่งกระตุ้น ความคิด อารมณ์

และพฤติกรรมได้

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

### วิธีดำเนินกิจกรรม

องค์ประกอบ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
เปิดกลุ่ม (30 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้บ่าบัตกล่าวทักทายและพูดคุยทบทวนการบ้านในครั้งที่ผ่านมา ผู้บ่าบัตให้คำชมเชยสำหรับสมาชิกที่ได้ทำการบ้านมา และมอบรางวัล และพูดคุยซักถามสาเหตุในสมาชิกที่ไม่ทำการบ้าน พร้อมกระตุ้นแนะนำให้สมาชิกที่ทำการบ้านมาพูดเสริมแรง ให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจในการมาร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง</li> <li>2. ผู้บ่าบัตประเมินอารมณ์ของสมาชิกโดยใช้คำถามว่า “สมาชิกได้ทำการบ้านแล้วรู้สึกเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างหรือไม่”</li> <li>3. ผู้บ่าบัตแจ้งสมาชิกว่ากิจกรรมในครั้งนี้เป็นการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม</li> <li>4. ผู้บ่าบัตและสมาชิกร่วมกันค้นหาความคิดอัตโนมัติเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น</li> <li>5. ผู้บ่าบัตถามถึงความรู้สึกอยากดื่มสุรา ที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการมาบ่าบัตกลุ่มกิจกรรมในแต่ละครั้งที่เกิดกับสมาชิก ทำให้เกิดพฤติกรรมนำไปสู่การดื่มสุรา</li> <li>6. ผู้บ่าบัตแจ้งกิจกรรมหลังจากได้พักและให้สมาชิกพัก 10 นาทีแล้วกลับมาร่วมในกิจกรรมต่อไป</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ใบงานที่ 1 แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน</li> <li>2. ใบความรู้ที่ 2.1 เรื่องแผนภาพกระบวนการคิดตามรูปแบบความคิด</li> </ol>

องค์ประกอบ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
<p><b>พัก 10 นาที</b></p> <p>ดำเนินกลุ่ม (ต่อ) (30 นาที)</p> <p>สรุปกลุ่ม (20 นาที)</p>	<p>7. ผู้บําบัดให้สมาชิกได้ฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติจากการบ้านครั้งก่อนโดยผู้บําบัดร่วมกับสมาชิกวิเคราะห์ความคิดที่ไม่เหมาะสม</p> <p>8. ผู้บําบัดส่งเสริมและให้สมาชิกค้นหาความคิดอัตโนมัติต่อตัวกระตุ้นอื่นๆ เช่นเพื่อนมาชวน แล้วคิดอย่างไร โดยบันทึกในใบงานที่ 2 เรื่องการบันทึกความคิดที่บิดเบือน และให้สมาชิกนำกลับไปทำเป็นการบ้าน</p> <p>9. สรุปสิ่งที่เรียนรู้ในกิจกรรมครั้งนี้ และให้ข้อมูลย้อนกลับเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งแจ้งกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป</p>	<p>3. ใบงานที่ 2 แบบการบันทึก ความคิดที่ บิดเบือน</p>

#### การประเมินผล

1. สมาชิกในกลุ่มมีความสนใจ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บําบัดและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. สมาชิกสามารถประเมินอารมณ์ของตนเองได้
3. สมาชิกสามารถประเมินความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้

## ใบความรู้ที่ 2.1 เรื่อง แผนภาพกระบวนการคิดตามรูปแบบการคิดตาม (Beck, 1993)



## ใบงานที่ 2 แบบบันทึกความคิดที่บิดเบือน (Dysfunctional thought record)

**คำแนะนำ:** ให้สังเกตเมื่อมีสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราโดยถามตัวเองว่า “คุณคิดอย่างไรตอนนี้” แล้วจดความคิดนั้นลงในช่องความคิดอัตโนมัติ หลังจากนั้นถามตัวเองว่า “คุณคิดว่าคุณควรจะจัดการปัญหานี้อย่างไรให้ผลที่ออกมาดีที่สุด” แล้วจดความคิดนั้นลงในช่องการปรับความคิด

เหตุการณ์	ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น	ความรู้สึก/อารมณ์	การปรับความคิด	ผลที่เกิดขึ้น
ตัวอย่าง เพื่อนชวนดื่มสุราหลังเลิกงาน	“ดื่มคนเดียวคงไม่เป็นไร”	สนุก อยากดื่ม	“กลับบ้านดีกว่า เพื่อสุขภาพที่ดี”	“ฉันรู้สึกดี ฉันก็ทำได้”
.	.	.	.	.
.	.	.	.	.
.	.	.	.	.

### กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) : คิดอัตโนมัติ คิดถูกทาง

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจลักษณะความคิดที่บิดเบือนโดยเชื่อมโยงกับ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมนำไปสู่การตีตรา

2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

#### วิธีดำเนินกิจกรรม

องค์ประกอบ /กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
เปิดกลุ่ม (30 นาที)	1. ผู้บ่าบัตกล่าวทักทายสมาชิก 2. พุดคุยประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ได้พุดคุยกันในกิจกรรมครั้งก่อน กำหนดเป้าหมายและกำหนดวาระในการบำบัดรักษาในครั้งนี้ว่าเป็นการประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติตามความเป็นจริง	
ดำเนินกลุ่ม (30 นาที)	3. ผู้บ่าบัตประเมินภาวะอารมณ์ของสมาชิกโดยผู้บ่าบัตกระตุ้นถามว่า “วันนี้คุณรู้สึก และมีความคิดอย่างไรต่อการบำบัด” 4. ผู้บ่าบัตสรุปความคิด ความรู้สึกที่สมาชิกได้ร่วมแสดงความคิดเห็นลงในกระดานไวท์บอร์ด พร้อมทั้งเสริมแรง ให้กำลังต่อสมาชิกในการมาบำบัดอย่างต่อเนื่อง 5. ผู้บ่าบัตให้สมาชิกนำการบ้านในครั้งก่อนมาวิเคราะห์ร่วมกันถึงความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมที่เกิดกับตัวเอง ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดพฤติกรรมนำไปสู่การตีตรา	
พัก 10 นาที	6. ผู้บ่าบัตอธิบายถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม และเชื่อมโยงกับลักษณะความคิดที่พบบ่อยในผู้ตีตราตามใบความรู้เรื่องลักษณะความคิดที่พบบ่อยในผู้ตีตรา หลังจากนั้นให้สมาชิกได้ พัก 10 นาที	1. ใบความรู้ที่ 3.1 เรื่อง ลักษณะ ความคิดที่พบ บ่อยในผู้ตีตรา

องค์ประกอบ /กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
ดำเนินกลุ่ม (ต่อ) (30 นาที)	7. ให้สมาชิกประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติตาม ความเป็นจริงจากเหตุการณ์ตัวอย่างของสมาชิกในกลุ่ม 1 ตัวอย่าง ร่วมกับการใช้ 3 คำถาม คือ “อะไรที่ทำให้คุณเชื่อเช่นนั้น” “ถ้ามองเหตุการณ์ใหม่อีกมุมหนึ่ง คุณจะมองอย่างไร” “หากการมองแบบนี้ถูกต้อง คุณคิดว่าสำคัญอย่างไร” 8. ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันวิเคราะห์เหตุการณ์ตัวอย่าง ของสมาชิกเพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงความคิด อารมณ์และ พฤติกรรมนำไปสู่การตีความ 9. มอบหมายการบ้านให้สมาชิกได้บันทึก เหตุการณ์หรือ สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และความคิด อัตโนมัติต่อสถานการณ์นั้นพร้อมทั้งให้สมาชิกได้คิดปรับมุมมองอื่น ที่มีความถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้นโดยบันทึกในแบบฟอร์ม ABCDE	2. ใบความรู้ที่ 3.2 เรื่อง เทคนิคคำถาม 3 คำถาม
สรุปกลุ่ม (20 นาที)	10. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมครั้งนี้ และให้ข้อมูลย้อนกลับ พร้อมทั้งให้กำลังใจ และนัดหมายครั้งต่อไป	3. ใบงานที่ 3 แบบบันทึกการ เปลี่ยนแปลง ความคิดใหม่

#### การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถระบุลักษณะความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการตีความของตนเองได้
2. สมาชิกสามารถประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงได้

#### ใบความรู้ที่ 3.1 เรื่อง ลักษณะความคิดที่พบบ่อยในผู้ติดยา

#### รูปแบบความคิด(Qualitative descriptors)

1. เลือกลงใจคิดเฉพาะด้านลบ
2. ไม่ยืดหยุ่น ตายตัว เปลี่ยนแปลงยาก
3. คิดแบบขาวกับดำหรือถูกกับผิด คือความคิดสุดขั้วในด้านในด้านหนึ่ง
4. คิดแบบด่วนสรุป เดาในทางลบเกี่ยวกับความคิดโดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุนที่สมเหตุผล
5. สรุปเหตุการณ์เข้าหาตนเอง จะโทษคนอื่น

6. เป็นลักษณะการตัดสินใจจากอารมณ์ ใช้อารมณ์ ความรู้สึกตัดสินใจ ดูเหมือนมีเหตุผลแต่เป็นเหตุผลที่มาจากอารมณ์

### ลักษณะเนื้อหา

1. ปฏิเสธ: แอลกอฮอล์ไม่เป็นปัญหาสำหรับเขา
2. แอลกอฮอล์เป็นทางออกทางเดียวที่ดีที่สุดสำหรับเขา
3. วิธีจัดการกับความเครียดหรือความเบื่อ คือ การทำให้ตนมีความสุขมากๆ หรือทำให้ตนเองมีความตื่นเต้นมากๆ
4. การเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องยาก เป็นเรื่องเป็นไปได้ที่จะแก้ไขปัญหา
5. โโทษตนเอง ตำหนิหรืออับอายที่เป็นคนติดสุรา

ที่มาของเอกสาร: (Beck, 1993; จรรยา ใจหนูน, 2551)

### ใบความรู้ที่ 3.2 เรื่อง เทคนิคคำถาม 3 คำถาม (Three- question technique)

เทคนิคคำถาม 3 คำถาม (Three- question technique) เป็นอีกเทคนิคหนึ่งในการใช้เป็นแนวทาง (Guided discovery) เพื่อค้นหาและเข้าใจ กระบวนการคิดที่บิดเบือน ( Maladaptive thought process) ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา โดยผู้บำบัดจะถามผู้ป่วยด้วยคำถาม 3 คำถามต่อเนื่องกัน คือ

1. “อะไรที่ทำให้คุณเชื่อเช่นนั้น”
2. “ถ้ามองเหตุการณ์อีกมุมหนึ่ง คุณจะมองอย่างไร”
3. “หากการมองเช่นนั้นถูกต้อง คุณคิดว่ามันมีประโยชน์อย่างไรที่มองเช่นนั้น หากเปลี่ยนการมองจะเกิดผลอย่างไร”

ที่มาของเอกสาร: จรรยา ใจหนูน. (2551).

ใบงานที่ 3 แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ด้วย ABCDE Method

A สถานการณ์	B ความคิด	C ความรู้สึก	D ความคิดใหม่	E อารมณ์ใหม่
ตัวอย่าง มีงานเลี้ยง สังสรรค์	“นาน ๆ จะได้ ฉลอง เต็มที่”	“อยากดื่ม เปรี๊ยะ ปาก”	“ดื่มเมาแล้วต้อง แย้แน่ อาจถูกจับ เพราะเมาแล้วขับ รถ”	“ฉันดีใจ เอาชนะใจ ตัวเองได้”

ที่มาของเอกสาร: จรรยา ใจหนูน. (2551)



## กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6): ปรับความเชื่อเพื่อเลิกดื่ม

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถตรวจสอบความคิดที่ไม่เหมาะสมได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจและสามารถปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มสุราได้

โดยการคิดในแบบอื่นๆ ในเหตุการณ์เดียวกัน

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

### วิธีดำเนินกิจกรรม

องค์ประกอบ/ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
เปิดกลุ่ม (30 นาที)	1. ผู้บ่าบัดกล่าวทักทายสมาชิก 2. พุดคุยประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ได้พุดคุยในกิจกรรมครั้งก่อน กำหนดเป้าหมายและกำหนดวาระในการบำบัดรักษาในครั้งนี้ว่าเป็นการปรับความคิดอัตโนมัติต่อการดื่มสุรา	
ดำเนินกลุ่ม (30 นาที)	3. ผู้บ่าบัดประเมินภาวะอารมณ์ของสมาชิกโดยการถามว่า “วันนี้คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อพบเห็นคนดื่มสุรา และมีความคิดอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น” 4. ผู้บ่าบัดให้สมาชิกได้นำการบ้านในครั้งก่อน ตามแบบฟอร์ม ABCDE มาวิเคราะห์ร่วมกัน ถึงความคิดอัตโนมัติต่อตัวกระตุ้นที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา 5. ผู้บ่าบัดให้สมาชิกได้ฝึกปรับความคิดใหม่โดยบันทึกอารมณ์ใหม่โดยให้แบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่มเท่าๆกัน และให้สมาชิกแต่ละกลุ่มช่วยกันเขียนประโยคที่เหมาะสมลงในช่องความคิด ความรู้สึก ความคิดใหม่ อารมณ์ใหม่ จากสถานการณ์ที่ผู้บ่าบัดนำมายกเป็นตัวอย่าง 6. ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มส่งตัวแทนมานำเสนอให้ทุกคนได้ฟังและร่วมแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม และผู้บ่าบัดให้สมาชิกได้พัก 10 นาทีแล้วกลับมาทำกิจกรรมต่อ	1. ใบความรู้ที่ 4.1 เรื่องการเปลี่ยนมุมมองใหม่ที่สมเหตุสมผลต่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา 2. ใบงานที่ 4.1 เรื่องการฝึกทักษะการเปลี่ยนมุมมองใหม่ที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา
พัก 10 นาที		

องค์ประกอบ/ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
ดำเนินกลุ่ม (ต่อ) (30 นาที)	7. ผู้บำบัดเสริมแรงแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราและให้กำลังใจสมาชิกทุกคน หลังจากนั้นให้สมาชิกได้ฝึกวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย (A-D analysis) ซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มองเห็นผลด้านลบจากการที่ยังคงดื่มสุรา เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกต่อเพื่อช่วยให้มองเห็นมุมมองใหม่ที่ชัดเจนมากขึ้น	3.ใบงานที่ 4.2 การวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย (A-D analysis)
สรุปกลุ่ม (20 นาที)	8. ผู้บำบัดมอบหมายการบ้านให้สมาชิกได้ไปคิดทบทวนและบันทึกเรื่องการเปลี่ยนมุมมองใหม่ที่สมเหตุสมผลต่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา 9. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมครั้งนี้ และให้ข้อมูลย้อนกลับ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และนัดหมายครั้งต่อไป	4. ใบงานที่ 4.1 เรื่อง การฝึกทักษะการเปลี่ยนมุมมองใหม่ที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา

#### การประเมินผล

1. สมาชิกมีความเข้าใจในการปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้โดยการสังเกตความร่วมมือในการทำกิจกรรมและสอบถาม
2. สมาชิกสามารถตรวจสอบความคิดที่ไม่เหมาะสมได้ถูกต้อง

ใบความรู้ที่ 4.1 เรื่อง การเปลี่ยนมุมมองใหม่ที่สมเหตุสมผลต่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา

ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องที่พบบ่อยเกี่ยวกับแอลกอฮอล์	มุมมองใหม่ที่สมเหตุสมผลกว่า
1. การดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ได้เคยเป็นปัญหา แม้ว่าฉันจะเคย เมาก็ตาม ปัญหาอยู่ที่พวกมัน ไม่ใช่ฉัน	1. การมาเป็นสัญญาณเตือนของปัญหา หากตอนแรกมันเป็นปัญหากับคนรอบข้าง ในที่สุดมันก็จะกลายเป็นปัญหาของฉัน
2. ฉันใช้สุรา เพื่อให้หายเครียด	2. ฉันต้องการใช้สุรา ไม่ใช่ฉันจำเป็นต้องใช้
3. ของเคยใช้มา จะให้เลิกคงไม่ได้หรอก	3. แม้ว่าฉันจะไม่ชอบ แต่ในอดีตฉันเคยหยุดแล้วและปัจจุบันฉันจะหยุดมันให้ได้
4. ช่วงที่ฉันมีความสุขมากที่สุดคือ ตอนที่ดื่มสุรา	4. มันอาจเป็นเรื่องยากที่จะมีความสุขโดยไม่ดื่มสุรา แต่คนอื่นในสังคมก็อยู่กับได้ (โดยไม่ดื่ม)
5. หากฉันเลิก (ดื่ม) ฉันคงไม่เหลือเพื่อน	5. แม้ว่าการเลิกอาจทำให้ฉันสูญเสียบางอย่าง แต่การใช้ต่อไปจะทำให้เกิดปัญหามากกว่า
6. คนไม่เคยดื่มจะไม่รู้ว่าความสุขเป็นอย่างไร	6. ฉันไม่จำเป็นต้องดื่ม ฉันจะลองถามคนที่เคยดื่มดูว่าเป็นความสุขอย่างไร
7. ถึงแม้คุณจะหยุด (ดื่ม) ได้ แต่สุดท้ายคุณก็ต้องกลับมาใช้ใหม่ คุณจะลืมหิว คนที่ติดแล้ว ไม่มีทางเลิกได้	7. ถ้าพลาดไปใช้เป็นประสบการณ์ไปสู่การเลิกเด็ดขาด มันไม่ใช่ความล้มเหลว แต่มันจะช่วยบอกว่าฉันควรจะไปในทิศทางไหนต่อ

ที่มาของเอกสาร: (Beck, 1993; จรรยา ใจหนูน, 2551)

ใบงานที่ 4.1 เรื่อง การฝึกทักษะการเปลี่ยนมุมมองใหม่  
ที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการตีตรา

ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องที่พบบ่อย เกี่ยวกับการตีตรา	มุมมองใหม่ที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ ที่เสี่ยงต่อการตีตรา
ตัวอย่าง ถ้าฉันเลิกตีตรา ฉันก็จะไม่มีเพื่อน	ตัวอย่าง แม้ว่าการเลิกตีตราอาจทำให้ฉันสูญเสียบางอย่าง แต่การใช้ต่อไปจะทำให้เกิดปัญหามากกว่า
.	.
.	.
.	.
.	.

ใบงานที่ 4.2 เรื่อง การวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสีย

ยังคงตีต่อไป		เลิกตีตราได้	
ข้อดี	1. มีเพื่อน	ข้อดี	1. สุขภาพแข็งแรง
	2. ช่วยให้นอนหลับ		2. ครอบครัวมีความสุข
	.		.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
ข้อเสีย	1. สุขภาพไม่แข็งแรง	ข้อเสีย	1. ไม่มีเพื่อน
	2. สิ้นเปลืองเงิน		2. นอนหลับยาก
	.		.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.

## กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) :จัดการดี ไม่มีปัญหา

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เรื่องหลักการแก้ไขปัญหา
2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาและทักษะการจัดการกับอารมณ์ที่

เหมาะสม

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

วิธีดำเนินกิจกรรม

องค์ประกอบ/ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
เปิดกลุ่ม (30 นาที)	1. ผู้บําบัดกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนการบ้านครั้งก่อน กำหนดเป้าหมายและกำหนดวาระในการบําบัดรักษาในครั้งนี้ว่าเป็นการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และการจัดตารางกิจกรรมประจำสัปดาห์	
ดำเนินกลุ่ม (30 นาที)	2. ผู้บําบัดประเมินภาวะอารมณ์ของสมาชิกโดยการใช้คำถาม“วันนี้คุณรู้สึกและคิดอย่างไร ต่อการเลิกดื่มสุรา” 3. ผู้บําบัดให้สมาชิกค้นหาปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตัวเองในปัจจุบันและให้บอกแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวและเขียนสรุปเป็นประเด็นสำคัญๆ บนกระดานไว้ หลังจากนั้นให้ผู้สมาชิกได้พัก	
พัก 10 นาที		
ดำเนินกลุ่ม (ต่อ) (30 นาที)	4. ผู้บําบัดให้สมาชิกเรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม ตามใบความรู้ที่5เรื่องทักษะการแก้ไขปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ 5. ผู้บําบัดร่วมกับสมาชิกประเมินวิธีการแก้ไขปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ที่เคยใช้ว่าเหมาะสมหรือไม่ และให้ฝึกทักษะตามใบงานที่ 5.1 การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ 6. ผู้บําบัดอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด และให้กำลังใจให้ความมั่นใจกับสมาชิกว่าทุกปัญหามีทางออก แต่สิ่งสำคัญคือเราได้แก้ปัญหานั้นได้ตรงกับสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาและมีการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสมหรือไม่	1. ใบความรู้ที่ 5 เรื่องทักษะการแก้ไขปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ 2. ใบงานที่ 5.1 การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา

องค์ประกอบ/ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
สรุปกลุ่ม (20 นาที)	7. ผู้บำบัดมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดบันทึกกิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละวันและนำมาเสนอในครั้งต่อไป 8. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมครั้งนี้ และให้ข้อมูลย้อนกลับ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และนัดหมายครั้งต่อไป	3. ใบงานที่ 5.2 แบบบันทึกการจัดตารางกิจกรรมประจำสัปดาห์

#### การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถบอกหลักการแก้ไขปัญหาได้
2. สมาชิกสามารถระบุแนวทางแก้ไขปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสมได้ถูกต้อง

#### ใบความรู้ที่ 5 เรื่อง ทักษะการแก้ไขปัญหาและการจัดการกับอารมณ์

##### ทักษะการแก้ไขปัญหา

การเรียนรู้ทักษะการแก้ไขปัญหา ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญในช่วยการป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ โดยเน้นการแก้ไขปัญหที่ต้นเหตุแห่งปัญหาที่แท้จริง มีขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ดังนี้

##### การจัดการกับอารมณ์

## ใบงานที่ 5.1 เรื่องการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและการจัดการกับอารมณ์

### 5.1 อ่านเรื่องของ “นาย ก” และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา

นาย ก อายุ 20 ปี โสศ จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ไม่มีงานทำ อยู่บ้านเฉยๆ กับพ่อ นาย ก อยู่กับพ่อสองคน พ่อแยกทางกับแม่ตั้งแต่จ้กรยังเด็ก พ่อของนาย ก มีนิสัยดุ ใจแข็ง ขณะที่ นาย ก เป็นคนอารมณ์อ่อนไหวง่าย ชอบเที่ยวกับเพื่อน กลับบ้านดึกและถูกพ่อดุเป็นประจำ นาย ก คบกับผู้หญิงคนหนึ่งเป็นแฟนมาประมาณ 6 เดือน แต่พ่อไม่ค่อยชอบเพราะไปปรึกษาหมอดู หมอดูบอกว่าแฟนที่คบกันอยู่ จะอยู่ด้วยกันไม่ยืด พ่อจึงหาผู้หญิงคนใหม่มาให้ แต่นาย ก ไม่ชอบ เพราะผู้หญิงที่ทำให้ชอบเล่นการพนันแต่พ่อไม่รู้ คิดว่าเป็นคนดี นาย ก จึงทะเลาะกับพ่อทุกวัน นาย ก จะออกไปหาเพื่อนและชวนกันไปดื่มสุรา ระยะหลังมานี้ นาย ก ดื่มสุราหนักมากขึ้นทุกวัน จนถูกคนแถวบ้านบอกให้มารักษาตัว

5.1.1 ถ้าท่านเป็นนาย ก ท่านจะอย่างไร ให้ท่านฝึกการแก้ปัญหาโดยใช้ทักษะการแก้ไขปัญหา

.....

.....

5.1.2 ถ้าท่านเป็นนาย ก ท่านจะจัดการกับอารมณ์โดยใช้ทักษะการจัดการกับอารมณ์อย่างไร

.....

.....

ใบงานที่ 5.2 แบบบันทึก การจัดการตารางกิจกรรมประจำสัปดาห์  
สัปดาห์ที่.....

วัน.....วันที่.....	
ช่วงเช้า	ช่วงเย็น
วัน.....วันที่.....	
ช่วงเช้า	ช่วงเย็น

## กิจกรรมครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 10) : ปฏิบัติ ป้องกันได้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ สามารถหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์เสี่ยงสูงที่จะกลับมาติดสุราซ้ำ
2. เพื่อให้สมาชิกมีแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

### วิธีดำเนินกิจกรรม

องค์ประกอบ/ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
เปิดกลุ่ม (30 นาที)	1. ผู้บ้นัดกล่าวทักทายสมาชิก ถามเรื่องทั่วไป 2. ผู้บ้นัดกระตุ้นถามสมาชิกถึงปัญหา และอุปสรรคหรือตัวกระตุ้นที่จะทำให้สมาชิกกลับไปดื่มสุราซ้ำ 3. ผู้บ้นัดทบทวนการบ้านในครั้งก่อน กำหนดเป้าหมายและประเด็นการพูดคุยในครั้งนีว่าเป็นการเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติและฝึกการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ 4. ผู้บ้นัดประเมินภาวะอารมณ์ของสมาชิกถามสมาชิกว่า “วันนี้คุณรู้สึกและคิดอย่างไร ต่อการเลิกดื่มสุรา”	
ดำเนินกลุ่ม (30 นาที)	5. ผู้บ้นัดกระตุ้นถามสมาชิกในกลุ่มว่ามีวิธีการหลีกเลี่ยงอย่างไรบ้างเพื่อไม่ให้กลับไปติดสุราซ้ำ 6. ผู้บ้นัดเขียนคำตอบที่ได้จากสมาชิกในกลุ่มลงในกระดาษพร้อมทั้งอธิบายความรู้เพิ่มเติมในใบความรู้ เรื่อง การป้องกันการกลับไปติดซ้ำและสรุปสิ่งสำคัญจากกิจกรรมข้างต้นและให้สมาชิกพัก 10 นาที	1. กระดานไวท์บอร์ด 2. ปากกาเขียนไวท์บอร์ด 3. ใบความรู้ที่ 6 การป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ
พัก 10 นาที ดำเนินกลุ่ม (ต่อ) (30 นาที)	7. ผู้บ้นัดให้สมาชิกแบ่งเป็นกลุ่มย่อยสองกลุ่ม ๆ 5 คนและให้สมาชิกช่วยกันอภิปรายในประเด็นตามแบบกิจกรรมการป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำในข้อ 1 และข้อ 2 ว่าในชีวิตประจำวันของคุณมีสถานการณ์หรือเหตุการณ์อะไรบ้าง ที่ทำให้มีโอกาสหรือมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับไปติดสุราซ้ำและถ้าสมมุติว่าคุณเป็น “นาย ก” จากสถานการณ์ที่	



องค์ประกอบ/ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
<p>สรุปลุ่ม (20 นาที)</p>	<p>ให้อ่านคุณจะมีแนวทางการปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ</p> <p>8. ผู้บำบัดจัดฉากให้สมาชิกร่วมแสดงบทบาทสมมติตามใบกิจกรรมในข้อที่ 3 ว่ากำลังนั่งดื่มสุรา มีขวดเหล้า เบียร์วางที่โต๊ะและชวนเพื่อนๆ ดื่มสุรา หลังจากนั้นผู้บำบัดให้สมาชิกได้ฝึกพูดปฏิเสธเพื่อนอย่างเหมาะสม และร่วมกันสรุปทักษะต่างๆที่เหมาะสมในการจัดการกับตัวกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงนั้นๆ ตามใบความรู้เรื่องการป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ</p> <p>9. ผู้บำบัดมอบหมายการบ้านให้ผู้สมาชิกบันทึกกิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละวันและนำมาเสนอในครั้งต่อไป</p> <p>10. ผู้บำบัดสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมครั้งนี้ ให้ข้อมูลย้อนกลับ พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่สมาชิกทุกคน และนัดหมายครั้งต่อไป</p>	<p>4. การแสดง บทบาทสมมติ</p> <p>5. ใบงานที่ 6 แบบบันทึก กิจกรรมประจำวัน</p>

#### การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถบอกถึงสถานการณ์เสี่ยงสูงที่จะกลับมาติดสุราซ้ำได้
2. สมาชิกสามารถบอกแนวทางการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปติดสุราซ้ำได้

### ใบงานเรื่อง การป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ

ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน และให้ทุกคนช่วยกันวิเคราะห์จากประเด็นดังกล่าว และนำมาอภิปรายร่วมกัน ใช้เวลา 20 นาที

1. ในชีวิตประจำวันของคุณมีสถานการณ์หรือเหตุการณ์อะไรบ้าง ที่ทำให้คุณมีโอกาสหรือมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับไปติดสุราซ้ำ

.....

.....

.....

.....

2. จากสถานการณ์นี้ถ้าท่านเป็นนาย “พ” ท่านควรปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ

นาย พ อายุ 35 ปี สถานภาพหย่าร้าง จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ทำงานรับจ้าง อาศัยอยู่กับมารดาอายุ 60 ปี มารดาของนาย พ มีนิสัยจู้จี้ ขี้บ่น ปากร้าย ขณะที่นาย พ เป็นคนขี้เกรงใจ อ่อนไหวง่าย ชอบไปเที่ยวนอกบ้านและเวลาว่างนั่งสรรคในหมู่บ้าน และถูกแม่ดูทุกวัน เกิดความรู้สึกเครียด เบื่อเซ็งชีวิต ไม่อยากทำงาน นาย พ ทะเลาะกับมารดาบ่อยขึ้นทุกวัน ทุกครั้งที่ทะเลาะกับแม่ นาย พ ก็จะไปดื่มสุรากับเพื่อนเพื่อแก้เครียด กลับบ้านดึก และดื่มหนักมากขึ้นจนป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคติดสุรา

.....

.....

.....

.....

.....

3. ให้ท่านหาวิธีการจัดการและคิดคำพูดที่จะปฏิเสธเพื่อนอย่างถูกวิธี เมื่อเพื่อนชวนไปดื่มสุรา

เมื่อคุณได้รับเชิญไปงานบวชญาติของมารดา และทราบว่าเจ๊ญาติพี่น้องมาร่วมงานหลายคน และญาติก็ได้ชวนคุณดื่ม โดยบอกว่า “คืนนี้ต้องเมา เอาให้หายคิดถึง”

คำตอบ.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ใบความรู้ที่ 6 เรื่อง การป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ

### 1. ธรรมชาติของการติด

### 2. สถานการณ์เสี่ยงต่อการติดซ้ำ

การกลับไปติดซ้ำมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่มีขั้นตอนมากกว่าที่จะเป็นความล้มเหลวของการเปลี่ยนแปลงซึ่งกระบวนการกลับติดซ้ำประกอบด้วยเหตุการณ์ทั้งภายนอกและภายในบางครั้งผู้ป่วยอาจจะพลั้งเผลอหรือเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝัน

### ใบงานที่ 6 แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน

คำแนะนำ: ให้สังเกตและบันทึกเมื่อมีสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน คุณอาจจะใช้เวลาในตอนเย็นทบทวนเหตุการณ์ประจำวัน แล้วบันทึกลงในตารางและบันทึกทุกวัน/ทุกครั้งที่มีสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุรา

วัน/เดือน/ปี	เหตุการณ์/ตัวกระตุ้น	ความคิด/ความเชื่อ	ความรู้สึก/อารมณ์	พฤติกรรม/สิ่งที่คุณทำ
ตัวอย่าง 2 ม.ค. 58	เพื่อนชวนดื่มสุรา หลังเลิกงาน	“ดื่มให้หายเหนื่อย ทำงานทั้งวัน”	รู้สึกดี หายเหนื่อย เมื่อดื่มสักแก้ว	เดินเข้ามาร่วมดื่ม สุรากับเพื่อน
.	.	.	.	.
.	.	.	.	.
.	.	.	.	.
.	.	.	.	.

## กิจกรรมครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 12) : บอกเล่าเรื่องสุรา

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจกิจกรรมการบำบัดทั้งหมดที่ผ่านมา
2. เพื่อประเมินผลการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม พร้อมทั้งยุติการบำบัด

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

### วิธีดำเนินกิจกรรม

องค์ประกอบ/ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
เปิดกลุ่ม (30 นาที)	1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายสมาชิกและซักถามสิ่งที่เกิดขึ้นในวันที่ผ่านมา 2. ผู้บำบัดพูดคุยซักถามสมาชิกถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผ่านมาตั้งแต่ครั้งที่1- 6 3. ผู้บำบัดให้สมาชิกบอกประโยชน์จากการได้เข้าร่วมกิจกรรม และกำหนดเป้าหมายและกำหนดวาระในการบำบัดรักษาในครั้งนี้ว่าเป็นการทบทวนความรู้ความเข้าใจกิจกรรมการบำบัดทั้งหมดที่ผ่านมา พร้อมทั้งประเมินผลและยุติการบำบัด	
ดำเนินกลุ่ม (30 นาที)	4. ผู้บำบัดประเมินภาวะอารมณ์ของผู้รับการบำบัดโดยใช้คำถาม “วันนี้คุณรู้สึกและคิดอย่างไรต่อการจัดตารางกิจกรรมประจำวัน” 5. ผู้บำบัดให้สมาชิกพูดถึงความรู้สึกของตัวเองต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และถามความคิดเห็นต่อการบำบัดทั้งหมดที่ผ่านมา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม 6. ผู้บำบัดร่วมกับสมาชิกทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้ารับการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรม หลังจากนั้นให้สมาชิกพัก 10 นาที	
พัก 10 นาที		

องค์ประกอบ/ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
ดำเนินกลุ่ม ต่อ (30 นาที) สรุปกลุ่ม (20 นาที)	<p>7. ผู้บำบัดสรุปโปรแกรมการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมทั้งหมด และให้สมาชิกตอบแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดสุราซ้ำ</p> <p>8. ผู้บำบัดมอบรางวัลแก่ผู้รับการบำบัดทุกคนเพื่อเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ กล่าวชมเชยสมาชิกที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาในการบำบัดและให้กำลังใจทุกคนให้สามารถเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งยุติสัมพันธภาพ</p>	<p>1. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดสุราซ้ำ</p> <p>2. ของรางวัลสำหรับสมาชิกทุกคน</p>

#### การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถบอกวิธีการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมได้ถูกต้องและสามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดที่เหมาะสมได้
2. สมาชิกมีความมั่นใจในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

## ส่วนที่ 5 โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม

โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยทำการบำบัดเป็นรายกลุ่ม มีทั้งหมด 7 กิจกรรม ภายในระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ใช้เวลาบำบัดกิจกรรมละ 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ผู้รับการบำบัดได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการ ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมทุกครั้งและให้ผู้รับการบำบัดกลับไปฝึกที่บ้าน ซึ่งโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะเหมือนดังกล่าวนั้นแล้วข้างต้น สำหรับโปรแกรมการสร้างจินตนาการ ผู้วิจัยใช้แผ่นวีดีโอการผ่อนคลายความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเทปบันทึกเสียงและให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามดังต่อไปนี้ก่อนเข้านอนฝึกทำร่างกายและจิตใจให้สงบผ่อนคลายด้วยการสวดมนต์ ภายหลังสวดมนต์ ให้นอนราบในท่าที่สบาย ปล่อยมือและแขนตามสบายสำรวจตัวเองตั้งแต่ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ ไหล่ ทรวงอก ช่องท้อง หลัง สะโพก ต้นขา น่องและเท้า ถ้ายังไม่สบายให้ขยับอยู่ในท่าที่สบาย เมื่ออยู่ในท่าที่สบาย ค่อย ๆ หลับตา หายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ แล้วหายใจออก ทุกครั้งที่หายใจเข้าให้นึกคำว่า “ผ่อนคลาย” หายใจออกให้นึกคำว่า “คลาย” ผ่อน....คลาย....

นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย ปล่อยมือและแขนตามสบาย สำรวจตัวเองตั้งแต่ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ ไหล่ ทรวงอก ช่องท้อง หลัง สะโพก ต้นขา น่องและเท้า ถ้ายังไม่สบายให้ขยับอยู่ในท่าที่สบาย เมื่ออยู่ในท่าที่สบาย ค่อย ๆ หลับตา หายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ แล้วหายใจออก ทุกครั้งที่หายใจเข้าให้นึกคำว่า “ผ่อนคลาย” หายใจออกให้นึกคำว่า “คลาย” ผ่อน....คลาย....

เริ่มต้นจากปลายเท้าโดยรู้สึกว่าคุณรู้สึกผ่อนคลายทั้งสองข้างของคุณรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนขึ้นมาที่น่อง ขณะนี้น่องทั้งสองข้างของคุณผ่อนคลาย.... ความรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนมาที่ต้นขาทั้งสองข้างและสะโพก ขณะนี้ต้นขาทั้งสองข้างและสะโพกของคุณรู้สึกผ่อนคลาย...กระแสรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนมาที่ช่องท้องและทรวงอก ขณะนี้ช่องท้องและทรวงอกของคุณรู้สึกผ่อนคลาย...การผ่อนคลายของคุณเป็นไปอย่างช้า ๆ หายใจลึกและสม่ำเสมอ คุณรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นไปอีก ขณะนี้ทรวงอกของคุณรู้สึกผ่อนคลายและสบายต่อไป มุ่งความสนใจที่บริเวณใบหน้าคุณรู้สึกได้ว่าใบหน้าของคุณรู้สึกผ่อนคลาย...เพ่งความสนใจไปที่บริเวณคิ้วและรอบๆดวงตาทั้งสองข้าง ขณะนี้คิ้วและรอบๆดวงตาทั้งสองข้างกำลังผ่อนคลาย ความรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนมาที่บริเวณแก้มทั้งสองข้าง ขณะนี้แก้มทั้งสองข้างรู้สึกผ่อนคลาย ความรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนมาที่ริมฝีปาก ขากรรไกรด้านบนและด้านล่างทั้งสองข้างไหล่และลำคอ ขณะนี้ปาก ฝีปาก ขากรรไกรด้านบนและด้านล่างทั้งสองข้างไหล่และลำคอรู้สึกผ่อนคลาย และความรู้สึกผ่อนคลายเลื่อนมาที่แขนตลอดจนถึงปลายมือทั้งสองข้างขณะนี้แขนและปลายมือทั้งสองข้างของคุณรู้สึกผ่อนคลายเช่นเดียวกัน

ต่อไปขอให้มุ่งความสนใจไปที่หัวใจ โดยนึกถึงหัวใจที่มีลักษณะเหมือนรูปจำลอง หัวใจอยู่บริเวณหน้าอกข้างซ้าย มีหลอดเลือดมาเลี้ยงหัวใจ แต่ละเส้นคล้ายท่อน้ำเล็กๆที่ให้เลือดไหลผ่าน มองเห็นภายในหลอดเลือด ซึ่งมีความยืดหยุ่นจะเห็นเลือดไหลเวียนอย่างสะดวกและต่อเนื่อง ทำให้หัวใจสามารถบีบตัวอย่างเป็นจังหวะ เลือดสามารถไหลผ่านไปเลี้ยงร่างกายได้โดยตลอด ขณะนี้มองเห็นตัวเองมีการไหลเวียนของเลือดที่ผ่านหัวใจเป็นปกติ สุขภาพร่างกายแข็งแรง และพละทานามัยสมบูรณ์ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและทำงานได้ปกติ

ขั้นต่อไปขอให้จินตนาการมองเห็นตัวเองอยู่ในสวนดอกไม้ที่สวยงามและร่มรื่นแห่งหนึ่งท้องฟ้าสีฟ้าแจ่มใส มีสนามหญ้าสีเขียวขจี มีดอกไม้หลากสีนานาชนิดที่คุณชื่นชอบ สีชมพู สีเหลือง สีแดง สีม่วง สีส้ม เต็มไปหมด มองเห็นลำธารที่มีน้ำใสไหลเอื่อยๆ รู้สึกถึงสายลมที่พัดมาสัมผัสผิวกายเบา ๆ นำความสดชื่นและเย็นสบายมาให้ มองไปรอบบริเวณนั้น มองเห็นสถานที่ที่หนึ่งดูสงบร่มเย็น น่าอนพัก จึงค่อยๆเดินไปยังสถานที่ตรงนั้น เมื่อไปถึงค่อยๆ ทรวดตัวลงนั่ง และค่อยๆเอนตัวลงนอน หลับตา รู้สึกถึงความสงบสบาย และผ่อนคลาย ขอให้อยู่กับความสงบ สบายและผ่อนคลายสักครู่ หลังจากนั้นเปลี่ยนความคิดและจินตนาการเชิงสร้างสรรค์เป็นการนำความสนใจกลับมาสู่สภาพแวดล้อมรอบๆตัวขณะนี้ รับรู้ได้ถึงความสุข ความสงบ และความผ่อนคลายที่ติดตัวมา ขอให้นับในใจ 1-2-3-4-5 แล้วสูดลมหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ คุณรู้สึกสบายและสดชื่นขึ้นแล้ว ค่อยๆลืมตา

## ภาคผนวก ง

ตารางแสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรา ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม

Source of Variance	SS	df	Mean Square	F	p-value
Between Groups	22.008	2	.647	.937	.573**
Within Groups	37.922	87	.691		
Total	60.000	89			

\*\*p > .05

จากตารางที่ 2 พบว่าการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุรา ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - Way ANOVA) มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาคผนวก จ  
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

## ผู้ทรงคุณวุฒิ

## สังกัด

ผศ. ดร. นุชนาถ บรรทมพร	กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ ดร. กนกอร ชาวเวียง	ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
นายแพทย์ธงชัย วชิรพิณพง	กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
นางสาวสวัสดี เทียงธรรม	กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางบุษกร วรากรอมรเดช
วันเดือนปีเกิด	13 กันยายน 2522
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ประกาศนียบัตรฝึกอบรม/สัมมนาตามหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จากโรงพยาบาลศรีธัญญา พ.ศ. 2552
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
ประสบการณ์ทำงาน	พ.ศ. 2545 พยาบาลประจำการ ตึกกรองจิต โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ พ.ศ. 2551 พยาบาลประจำการ ตึกเฟื่องฟ้า โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ พ.ศ. 2558 พยาบาลรองหัวหน้าหอ ตึกพุทธรักษา โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์