

ผลของการให้การบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่

นักสสรณ์ รังสิเวโรจน์ พย.ม., อรัญญา แพจฺจย พย.ม.,ลมิตา ศรีธรรมชาติ วท.ม.
โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ตำบลขี้เหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180

Abstract: Effect of Brief Cognitive Behavior Therapy on Depression and Drinking Behavior among Alcohol Dependents Receiving Services in Thanyarak Chiangmai Hospital

Rungsiwaroj N, Phajuy A, Srithammachart L
ThanyarakChiangmai Hospital, Kheelek, Maerim, Chiang Mai, 50180
(E-mail: pha_2412@hotmail.com)

(Received: September 25, 2018; Revised: December 26, 2018; Accepted: March 6, 2019)

This study was a quasi-experimental research. The objective was to examine the effect of Brief Cognitive Behavior Therapy on depression and drinking behavior among alcohol dependents receiving services in Thanyarak Chiangmai Hospital. The sampling method was purposive sampling. The samples were divided into experimental group (n = 25) and control group (n = 25). The instruments used for this study included: 1) Demographic data 2) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) 3) Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and 4) brief Cognitive Behavior Therapy for Depression and Drinking Behavior. The data were analyzed by descriptive statistic, Chi-square tests and McNemar Test. The results of the study revealed that: 1) proportion of normal mood vs. depression subjects within experimental group, at immediately post-test, 1 month, and 3 month follow-up, when compared with pre-test were found statistically significant difference ($p < 0.05$). 2) proportion of depression subjects when compared immediately at post-test, and 1 month follow-up between experimental group and control group were found statistically significant difference ($p < 0.05$). No significant difference was found when compared at 3 month follow-up. 3) proportion of drinking behavior patterns within experimental group at immediately post-test, 1 month, and 3 month follow-up, when compared with pre-test were found statistically significant difference ($p < 0.05$). 4) proportion of stop drinking subjects when compared at immediately post-test, and 1 month follow-up between experimental group and control group were found statistically significant difference ($p < 0.05$). No significant difference was found when compared at 3 month follow-up.

Keyword: Brief cognitive behavior therapy, Alcohol dependents, Depression, Drinking behavior

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อการลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับการบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามจุดมุ่งหมาย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลประชากรศาสตร์ 2) แบบประเมินปัญหาดื่มสุรา 3) แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย และ 4) โปรแกรมการให้การบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเปรียบเทียบไคสแควร์ และสถิติแมกนิมา ผลการศึกษา พบว่า 1) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง พบว่าสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ 2) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ แต่ไม่พบความแตกต่างในระยะติดตามผล 3 เดือน 3) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของแบบแผนของพฤติกรรมการดื่มของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองพบว่าสัดส่วนของพฤติกรรมการหยุดดื่มในระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ 4) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีแบบอย่างของพฤติกรรมการดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่หยุดดื่มในระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ แต่ไม่พบความแตกต่างในระยะติดตามผล 3 เดือน **คำสำคัญ:** การบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้ติดสุรา ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจระดับโลก โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดสุราและภาวะซึมเศร้าว่าผู้ติดสุรา มีความชุกของภาวะซึมเศร้าก่อนการรักษาภาวะถอนพิษสุรามากถึงร้อยละ 63.8 และในระยะติดตามผลการรักษา 6 เดือน ยังพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 30.2¹ โดยอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคติดสุรา

ที่มีภาวะซึมเศร้า สูงถึงร้อยละ 15 ของประชากรโลก² และสูงถึงร้อยละ 43 ของผู้ป่วยไทย³ โดยระดับของภาวะซึมเศร้าที่ลดลงจะเพิ่มโอกาสของการหายจากภาวะเสพติดสุราและลดการกลับไปใช้สุราซ้ำ⁴⁻⁵ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการนำไปใช้ในการบำบัดแบบกลุ่มในผู้เสพติดสุราพบว่าหลังการบำบัดผู้ติดสุราสามารถลดปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา⁴ การศึกษาครั้งนี้ได้นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของเบค⁶⁻⁹ และมีการนำไปทดลองใช้ในผู้ติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและพหุภูมิพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าและอัตราการดื่ม⁷ ผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมดังกล่าวมาดัดแปลงเป็นการบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Brief Cognitive Behavior Therapy) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเฉพาะทางและการดูแลแบบผู้ป่วยใน และดำเนินการกลุ่มในผู้ติดสุราที่มีภาวะโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและสัดส่วนของพฤติกรรมการดื่มในระยะเวลาหลังได้รับโปรแกรมฯ ทั้งที่ ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน เปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง 2) เพื่อศึกษาสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและสัดส่วนของพฤติกรรมการดื่ม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการดัดแปลงโปรแกรมการให้การบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า⁷ ดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเฉพาะทางและการดูแลแบบผู้ป่วยใน ดัดแปลงทั้งเนื้อหาและการบ้านแล้วนำมาฝึกอบรมให้กับคณะทำงาน ทดลองใช้และสรุปผลการใช้โปรแกรมระยะที่ 2 เป็นการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ได้ปรับปรุงแล้ว โดยซึ่งจะแบบเก็บข้อมูลต่างๆ ให้กับคณะทำงาน และดำเนินการเก็บข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลองทันที และติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยได้อ้างอิงการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการวิจัยในครั้งนี้¹⁰ คำนวณได้ค่า Effect size = 0.86 กำหนด Power = 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha = 0.05$) ตั้งสมมติฐาน 2 ทาง $Z_{\alpha/2}$ two-tailed = 1.96 แล้วนำไปเปิดตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย¹¹ คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ อายุ 18-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุราตามเกณฑ์ ICD-10 (F10.2) และเข้ารับการรักษาการติดสุราแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่มีภาวะซึมเศร้าโดยประเมินคะแนน PHQ-9 อยู่ระหว่าง 5-19 คะแนน มีคะแนน CIMA-Ar น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 มีสมรรถภาพทางสมองปกติ สื่อสารโดยภาษาไทยและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลและติดตามผลโดยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลได้แก่สุขภาพจิตศึกษา ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้การบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

มี 2 ชุด ชุดที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลประชากรศาสตร์ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ 2) แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (Patient Health Questionnaire: PHQ-9) เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่แปลเป็นภาษาไทย¹² ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ในการประเมินอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคะแนนตั้งแต่ 0-27 คะแนนและ 3) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้การบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุรา ดัดแปลงจากโปรแกรมการให้การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า⁷ และได้นำโปรแกรมที่ดัดแปลงในส่วนเนื้อหาและการบ้านไปผ่านการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม 2 ท่านนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคติดสุราจำนวน 3 ราย องค์ประกอบหลักของโปรแกรมการให้การบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ที่จัดทำขึ้นนี้มีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 3 ส่วน คือ 1. การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (case formulation) เพื่อเข้าใจภาวะปัญหาของผู้ป่วย 2. การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความคิดที่บิดเบือนของตนเองที่เชื่อมโยงกับอารมณ์ซึมเศร้า ได้เข้าใจสถานการณ์และความคิดที่เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ สามารถตรวจสอบและพิสูจน์ความคิดที่บิดเบือนของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเพื่อนำมาวางแผนการจัดการปัญหาของตนเองได้โดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและลดพฤติกรรมการดื่มสุรา 3. การฝึกทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ (skill training) ได้แก่ ทักษะการจัดการเกี่ยวกับอาการทางกายและภาวะอารมณ์ที่เกิดจากขาดสุรา (coping with craving) และทักษะการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ใช้ชีวิตประจำวัน (problem solving) โปรแกรมการบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วย การบำบัดรายบุคคลทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง กิจกรรมที่จัดไว้ในแต่ละครั้งสามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมและตามสภาพความพร้อมของผู้ป่วยได้โดยมีกิจกรรมหรือแนวทางหลักสำหรับการให้การบำบัดแต่ละครั้งดังนี้ ครั้งที่ 1 ให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ครั้งที่ 2 ให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความคิดที่บิดเบือนของตนเองที่เชื่อมโยงกับภาวะซึมเศวราวมทั้งพฤติกรรมการดื่มสุรา และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ ได้ ครั้งที่ 3 ให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบและพิสูจน์ความคิดที่บิดเบือนของภาวะซึมเศวราวมทั้งพฤติกรรมการดื่มสุราตนเองได้ ครั้งที่ 4 ให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนดังกล่าวตนเองได้ ครั้งที่ 5 ให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะต่างๆ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และครั้งที่ 6 ตรวจสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องการเกิดภาวะซึมเศร้าและการปรับความคิดและพฤติกรรมในการลดภาวะซึมเศร้าและลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ประเมินผลการให้การบำบัดและประเมินผู้ให้การบำบัดและบอกรายการให้การบำบัด การดำเนินการทดลองตามโปรแกรมใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ ในช่วงเดือน มีนาคม ถึงสิงหาคม 2559 และติดตามผลที่ 1 เดือน และ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีพฤติกรรมหยุดดื่มในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ McNemar Test¹³ และเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีพฤติกรรมการดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square tests¹³

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	p-value
	กลุ่มควบคุม n = 23	กลุ่มทดลอง n = 22	รวม N = 45		
เพศ				0.001	0.97 ^{ns}
ชาย	22 (95.66)	21 (95.46)	43 (95.56)		
หญิง	1 (4.34)	1 (4.54)	2 (4.44)		
อายุ				0.04	0.83 ^{ns}
20 - 40 ปี	8 (34.79)	7 (31.82)	15 (33.34)		
41 - 60 ปี	15 (65.21)	15 (68.18)	30 (66.66)		
อายุเฉลี่ย \pm SD (ปี)	43.26 \pm 9.69	44.23 \pm 8.88	43.73 \pm 9.21		
อายุดำสุด - อายุสูงสุด (ปี)	22-59	29-59	22-59		
สถานภาพสมรส				2.67	0.10 ^{ns}
โสด/หย่า/แยกกันอยู่	8 (34.78)	13 (59.09)	21 (46.67)		
คู่	15 (65.22)	9 (40.91)	24 (53.33)		
การศึกษา				3.36	0.07 ^{ns}
ประถมศึกษาและน้อยกว่า	10 (43.48)	4 (18.18)	14 (31.11)		
สูงกว่าประถมศึกษา	13 (56.52)	18 (81.82)	31 (68.89)		
ระดับภาวะซีมเซร่า				0.16	0.19 ^{ns}
ไม่มีภาวะซีมเซร่า (normal)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
ซีมเซร่าเล็กน้อยถึงปานกลาง (minimal/mild)	21 (91.30)	17 (77.30)	38 (84.44)		
ซีมเซร่าค่อนข้างรุนแรง (moderately)	2 (8.70)	5 (22.70)	7 (15.56)		
โรคร่วมทางกาย				0.02	0.87 ^{ns}
ไม่มี	11 (47.83)	10 (45.50)	21 (46.67)		
มี	12 (52.17)	12 (54.50)	24 (53.33)		

ns = non significant

ตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะของข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 สัดส่วนของภาวะซีมเซร่าในผู้ป่วยโรคติดเชื้อในช่องคลอดในระยะหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง

ภาวะซีมเซร่า	จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ก่อนการทดลอง		
- ไม่มีภาวะซีมเซร่า	0 (0.00)	
- มีภาวะซีมเซร่า	22 (100.00)	
หลังทดลองทันที		
- ไม่มีภาวะซีมเซร่า	16 (72.73)	0.004**
- มีภาวะซีมเซร่า	6 (27.27)	
หลังทดลอง 1 เดือน		
- ไม่มีภาวะซีมเซร่า	21 (95.45)	0.001***
- มีภาวะซีมเซร่า	1 (4.55)	
หลังทดลอง 3 เดือน		
- ไม่มีภาวะซีมเซร่า	12 (54.55)	0.001***
- มีภาวะซีมเซร่า	10 (45.45)	

** = p-value < 0.01 *** = p-value < 0.001

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองจำนวน 22 ราย ก่อนการได้รับโปรแกรมพบมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ถึง ปานกลาง จำนวน 22 ราย ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 95.45) และมีภาวะซึมเศร้า 1 ราย (ร้อยละ 4.55) ส่วนภายหลังการทดลองที่ 3 เดือน พบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า 12 ราย (ร้อยละ 54.55) และมีภาวะซึมเศร้า 10 ราย (ร้อยละ 45.45) เมื่อ

เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ ทั้งที่ และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน เปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 สัดส่วนของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระยะเวลาหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม (n=23) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n=22) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
ก่อนการทดลอง				
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0 (0.00)	0 (0.00)		
- มีภาวะซึมเศร้า	23 (100.00)	22 (100.00)		
หลังทดลองทันที			5.14	0.02*
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า	9 (39.13)	16 (72.72)		
- มีภาวะซึมเศร้า	14 (60.87)	6 (27.27)		
หลังทดลอง 1 เดือน			12.42	0.001***
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า	11 (47.83)	21 (95.45)		
- มีภาวะซึมเศร้า	12 (52.17)	1 (4.55)		
หลังทดลอง 3 เดือน			0.02	0.89 ^{ns}
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า	13 (56.52)	12 (54.54)		
- มีภาวะซึมเศร้า	10 (43.48)	10 (45.45)		

ns = non significant * = p-value < 0.05 *** = p-value < 0.001

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังการทดลอง 1 เดือน ผู้ป่วยจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 95.45) ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมี 1 ราย ที่ยังมีคะแนนอยู่ในระดับของภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มควบคุมจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 47.83) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนอีก 12 ราย (ร้อยละ 52.17) ยังมีคะแนนอยู่ในระดับ

ของภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล 3 เดือน

ตารางที่ 4 สัดส่วนของพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกลุ่มทดลองแสดง ณ 1 เดือน และ 3 เดือนหลังการทดลอง เปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

พฤติกรรมการดื่ม	เวลา	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง		p-value
			1 เดือน	3 เดือน	
- ไม่ดื่มเลย		0 (0.00)	19 (86.36)	14 (63.64)	0.001***
- ดื่มแบบเสี้งด/ดื่มแบบเสี้ง		22 (100.00)	3 (13.64)	8 (36.36)	0.001***

*** = p-value < 0.001

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมจำนวน 22 ราย ก่อนการทดลองพบพฤติกรรมการดื่มสุรา 22 ราย ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือนพบว่าหยุดดื่มสุรา 19 ราย (ร้อยละ 86.36) และยังคงมีพฤติกรรมดื่มสุรา 3 ราย (ร้อยละ 13.64) ส่วนภายหลังการทดลองระยะ

ติดตามผล 3 เดือน พบว่าหยุดดื่มสุรา 14 ราย (ร้อยละ 63.64) และยังคงมีพฤติกรรมดื่มสุรา 8 ราย (ร้อยละ 36.36) พบว่าสัดส่วนของผู้หยุดดื่มสุราในระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 สัดส่วนของพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดื่ม	กลุ่มควบคุม จำนวน (n = 23)	กลุ่มทดลอง จำนวน (n = 22)	χ^2	p-value
ก่อนการทดลอง				
- ไม่ดื่ม	0 (0.00)	0 (0.00)		
- ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ/ดื่มแบบเสี่ยง	23 (100.00)	22 (100.00)		
หลังการทดลอง 1 เดือน				
- ไม่ดื่ม	11 (47.82)	19 (86.36)	6.13	0.013*
- ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ/ดื่มแบบเสี่ยง	12 (52.18)	3 (13.64)		
หลังการทดลอง 3 เดือน				
- ไม่ดื่ม	14 (60.87)	14 (63.64)	0.04	0.85 ^{ns}
- ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ/ดื่มแบบเสี่ยง	9 (39.13)	8 (36.36)		

ns = non significant * = p-value < 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองพบพฤติกรรมการดื่มสุรา 22 ราย ภายหลังจากติดตามผล 1 เดือน ไม่ดื่มสุรา 19 ราย (ร้อยละ 86.36) และยังคงมีพฤติกรรมดื่มสุรา 3 ราย (ร้อยละ 13.64) ระยะเวลาติดตามผล 3 เดือน ไม่ดื่มสุรา 14 ราย (ร้อยละ 63.64) และยังคงมีพฤติกรรมดื่มสุรา 8 ราย (ร้อยละ 36.36) กลุ่มควบคุม จำนวน 23 ราย ก่อนการทดลองพบพฤติกรรมการดื่มสุรา 23 ราย ภายหลังจากติดตามผล 1 เดือน ไม่ดื่มสุรา 11 ราย (ร้อยละ 47.82) และยังคงมีพฤติกรรมดื่มสุรา 1 ราย (ร้อยละ 52.18) ระยะเวลาติดตามผล 3 เดือน ไม่ดื่มสุรา 14 ราย (ร้อยละ 60.87) และยังคงมีพฤติกรรมดื่มสุรา 9 ราย (ร้อยละ 39.13) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ดื่มในระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างในระยะเวลาติดตามผล 3 เดือน

วิจารณ์

จากผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันทิ และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก็พบว่าสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันทิ และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเบค⁹⁻⁹ ที่ได้เสนอแนวคิดไว้ว่า การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มแล้วทำการพิสูจน์และประเมินว่าความคิดดังกล่าวเป็นจริงหรือไม่อย่างน้อยเพียงใด รวมทั้งปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าว ทำให้อารมณ์ (ภาวะซึมเศร้า) เปลี่ยนไป และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องของผลของโปรแกรมการบำบัดกระบวนการคิดและพฤติกรรมร่วมกับยาต้านเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างรุนแรง¹⁴ โดยการศึกษาเป็นการศึกษา กิ่งทดลองสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงการบำบัดกระบวนการคิดและพฤติกรรม จำนวน 6-18 ครั้ง พบว่าการใช้กระบวนการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดกระบวนการคิดและพฤติกรรมร่วมกับยาด้านเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้า

อย่างรุนแรง ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนบำบัด และผู้ป่วยมีอัตราการตอบสนองต่อการรักษาสูงถึงร้อยละ 100 และมีอัตราการหายถึงร้อยละ 70 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด¹⁵ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผลพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นกันแต่ไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศชายและเพศหญิงในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะติดตามผล ยังมีงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบย่อต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ¹⁶ ซึ่งก็พบเช่นเดียวกันว่าช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่ม พบว่าสัดส่วนของพฤติกรรมการหยุดดื่มของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่หยุดดื่มในระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าพฤติกรรมการดื่มซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของความคิดอัตโนมัติสามารถลดลงได้ เมื่อความคิดดังกล่าวได้รับการตรวจสอบว่ามีความจริงหรือไม่เพียงใด คิดเป็นอย่างอื่นได้หรือไม่ และมีประโยชน์อย่างไร และเมื่อสามารถปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวได้ ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มได้^{11,16} เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของโปรแกรมการบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่กลุ่มทดลองได้รับ ซึ่งประกอบด้วย การฝึกทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้แก่ ทักษะการจัดการเกี่ยวกับอาการทางกายและภาวะอารมณ์ที่เกิดจากขาดสุรา ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการแก้ไข ปัญหาต่างๆ ใช้ชีวิตประจำวัน จึงมีผลให้ทักษะต่างๆ ดังกล่าวยิ่งเพิ่มขึ้น

นอกจากนั้นโปรแกรมทำให้มีการปรับเปลี่ยนทั้งความคิด ความเชื่อ การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการดื่มสุราให้ตรงกับความเป็นจริงและเป็นประโยชน์ต่อการหยุดดื่มสุรา รวมทั้งมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น จึงเป็นการสร้างความเข้มแข็ง สร้างภูมิคุ้มกันการป้องกันกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ป่วย และผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ลดลง¹⁷ ผลที่ได้พบว่าการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบย่อต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ⁷ ซึ่งพบเช่นเดียวกันว่าช่วยทำให้พฤติกรรมกรรมการดื่มของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับการศึกษาการใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 9 ราย โดยดำเนินการ 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้ดื่มสุราที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นคือผู้ที่มีระดับ 3 (แบบมีปัญหา) ลดลงไปเป็นการดื่มระดับ 2 (แบบเสี่ยง) จำนวน 1 ราย ส่วนอีก 1 รายนั้นถึงแม้ว่าจะยังคงมีการดื่มอยู่ในการดื่มระดับ 3 เหมือนเดิมแต่ก็มีคะแนนลดลงจาก 19 คะแนน เป็น 16 คะแนน สำหรับผู้ที่มีระดับ 2 (แบบเสี่ยง) นั้นลดลงไปเป็นการดื่มระดับ 1 (แบบเสี่ยงน้อย) จำนวน 3 ราย ส่วนอีก 4 ราย ยังมีการดื่มระดับ 2 เท่าเดิม แต่ทั้ง 4 รายนี้ก็มีคะแนนลดลงจาก 12-15 คะแนน เป็น 8 คะแนน⁶ และการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชจังหวัดตาก¹⁸ จำนวน 12 ราย พบว่าภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มของผู้ติดสุร่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่าก่อนทดลองและหลังทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัดส่วนของพฤติกรรมกรรมการหยุดดื่ม ในระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก็ไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ซึ่งอาจเป็นได้ว่ามีปัจจัยอื่นที่เข้ามามีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่า เช่น ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม การที่ผู้ป่วยโรคติดสุร่าอยู่กับแหล่งที่เข้าถึงสุร่าได้ง่าย หรือมีแหล่งขายสุร่าในชุมชน อิทธิพลจากสื่อโฆษณา¹⁹ ประกอบกับการออกแบบโปรแกรมการบำบัดได้จัดเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้มีการจัดกิจกรรมซ้ำในโปรแกรมการบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในช่วงเวลาติดตามผลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงขาดกิจกรรมซ้ำเดือนให้ผู้ป่วยติดตามตรวจเช็คความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการดื่มในกลุ่มทดลอง จึงทำให้พฤติกรรมกรรมการดื่มในระยะ 3 เดือน ไม่แตกต่างกันในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีการหยุดดื่มสุร่า มีผลลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างที่ระยะติดตามผล 3 เดือน ดังนั้นควรมีการให้การดูแลตามโปรแกรมการให้การบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องทั้งระยะการติดตามผล 1 เดือน 3 เดือนเพื่อให้การคงอยู่ของผลของโปรแกรมนี้อีกการลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่ามากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมการแพทย์ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย ขอบพระคุณนายแพทย์วรพงษ์ สำราญทิวาวัลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ธรรมนูญเชียงใหม่ ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงศ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบข้อมูล และให้คำแนะนำต่างๆ ที่ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมการศึกษา

References

1. Kuria MW, Ndetei DM, Obot IS, Khasakhala LI, Bagaka BM, Mbugua MN, Kamau J. The association between alcohol dependence and depression before and after treatment for alcohol dependence. ISRN psychiatry 2012; 26:482802.
2. Sindhu B. Depression and alcohol dependence: One syndrome or two? A comparison of disability, suicidal risk and coping styles. Pakistan Journey of Social and Clinical Psychology 2011; 9 62-5.
3. Pettinati HM, Dundon W. Comorbid depression and alcohol dependence new approaches to dual therapy challenges and progress. Psychiatric Time 2011; 28: 49.
4. Kwansanit P. Epidemiology of among patients with depression disorder, suicidal with Alcohol drinking problem. 1st Academic conference, Department of Mental Health. 3-4 July 2013; Amari Airport Hotel. Bangkok; 2013.
5. Phajuy A, Sriburapa N. Psychiatric comorbidity of alcohol dependence patients admitting in Chiang Mai drug dependence Treatment center. Journal Psychiatric Association Thai 2009; 63-74.
6. Naknaen N, Nintachai P, Sangon S. Implementation of the Cognitive Behavior Therapy Program for Alcohol Consumer. The journal of psychiatric and mental health 2013; 16-29.
7. Thapinta D, Skulphan S, Kittrattanapaiboon P. Cognitive Behavior Counseling on Depression among Alcohol Dependent receiving service in primary and secondary hospital. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2016; 38-49.
8. Beck JS. Cognitive Therapy: Basic and Beyond. New York: The Guilford Press; 1995.
9. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). New York: The Guilford Press; 2011.
10. Thapinta D, Skulphan S, Kittrattanapaiboon P. Brief Cognitive Behavioral Therapy for Depression among Patients with Alcohol Dependence in District Hospitals and Provincial Hospitals, Thailand. Oral Presenter at International Conference Optimizing Healthcare Quality Teamwork in Education, Research and Practice: 22-24 June 2016; Chiang Mai; 2016.
11. Polit D, Hungler B. Nursing research: Strategies for a natural sociology. Philadelphia: Lippincott; 1987.

12. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*; 2008. Available from Internet, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2443128/pdf/1471-244X-8-46.pdf>.
13. Grove SK, Burns N, Gray JR. *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence* (7th ed.). St Louis: Elsevier Saunders; 2013.
14. Thongkham A. Effect of Cognitive Behavior Therapy with Antidepressant among persons with severe depression. *Bulletin of Suan Prung* 2012; 5-11.
15. Pulpipat S. Effect of Cognitive Behavior Therapy Oriented Program for Decreasing Depression Disorder in Drug Addicts. Graduate school, Srinakharinwirot University. *Sripatum Chonburi Journal* 2012; 123-31.
16. Westbrook D, Kennerly H, Kirk J. *Cognitive Behavior Therapy: Skill and Application*. Los Angeles: SAGE Publication; 2007.
17. Saengduenchai K. The Effect of Cognitive-Behavior Therapy Program, with social support, on readiness for prevention of early relapse and non-relapse of alcohol use disorder patients. Graduate school, Srinakharinwirot University; 2010.
18. Jainun J. Effect of Cognitive Behavior Therapy on Alcohol Drinking Behaviors among person with Alcohol Dependence. Graduate school, Chiang Mai University; 2008.
19. Chaisong S, Phakdeesethakul K, Thammarungsee T. *Alcohol Report 2011*. Center for Alcohol Studies. Provincial. (1st edition). The graphic system Publishing. Nontaburi; 2011.