

ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิด  
และพฤติกรรมต่อการป้องกันพฤติกรรมการติดยาในผู้ป่วยติดสุรา\*

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

บุษกร วรกรอมรเดช, พยบ. (Butsakorn Warakornamordech, BNS.)\*\*

มรรยาท รุจิวิชญ์, Ph.D. (Manyat Ruchiwit, Ph.D.)\*\*\*

ชมชื่น สมประเสริฐ, วท.ค. (Chomchuen Somprasert, Ph.D.)\*\*\*

**Abstract**

**Objective:** To study effects of using autogenic training program together with cognitive behavior therapy on preventing the relapse behaviors of patients with alcohol dependence.

**Methods:** Subjects for this Quasi - experimental research were 90 alcoholic men at post-hospital discharge from Hospital for no longer than 6 months. The subjects were divided into three groups of thirty subjects in each. They were randomly assigned into two experimental groups and a control group. Experimental group 1 received cognitive behavioral therapy while experimental group 2 participated in the autogenic training program together with the cognitive behavior therapy, and the control group received routine nursing care. The experiment was conducted over a period of 12 weeks. Research instruments used to measure the dependent variable in this study was

the alcoholics' relapse prevention questionnaires. Data were analyzed using Chi-square statistics, t-test statistics, ANOVA statistics, and post hoc comparison by Scheffe.

**Result:** Experimental group 1 had post-test mean relapse prevention scores higher than pre-test scores with a statistical significance at  $p < .001$ . The experimental group 2 had post-test mean relapse prevention scores higher than pre-test scores with a statistical significance at  $p < .001$ , and control group that received routine nursing care had different mean pre- and post-relapse prevention scores with a statistical significance at  $p < .05$

**Conclusion:** Experimental group received cognitive behavioral therapy had the highest mean relapse prevention scores, followed by the experimental group that received the autogenic training program together with the cognitive

\* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\*\* Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพ E-mail; Butsakorn\_maw@hotmail.com

\*\*\* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

behavior therapy and the control group that received routine nursing care.

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

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการป้องกันพฤติกรรม การติดยาในผู้ป่วยติดสุรา

**วิธีการศึกษา:** การวิจัยกึ่งทดลองนี้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยติดสุราที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 90 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 30 คน ทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือใช้แบบประเมินคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดยา ระยะเวลาทดลอง 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ สถิติทดสอบค่าที่ สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว(one-way ANOVA) และทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

**ผลการศึกษา:** พบว่ากลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดยาหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$  กลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดยาหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$  และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

ป้องกันการติดยาหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$

**สรุป:** กลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดยาสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมตามลำดับ

**คำสำคัญ:** การสร้างจินตนาการ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยติดสุรา การป้องกันการติดยา

### ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มที่จะดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น เพราะผู้ดื่มสุรามีเหตุผลในการดื่มที่หลากหลาย เช่น ดื่มสุราทำให้เกิดความกล้า คิดว่าการดื่มสุราเป็นเอกลักษณ์ของตน ดื่มสุราแล้วสบายใจ หลับง่าย ซึ่งเมื่อใช้นานๆ จนทำให้ป่วยด้วยโรคติดสุรา ซึ่งการดื่มสุราเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ เกิดโรคจิตจากพิษสุรา โรคติดสุรา ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว สังคม และต่อประเทศชาติ ผู้ที่เข้ารับการบำบัดเมื่อพ้นระยะถอนพิษสุราและได้รับการบำบัดทางจิตสังคมแล้ว ผู้ป่วยอาจหยุดหรือลดการดื่มได้ระยะหนึ่ง ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยที่ติดสุรา แต่ยังคงพบผู้ป่วยร้อยละ 80 กลับไปดื่มสุราซ้ำ (Bradizza, Stasiewicz, & Paas, 2006; Witkiewitz & Marlatt, 2004) ซึ่งปัญหาที่เลิกดื่มไม่ได้คือการกลับไปดื่มซ้ำในช่วง 6-12 เดือนแรก เพราะสมองยังไว้กับสุรามาก การกลับไปติดสุราซ้ำมักเริ่มจากผู้ป่วยอาจมีอาการที่เปลี่ยนไปได้ง่าย เช่น หงุดหงิด เครียดง่าย ไม่สนใจดูแลตัวเองและต้องกลับเข้ารับการรักษาในสถาน

บำบัดซ้ำถึงร้อยละ 45-60 (สถาบันจิตเวชศาสตร์, 2550)

ในปี พ.ศ. 2554-2556 พบว่า โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาประชาชนครินทร์มีผู้ป่วยโรคติดสุราที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 389, 392 และ 366 คน ตามลำดับ และผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับมาดื่มสุราซ้ำและต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 7.5, 5.0, และ 6.2 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาประชาชนครินทร์, 2556) หลังจากการบำบัดผู้ป่วยติดสุรายังพบว่าผู้ที่ติดสุราแล้วมักจะไม่สามารถเลิกดื่มได้โดยง่ายมีการกลับไปดื่มซ้ำอีก 90% ของผู้ติดสุรา (Polich, Armor, & Braiker, 1981) ปัญหาการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ติดสุรา จึงนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ สาเหตุที่ผู้ป่วยติดสุราแล้วกลับไปดื่มซ้ำ จากการศึกษาของ Marlatt and Gordon (1985) พบว่าการที่ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำเพราะว่าไม่สามารถที่จะจัดการตนเองได้ในสถานการณ์เสี่ยงสูง เช่น อารมณ์ที่ไม่ดี ความสัมพันธ์ที่เป็นปัญหา แรงกดดันจากสังคมและการเผชิญกับตัวกระตุ้นสิ่งเร้า รวมถึงคาดหวังผลดีของการดื่มสุรา ทำให้เกิดความรู้สึกสบาย ไม่ต้องรับรู้ถึงปัญหา ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ

ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดพื้นฐานความคิดและพฤติกรรมของเบค (Beck, 1993) ซึ่งมีความเชื่อว่ารูปแบบความคิดเกิดจากความเชื่อที่เรียกว่าความเชื่อระดับลึก (core belief) เป็นความเชื่อที่ฝังแน่นมาของคนๆ นั้น ความเชื่อที่แฝงอยู่นี้จะแสดงให้เห็นเมื่อมีสิ่งกระตุ้น และจะออกมาในรูปแบบความคิดอัตโนมัติ ความคิดที่ผุดขึ้นในสมองบ่อยๆ เรียกความคิดเหล่านั้นว่า “ความคิดอัตโนมัติ” (พิชัย แสงชาญชัย, 2544) ความคิดที่เกิดขึ้นเป็นความคิดที่มีเนื้อหาบิดเบือน ซึ่งเกิดขึ้น

อัตโนมัติไม่สามารถควบคุมได้ เช่น คิดว่าสุราช่วยทำให้มีความรู้สึกในทางบวก เช่น สดชื่น สนุกสนาน ก็จะทำให้เพิ่มความเชื่อในความคิดเหล่านั้นว่าถูกต้อง ส่งผลกระทบด้านอารมณ์และพฤติกรรม จึงยังคงใช้สุราต่อไปหรืออาจเพิ่มมากขึ้น โดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมนี้ช่วยให้บุคคลที่มีความเชื่อและพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ให้บุคคลนั้นมีความคิด ความเชื่อที่ถูกต้อง สามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสร้างจินตนาการเพื่อผ่อนคลายความเครียดมาใช้ร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการจินตนาการ (autogenic training) เป็นอีกวิธีหนึ่ง มรรยาท รุจิวิษญู (2556) กล่าวว่า จินตนาการมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการควบคุมความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความคิดและจินตนาการเป็นปัจจัยกระตุ้นสภาพอารมณ์ จินตนาการสร้างสรรค์ทำให้อารมณ์ปลดปล่อย รู้สึกสบาย เมื่อเกิดภาวะสงบหรือผ่อนคลาย ทำให้ร่างกายมีความพร้อมที่จะรับคำแนะนำต่างๆ สอดคล้องกับกนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2557) กล่าวว่าวิธีผ่อนคลายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสร้างจินตนาการ การทำสมาธิ ฯลฯ ช่วยลดการเร้าอารมณ์ในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ระบบสมองส่วนลิมบิก (limbic) ถูกกระตุ้นน้อยลง ความเครียดทางอารมณ์จึงลดลงไป และก็จะรู้สึกดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์โดยนำโปรแกรมการสร้างจินตนาการมาร่วมใช้ในการบำบัดก่อนได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

เป็นเวลา 20 นาที และให้ผู้ป่วยไปฝึกที่บ้านทุกวัน ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย ส่งผลให้มีความพร้อมเข้าสู่กระบวนการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในการศึกษาวิจัยกับผู้ป่วยนอกที่เป็นผู้ป่วยติดสุรา ยังพบว่า มีงานวิจัยค่อนข้างน้อย และส่วนใหญ่ นำไปใช้ในการบำบัดแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้ ยังไม่พบว่ามี การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการ บำบัดความคิดและพฤติกรรมและโปรแกรมการ สร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและ พฤติกรรม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้ โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรม การป้องกัน การติดยาในผู้ป่วยติดสุรา เพื่อนำผลจากการวิจัย ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดยาของ ผู้ป่วยต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกัน การติดยาในผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังได้รับการ บำบัดความคิดและพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกัน การติดยาในผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัด ความคิดและพฤติกรรม
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกัน การติดยาในผู้ป่วยติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ บำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลปกติ

### สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการบำบัดความคิด และพฤติกรรมจะมีคะแนนของพฤติกรรม การป้องกัน การติดยาสูงกว่าก่อนได้รับการบำบัด ความคิดและพฤติกรรม
2. ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการโปรแกรมการสร้าง จินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและ พฤติกรรมจะมีคะแนนของพฤติกรรม การป้องกัน การติดยาสูงกว่าก่อนได้รับการโปรแกรมการสร้าง จินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและ พฤติกรรม
3. ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการบำบัดความคิด และพฤติกรรม โปรแกรมการสร้างจินตนาการ ร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และที่ ได้รับ การพยาบาลตามปกติ หลังการทดลองมีคะแนน พฤติกรรม การป้องกัน การติดยาแตกต่างกัน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบ 3 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง การทดลอง (three group pretest - posttest design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 20-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา โดยที่ผู้ป่วยทั้งหมดเคยได้รับการบำบัดรักษาที่ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ และมีระยะเวลาการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่เกิน 6 เดือน มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดสุรา หลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์ไม่เกิน 6 เดือน เพศชาย อายุ 20-60 ปี โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับ

ความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 % หรือระดับนัยสำคัญ .05 ใช้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .33 และได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G Power 3.1.5 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน ต้องการกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Gray, Grove, & Burns, 2013) เพื่อเป็นการทดแทนเมื่อมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างกลางคัน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 92 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเท่ากันจึงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จับสลากเลือกอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา 3 อำเภอ จากจำนวน 5 อำเภอ ที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอในการที่จะทำการศึกษา แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มจะทำการทดลองพร้อมกัน 12 สัปดาห์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### ชุดที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ติดเชื้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองบางส่วน จำนวน 20 ข้อ โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .84

#### ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 1) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งได้ประยุกต์มาจากแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเบ็คและคณะ (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993) โดยผู้วิจัยนำมาปรับใช้และให้การบำบัดเป็นแบบกลุ่ม 2) โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยโปรแกรมการสร้างจินตนาการใช้แผ่นวีดีโอการผ่อนคลายความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเทปบันทึกเสียงและให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตาม ก่อนได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทุกครั้ง เป็นเวลา 20 นาที และให้กลับไปฝึกทำต่อที่บ้านทุกวัน ซึ่งทั้ง 2 โปรแกรมนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน แล้วนำไปทดลองกับผู้ป่วยติดเชื้อที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย จำนวน 10 คน

### วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน 2558 ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัว จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถึงสาธารณสุขอำเภอที่ทำการศึกษ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการศึกษา

วิจัย โดยใช้สถานที่ในโรงพยาบาลชุมชนที่ 1 โรงพยาบาลชุมชนที่ 2 และโรงพยาบาลชุมชนที่ 3

1.2 หลังได้รับการอนุมัติจากสาธารณสุขอำเภอแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 แห่งและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ หลักการขั้นตอนการบำบัดกลุ่มเป้าหมายและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนประสานขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากเวชระเบียนของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ และทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองที่ 1, 2 และกลุ่มควบคุม โดยให้ได้จำนวนกลุ่มละ 30 คน

1.4 แจกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 แห่งทราบล่วงหน้า เพื่อขอความร่วมมือและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาพร้อมกัน ในวันปฐมนิเทศก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ โดยนักกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองที่ 1 เวลา 9.00-10.00 น. ในวันพฤหัสบดีสัปดาห์ที่ 2 ของโรงพยาบาลชุมชนที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 เวลา 9.00-10.00 น. ในวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 ของโรงพยาบาลชุมชนที่ 2 และกลุ่มควบคุม เวลา 9.00-10.00 น. ในวันเสาร์สัปดาห์ที่ 2 ของโรงพยาบาลชุมชนที่ 3 ณ ห้องประชุมของแต่ละโรงพยาบาล

1.5 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ให้มาเข้าร่วมโครงการในสัปดาห์ถัดไปตามวันและเวลาที่กำหนด ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง ส่วนกลุ่มควบคุมนัดมาให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดสุราในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มๆ ละ 15 คน ประเมินเวลา

9.00-11.00 น. และเวลา 13.00 -15.00 น. ณ ห้องโรงพยาบาลชุมชนแห่งที่ 3

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

การวิจัยนี้ดำเนินการทดลองเป็นกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 30 คน ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ทุกวันเสาร์ 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 ได้รับการโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ทุกวันอาทิตย์ 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

การบำบัดประกอบด้วย 7 กิจกรรมๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยดำเนินการพร้อมกันทั้งหมด 12 สัปดาห์ และให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่หลังได้รับการบำบัดครบ ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ไม่ได้รับการบำบัดดังกล่าวข้างต้น และนัดมาให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสุราซ้ำ ในวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 12 แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มๆ ละ 15 คน ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลชุมชนแห่งที่ 3 และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อป้องกันผลเสียและปัญหาที่อาจจะเกิดกับกลุ่มตัวอย่าง มีการชี้แจงข้อมูลและเน้นถึงการรักษาความลับ โดยในการ

เก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์จะแสดงเป็นภาพรวม และใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติทดสอบค่าทีและสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (one-way ANOVA) และการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ส่วนใหญ่มีอายุ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0, 73.3 ตามลำดับ รองลงมามีอายุ 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0, 26.7 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอายุ 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมามีอายุ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 ในกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ส่วนใหญ่

มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.0, 60.0 ตามลำดับ รองลงมาคือ สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 23.3, 30.0 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 36.7 โดยทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 100, 96.7, 90.0 ตามลำดับ

เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบ chi-square test พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) และเมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ ในกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ได้ผลการวิจัยแสดงตามตารางที่ 1-3 ดังต่อไปนี้

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ ในกลุ่มทดลองที่ 1 ก่อนและหลังการทดลอง ( $n = 30$ )

กลุ่มทดลองที่ 1	M	SD	df	t
ก่อนทดลอง	50.03	10.37	29	-8.586***
หลังทดลอง	73.87	9.13		

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

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อ กลุ่มทดลองที่ 1 ซึ่งได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 30 คนหลังการทดลอง

( $M = 73.87$ ,  $SD = 9.13$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 50.03$ ,  $SD = 10.37$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดยาในผู้ป่วยติดยา ในกลุ่มทดลองที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

กลุ่มทดลองที่ 2	M	SD	df	t
ก่อนทดลอง	48.70	10.15	29	-6.640***
หลังทดลอง	67.27	11.57		

\*\*\*p < .001

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม จำนวน 30 คน หลังการทดลอง (M = พฤติกรรมการป้องกันการติดยาในผู้ป่วยติดยา 67.27, SD = 11.57) สูงวก่อนการทดลอง (M = ในกลุ่มทดลองที่ 2 ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้าง 48.70, SD = 10.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ จินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและ ระดับ .001

**ตารางที่ 3** แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดยาในผู้ป่วยติดยาหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 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 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน หลังการทดลอง ทั้ง 3 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมี พฤติกรรมการป้องกันการติดยาในผู้ป่วยติดยา นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**ตารางที่ 4** แสดงการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดยาในผู้ป่วยติดยาระหว่าง กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 12 โดยวิธีการของ Scheffe

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

\*p < .05, \*\*\*p < .001



จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยติดสุรากลุ่มทดลองที่ 1 ซึ่งได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดยาสูงกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .001 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยติดสุรากลุ่มทดลองที่ 2 ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดยาสูงกว่ากับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดยาในผู้ป่วยติดสุราพบว่ากลุ่มที่ 1 ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มที่ 2 ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามลำดับ

### การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการติดยาในผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยติดสุรากลุ่มที่ 1 ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดยาหลังทดลอง ( $M = 73.87, SD = 9.13$ ) สูงกว่าก่อนทดลอง ( $M = 50.03, SD = 10.37$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 คือ ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการบำบัดความคิดและ

พฤติกรรม จะมีคะแนนของพฤติกรรมป้องกันการติดยาสูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผลการวิจัยตามตารางที่ 1 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีโครงสร้างที่ชัดเจน ประกอบด้วย การกำหนดประเด็น การตรวจสอบสภาพอารมณ์ การเชื่อมโยงประเด็น การเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดแสดงความคิดเห็น และการให้การบ้าน อีกทั้งผู้ป่วยยังได้เรียนรู้และฝึกทักษะการป้องกันการไปติดสุราซ้ำ โดยการแสดงบทบาทสมมุติว่ากำลังเจอเพื่อนนั่งดื่มสุราและให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกทักษะปฏิเสธเพื่อนอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยสมาชิกในกลุ่มช่วยกันเสนอคำพูดที่จะปฏิเสธเมื่อถูกเพื่อนชวนดื่มสุรา ซึ่งช่วงแรกผู้ป่วยจะมีอาการเคอะเขินไม่ค่อยกล้า แต่เมื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกพูดและทำซ้ำบ่อยๆ ทำให้เห็นความแตกต่างว่า มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ดีขึ้น ผู้ป่วยกล้าพูดปฏิเสธโดยไม่เคอะเขินสอดคล้องกับทฤษฎีบทปียะกะ (2544) ที่ได้กล่าวใน “คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดระบบจิตสำนึกสำหรับประเทศไทย” ว่าเป็นผลของการฝึกซ้อมและทำซ้ำบ่อยๆ จนเกิดความชำนาญ เมื่อวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดพบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ก็จะสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ไม่มีความเคอะเขิน ส่งผลให้มีการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม โดยไม่กลับไปติดสุราซ้ำ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการติดยาในผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยติดสุรากลุ่มที่ 2 ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดยาหลังทดลอง ( $M =$

67.27, SD= 11.57) สูงกว่าก่อนทดลอง (M=48.70, SD= 10.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 2 คือ ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะมีคะแนนของพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผลการวิจัย ตามตารางที่ 2 ซึ่งอธิบายได้ว่าก่อนการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทุกครั้ง ผู้รับการบำบัดได้ฝึกโปรแกรมการสร้างจินตนาการเป็นเวลา 20 นาที เป็นการเริ่มต้นของการผ่อนคลาย เพื่อให้เกิดสมาธิ ช่วยในการเรียนรู้ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับมาโนช หล่อตระกูล (2555) ได้พูดถึงวิธีการผ่อนคลายว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลรับมือกับความเครียดได้ และการศึกษาของตรีษฐราชฤทธิ์คุชดี (2555) พบว่า ค่าคะแนนความต่างของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการสร้างจินตนาการและการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยที่ติดสุรามีการกลับมาติดสุราซ้ำจากภาวะอารมณ์ที่ไม่ดี เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อเซ็ง ทำให้กลับไปดื่มซ้ำถึงร้อยละ 35 (แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา [พรส.] ,2557) การผ่อนคลายด้วยเทคนิคการจินตนาการ (autogenic training) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการควบคุมความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราในการดำเนินชีวิตประจำวัน (มรรยาทรุจิวิษชญ์, 2556) ความคิดและจินตนาการเป็นปัจจัยกระตุ้นสภาพอารมณ์ จินตนาการช่วยให้รู้สึก

สบาย กล้ามเนื้อของอวัยวะทุกส่วนผ่อนคลายเกิดภาวะสงบและมีสมาธิช่วยให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมด้วยจึงมีความสำคัญต่อการควบคุมความรู้สึกและพฤติกรรม สอดคล้องกับกนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2557) ที่กล่าวว่า วิธีผ่อนคลายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสร้างจินตนาการ การทำสมาธิ ฯลฯ ช่วยลดการเร้าอารมณ์ในระบบประสาทส่วนกลางทำให้ระบบสมองส่วนลิมบิก (limbic) ถูกกระตุ้นน้อยลง ความเครียดทางอารมณ์จึงลดลงไปและก็จะรู้สึกดีขึ้น จากที่กล่าวมาข้างต้นพอสรุปได้ว่าการฝึกสร้างจินตนาการสามารถช่วยให้พฤติกรรมก้าวร้าวและช่วยให้สมาธิดีขึ้น สามารถลดความวิตกกังวลลดความเครียด ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ไม่เครียดจากเหตุการณ์ที่กระตุ้นทำให้กลับไปติดสุราซ้ำ

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า ผู้ป่วยติดสุรากลุ่มที่ได้รับ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F(2, 87) = 76.86$ ) โดยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำสูงสุด รองลงมาคือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง

จินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามลำดับ ผลการวิจัยตามตารางที่ 3 และ ตาราง 4 ซึ่งอธิบายได้ว่า การฝึกสร้างจินตนาการนั้นเป็นการฝึกทางจิตแบบจิตคัมภาย (เจก ธนะศิริ, 2541) ซึ่งมีวิธีการฝึกที่ละเอียดลึกซึ้ง ผู้ที่ฝึกต้องมีความเข้าใจในการฝึก ถ้าผู้ฝึกยังไม่ชินกับการปฏิบัติหรือไม่เข้าใจรูปแบบการฝึก ก็เปรียบเสมือนน้ำในแก้วที่ขุ่นมัว มีตะกอนมาก กระเพื่อมตลอดเวลา ทำให้มีความกระวนกระวายใจ (ดวงใจ ศิริวัฒนาศิลป์, 2553) รวมถึงระยะเวลาในการฝึกต้องสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับ คำพลศิริวัฒนกุลและนิทัศน์ เขียมรักชาติ (2551) กล่าวว่า การฝึกสร้างจินตนาการเพื่อให้เกิดความชำนาญนั้น ต้องฝึกฝนปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จึงจะได้ประโยชน์จากการฝึกและเกิดสมาธิ เนื่องจากการฝึกจินตนาการแบบ autogenic training เป็นจินตนาการที่เกิดจากความตั้งใจในระดับรู้สึกตัว และเกี่ยวข้องกับเจตนาของการสร้างภาพและรายละเอียดของเหตุการณ์อย่าง มีสติรู้สึกตัวและรับรู้ได้ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกอย่างสม่ำเสมอ (มรรยาท รุจิวิษขัญ, 2556) และพบว่าจำนวนครั้งในการฝึกอาจยังไม่เพียงพอโดย คานจิไวท์ และเอิร์น (Kanji, White, & Ernst, 2006) กล่าวว่าในการฝึกสร้างจินตนาการควรฝึกทุกวัน และฝึกด้วยตัวเองวันละ 3 ครั้งใน 8 สัปดาห์และเกรซ (Grace, 2016) กล่าวว่า การฝึกสร้างจินตนาการจะใช้ได้ดีและประสบผลสำเร็จในกลุ่มเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรวรรณ จันทร์มณี (2554) พบว่า โปรแกรมไบโอฟีดแบคแบบควบคุมการทำงานของคลื่นประสาทแอลฟา ร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการสามารถช่วยให้พฤติกรรมและสมาธิของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น อีกทั้งมีผู้กล่าวถึง

รูปแบบความคิดของผู้ติดสุราว่ามีลักษณะความคิดที่เปลี่ยนแปลงยาก ไม่ค่อยเน้นการเรียนรู้ ชอบปฏิบัติ (จรรยาใจหนูน, 2551; Beck, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับคู่มือวิทยากรสอนเรื่องเครียด ของกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า การฝึกสร้างจินตนาการอาจไม่เหมาะสมในคนที่มีนิสัยชอบทำมากกว่าคิด และไม่เหมาะสมในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะเหมาะกับกลุ่มที่ยังอยู่ในวัยหนุ่ม รวมถึงในการฝึกโปรแกรมสร้างจินตนาการไม่สามารถไปควบคุมการฝึกอย่างสม่ำเสมอที่บ้าน และการดำเนินการวิจัยเป็นไปในลักษณะการขอความร่วมมือ ดังนั้นจึงทำให้ผลของการฝึกโปรแกรมสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำต่ำกว่าการได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล

พยาบาลสามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยติดสุรา และส่งเสริม สนับสนุนให้มีการจัดอบรมด้านความรู้ และฝึกปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการป้องกันการติดสุราซ้ำ

### 2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเป็นแบบ 4 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการ กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มทดลองที่ 3 ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ 4 ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 ควรมีการวัดความเครียดก่อนและหลังการฝึกด้วยโปรแกรมการสร้างจินตนาการ

ร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

### เอกสารอ้างอิง

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2557). *เส้นทางสุขภาพ*. เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2557, จาก [www.siamahidal.ac.th](http://www.siamahidal.ac.th).

กำพล ศิริวัฒนกุล และนิพนธ์ เขียมรักษาติ. (2551). *เอกสารประกอบคำบรรยายเรื่อง การฝึก Autogenic Training*. กรุงเทพฯ: สถาบันเพื่อการพัฒนากายและจิต.

จรรยาใจหนูน. (2551). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เอก ชนะศิริ. (2541). *สมาธิกับคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: เอดิสันเพรสโปรดักส์.

ดวงใจ ศิริวัฒนาศิลป์. (2553). *ผลของการฝึกสมาธิตามแนวอานาปานสติและการฝึกแบบออโตเจนิคที่มีต่อความแม่นยำในกีฬาเบตอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา, คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ตรีหนูช ราษฎร์คูษดี. (2555). *ผลของโปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการสร้างจินตนาการต่อระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพยาแอมเฟตามีน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ทรงเกียรติ ปิยะกะ. (2554). *คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดระบบจิตสำนึกสำหรับประชาคมไทย The Jirasa model of addiction treatment for Thai communities: A therapy Manual*. สงขลา: ลิมบราเคอร์การพิมพ์.

พิชัยแสงชาญชัย. (2544). *ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด: โรคติดแอลกอฮอล์และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

มรรยาท รุจิวิษญ์. (2556). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มานิชหล่อตระกูล. (2555). *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันธัญญารักษ์. (2550). *สถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยปีงบประมาณ 2548-2550*. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์

สาวิตรี อัญฉงศ์กรชัยและสุวรรณอรุณพงษ์ไพศาล. (2557). *ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการรักษาในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

อรวรรณ จันทรมณี. (2554). *ผลของโปรแกรมไบโอฟีดแบคแบบควบคุมการทำงานของคลื่นประสาทอัลฟา ร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อพฤติกรรมแสดงออกของเด็กสมาธิสั้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- 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, C. M., Stasiewicz, P. R., Paas, N. D. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. *Clinical Psychology Review, 26*(2), 162-78.
- Kanji, N., White, A., & Ernst, E. (2006). Autogenic training to reduce anxiety in Nursing students: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing, 53*(6), 729-735
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford.
- Polich, J. M., Armor, D. J., & Braiker, H. B. (1981). *The Course of alcoholism: Four years after treatment*. New York: John Wiley and Sons.
- Grace, S. J. (2016). *The Power of Autogenic*. Retrieved March 17, 2016. from: <http://www.gracehypnosis.com/autogenics.html>
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *The American Psychologist, 59*(4), 224-235.