

ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ
ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรม
การเสพยาในผู้เสพยา

**Effects of Brief Intervention Program Using Integrated Motivational Interviewing
and Cognitive Behavioral Restructuring on Depression and Alcohol Consumption
Among Alcohol Dependence**

พัชราราวลัย กนกจรรยา, พยม. (Patcharawalai Kanokchanya, M.N.S., RN) *

เพ็ญพักตร์ อุทิศ, Ph.D. (Penpaktr Uthis, Ph.D., RN) **

Abstract

The purpose of this quasi – experimental research were to study the effect of brief intervention program using integrated motivational interviewing and cognitive behavioral restructuring on depression and alcohol consumption among alcohol dependence. The sample were 36 alcohol dependence patients recruited from out-patient department, Thanyarak Institute. The samples were matched-pair and then randomly assigned into experimental group and control group, 18 in each group. The experimental group received brief intervention program developed by the researcher. The control group received regular caring activity. The research instruments consisted of: 1) Brief intervention program, 2) Beck depressive inventory scale, 3) Alcohol Use Disorder Identification Test 4) Automatic Thought

Questionnaire and 5) The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale. All instruments were tested for content validity by 5 experts. Cronbach's alpha coefficient reliability of four latter instruments were .81, .71, .94 and .88 respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follow:

1) The depression and alcohol consumption among alcohol dependence after participating in program was significantly lower than that before ($p < .05$).

2) The depression and alcohol consumption among alcohol dependence after participated in program was lower than those who participated in the regular caring activities ($p < .05$).

Keywords: Motivational interviewing, Cognitive behavioral restructuring Depression, Alcohol consumption, Alcohol dependence

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: penpaktr_uthis@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิจัยทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาระหว่างผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 36 คน ได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้น 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck 3) แบบประเมินพฤติกรรมการเสพยา (AUDIT) 4) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และ 5) แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES – 8A) แบบประเมินทั้ง 4 ชุดมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81, .71, .94 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05

คำสำคัญ การบำบัดแบบสั้น การเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการเสพยา ผู้เสพติดสุรา

ความสำคัญของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหาจากการดื่มสุราได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นในประเทศไทย ผลการศึกษาข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติปีพ.ศ. 2550 ที่เปรียบเทียบแนวโน้มการบริโภคสุราของคนไทยในช่วง 11 ปี พบแนวโน้มความชุกของผู้ที่ดื่มประจำมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชน และผู้ใหญ่ตอนต้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายของผู้เสพติดสุรา คือ ทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น ภาวะอาหารอ้วนเกินไป ดับแรงแรงไหลอดอาหาร และมะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น (กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, 2546) นอกจากผลกระทบต่อร่างกายแล้วยังพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบมากที่สุด ในผู้เสพติดสุรา โดยในต่างประเทศอาจพบในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งหากผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเหล่านี้ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพอาจเกิดความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายตามมา (Preuss, et al., 2002) พฤติกรรมการเสพยาอย่างต่อเนื่องก็เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งของผู้เสพติดสุรา เนื่องจากการเสพยาเป็นภาวะที่บุคคลเกิดความผิดปกติทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิด อันเป็นผลมาจากการใช้แอลกอฮอล์ โดยมีอาการแสดงออก คือ มีความต้องการอย่างมากที่จะเสพและไม่สามารถควบคุม

ปริมาณการเสพสุราของตนเองได้ ยังคงเสพอยู่
ทั้งๆ ที่มีผลเสียตามมา มีความทนทานต่อฤทธิ์
ของแอลกอฮอล์มากขึ้น และมีอาการแสดงทาง
กายของภาวะขาดแอลกอฮอล์เมื่อหยุดเสพ ซึ่ง
ความทุกข์ทรมานจากภาวะขาดแอลกอฮอล์เป็น
เหตุให้ผู้เสพติดสุรามักจะหยุดเสพได้ในระยะ
เวลาสั้นๆ และมีแนวโน้มกลับไปใช้แอลกอฮอล์
ซ้ำในเวลาที่รวดเร็ว อีกทั้งการบำบัดแบบผู้ป่วย
นอกอาจทำให้เกิดปัญหาความต่อเนื่องในการ
บำบัดรักษา ประกอบกับการที่ยังคงอาศัยอยู่ใน
ชุมชน จึงมีโอกาสเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือ
สถานการณ์เดิมๆ ที่กระตุ้นให้เกิดความอยากสุรา
จึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพ
สุราของตนเองได้อย่างแท้จริงและอาจวนกลับ
ไปเสพสุราซ้ำได้ ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นต้องแก้ไข
ปัญหาภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพสุรา
ของผู้เสพติดสุราไปพร้อมๆ กัน ทั้งนี้เนื่องจาก
ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
พฤติกรรมการเสพสุรา

สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของปัญหา
ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา เกิดจากการที่ผู้เสพ
ติดสุรา มีความคิดอัตโนมัติด้านลบตามแนวคิด
ของ Beck (1967) โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าภาวะ
ซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีรูปแบบความคิด
ที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม
และต่ออนาคต ทั้งนี้ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า
จะประเมินตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีความ
สามารถ ไม่มีคุณค่า มีการนับถือตนเองต่ำลง
รู้สึกว่าคุณค่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือ
เหตุการณ์ต่างๆ มีความท้อแท้สิ้นหวังกับอนาคต
ของตนเอง ทำให้หันไปพึ่งสุรา หรือใช้สุราเพื่อ
บรรเทาภาวะซึมเศร้าของตนเอง และเมื่อดื่มเป็น

ประจำจนไม่สามารถหยุดได้จะนำไปสู่การเสพ
ติดสุราในที่สุด (เชิษฐ์ งามทิพย์วัฒนา และ
คณะ, 2545) สำหรับสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้เสพ
ติดสุรา มีพฤติกรรมการเสพสุราอย่างต่อเนื่อง
เกิดจากการที่ผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่มักคิดว่า
ตนเองไม่ติดสุรา เพราะไม่ได้ดื่มทุกวัน และยัง
สามารถทำงานได้ทั้งๆ ที่ดื่มสุรา (Fauman, 2002)
ทำให้ผู้เสพติดสุราขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการ
บำบัดรักษา และมักจะมารับบริการด้วยปัญหา
อื่นที่เกี่ยวข้องกับสุราไม่ใช่จากความตั้งใจในการ
เลิกเสพสุรา (Kalat, 2004) ดังนั้น การที่จะบรรลุ
เป้าหมายสำคัญที่ทำให้ผู้เสพติดสุราเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมการเสพสุราได้ จึงจำเป็นต้องเสริม
สร้างให้ผู้เสพติดสุราเกิดแรงจูงใจและมีความ
พร้อมในการเปลี่ยนแปลงและต้องการการรักษา
ด้วยตนเอง

รูปแบบการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้ามี
หลายรูปแบบ จำแนกเป็นการรักษาทางร่างกาย
และการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งจากการทบทวน
วรรณกรรมพบว่า การบำบัดทางความคิดและ
พฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT)
ถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิตที่พบว่า
ให้ผลดีในการลดภาวะซึมเศร้า สำหรับการบำบัด
เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุรานั้น พบว่า
การเสริมสร้างแรงจูงใจถือเป็นการบำบัดรูปแบบ
หนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมการเสพสุราของผู้เสพติดสุราได้
เนื่องจาก เป็นการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็น
ศูนย์กลาง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความ
ไว้วางใจและลดปฏิกิริยาเชิงต่อต้าน (resistance)
ช่วยให้ผู้เสพติดสุราได้สำรวจและแก้ไขความ
ลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสุรา

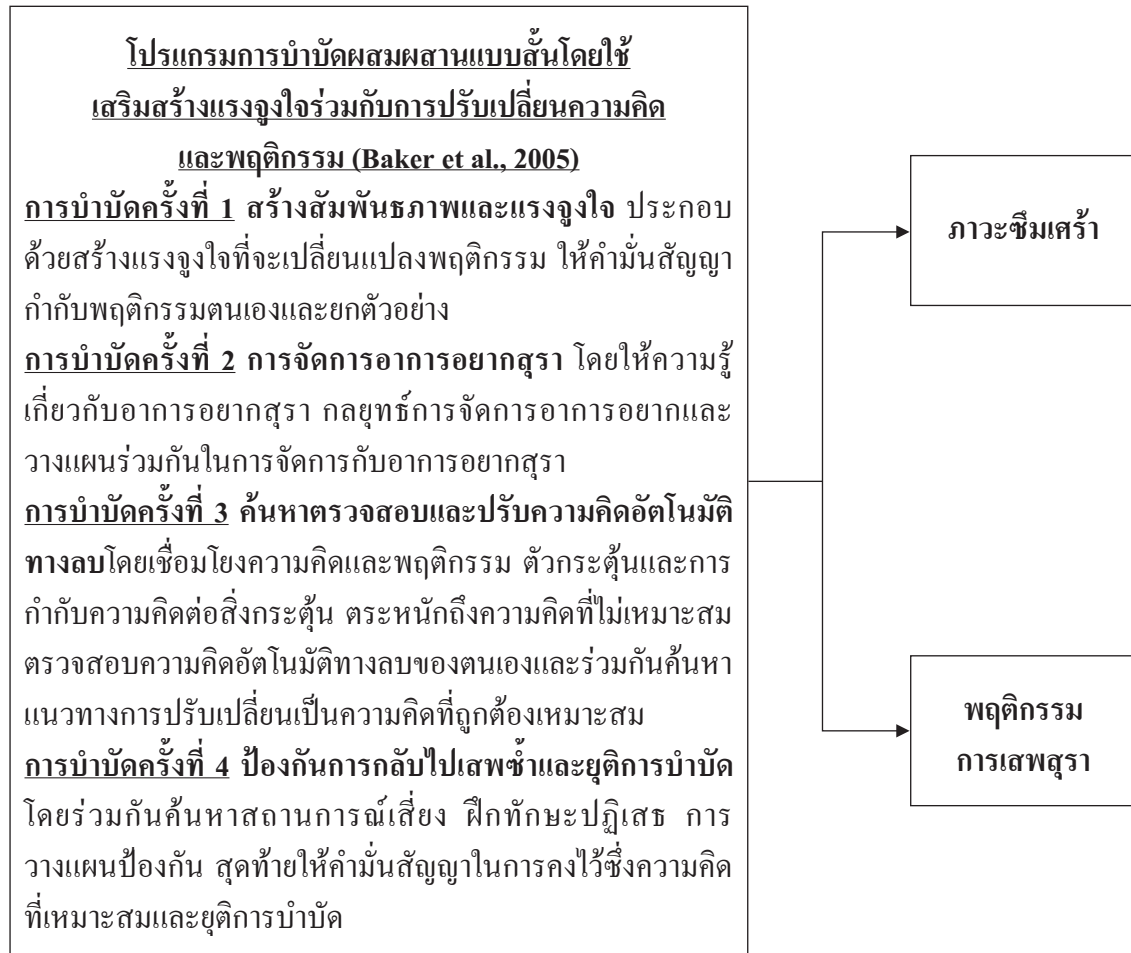
ของตนเอง (ครุณี ภูขาว, 2547)

เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเสพยา ดังนั้นการบำบัดผู้เสพยาติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพนั้นจึงควรบำบัดเพื่อแก้ไขภาวะซึมเศร้าควบคู่ไปกับการบำบัดเพื่อแก้ไขพฤติกรรมการเสพยาไปพร้อมๆ กัน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการบำบัด ตามการศึกษาของ Baker, et al. (2005) ทำการศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบสั้นในผู้เสพยาติดยาแอมเฟตามีน ซึ่งผสมผสานแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งพบว่าสามารถลดพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนและการใช้สารเสพติดรวมลดลง เช่น การเสพยา และการสูบบุหรี่ รวมถึงลดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ใช้ระยะเวลาการบำบัดเพียง 4 ครั้ง มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาและแก้ไขความรู้สึกถึงเลไปเป็นเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งถือเป็นหลักการสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดรวมทั้งผู้เสพยาติดยามีพฤติกรรมการเสพลดลงอย่างมั่นคง (McKee, et al., 2007) ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้อย่างยั่งยืนตามมา (Baker, et al., 2005) ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะประโยชน์ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้าน

สาธารณสุขนำไปปรับใช้ในการให้บริการและพัฒนาการบริการในการดูแลผู้เสพยาติดยาได้อย่างมีคุณภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆตามการศึกษาของ Baker, et al. (2005) ซึ่งผสมผสานแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยการบำบัดจำนวน 4 ครั้ง โดยการบำบัดครั้งที่ 1 ใช้แนวคิดของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้เสพยาติดยาสามารถค้นหาและแก้ไขความรู้สึกถึงเลไปเป็นเกิดแรงจูงใจในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยความเต็มใจและตามความพร้อมของตนเอง ส่วนการบำบัดอีก 3 ครั้งที่เหลือเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งยังคงสอดแทรกเทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ร่วมกับปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้เสพยาติดยา เพื่อให้แรงจูงใจยังคงอยู่ตลอดการบำบัด รวมทั้งผู้เสพยาติดยาสามารถค้นพบความคิดทางลบ หยุดความคิดทางลบที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมในที่สุด



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยาติดยา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยาติดยาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1) ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยาติดยา หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ 2) ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยาติดยา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

(Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษานอกสถานบำบัดรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษานอกสถานบำบัดรักษา ทั้งชายและหญิง มีอายุระหว่าง 20 -59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้เสพติดสุราตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลาง (มีระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory) รวมทั้งมีคะแนนพฤติกรรมการเสพยา อยู่ในกลุ่มแบบมีปัญหาและกลุ่มแบบคิด (มีระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการเสพยา (AUDIT)

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 36 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched – pair) ให้แต่ละคู่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับภาวะซึมเศร้า จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ 18 คู่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ในการบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลา 60- 90 นาที มีขั้นตอนการบำบัดดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การจัดการกับอาการอยากสุรา 3) การค้นหาและตรวจสอบและปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ และ 4) การป้องกันการกลับไปเสพยาและยุติการบำบัด เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของรูปแบบและเนื้อหากิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และภายหลังปรับปรุงแก้ไข

ตามข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้เสพติดสุราที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพ อาชีพ ระยะเวลาการดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราของบิดามารดา ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ และประวัติการรักษา 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ .81 และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมกรมการเสพติด (AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ค้นหาปัญหาจากการเสพติด และค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงของการดื่ม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุม 3 องค์ประกอบหลักในเรื่อง การใช้สุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษจากสุรา ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ.71

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ 1) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) ประกอบด้วยคำถาม

เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบจำนวน 30 ข้อ ให้ผู้เสพติดสุราประเมินตนเอง ซึ่งแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ .94 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่าภายหลังดำเนินการเสร็จสิ้นตามโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจะต้องได้คะแนนที่อยู่ในช่วง 30 -80 คะแนน คือไม่มีความคิดด้านลบและสามารถพบได้ในบุคคลทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้า และ 2) แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES – 8A) ของ Miller & Rollnick (1991) โดยผู้เสพติดสุราเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านการยอมรับ ด้านความล้มเหลว และด้านกำลังลงมือทำ ในการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่าภายหลังดำเนินการเสร็จสิ้นตามโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจะต้องได้คะแนนที่อยู่ในด้านกำลังลงมือทำมีค่าคะแนน 36 คะแนนขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ .87

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีการเตรียมการที่สำคัญดังนี้ คือ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จัดทำแผนดำเนินการทดลอง ประสานขอความร่วมมือจากสถาบันสุขภาพจิต และดำเนินการทดลอง

2. ระยะดำเนินการทดลอง มีการดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันรัฐฉะนารักษ์

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2554 จนถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2555

การกำกับการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการบำบัดในครั้งที่ 3 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ผู้เสพติดสุราทำแบบประเมินความคิดเห็นอัตโนมัติด้านลบ และแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการศึกษา หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยจะประเมินร่วมกับผู้เสพติดสุราว่าเป็นเพราะสาเหตุใดแล้วจึงพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นอัตโนมัติด้านลบอยู่ในเกณฑ์คือมีคะแนนอยู่ในช่วง 30 – 80 ทุกคนสำหรับแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนในด้านกำลังลงมือทำ 36 คะแนนขึ้นไปทุกคน

3. ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมกาเสพสุราของผู้เสพติดสุราในสัปดาห์ที่ 4 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจากการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติจึงใช้สถิติทดสอบที เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนพฤติกรรมกาเสพสุราของผู้เสพติดสุรา โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เสพติดสุราในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด (100%) มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี (44.4%) มีสถานภาพสมรสคู่ (61.1%) และมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (41.7%) ประกอบอาชีพรับจ้าง (50%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท (27.8%) โดยผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่ดื่มสุรามากกว่า 10 ปี (86.1%) และพบว่าผู้เสพติดสุราเกือบทั้งหมดดื่มสุรา 6-7 วันต่อสัปดาห์ (91.7%) ผู้เสพติดสุราเริ่มดื่มสุราเมื่ออายุเฉลี่ย 19.17 ปี ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาก่อนครั้งแรก (55.6%) และมีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา (52.8%) โดยใช้สารเสพติดร่วมด้วยเกือบครึ่ง (75%)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุรา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ	t	$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ	t
ภาวะซึมเศร้า	22.44 (6.79)	มาก	8.79*	22.61(6.14)	มาก	5.24*
ก่อนทดลอง	8.0 (3.71)	ปกติ		16.56 (7.96)	ปานกลาง	
หลังทดลอง						
พฤติกรรมการเสพยา						
ก่อนทดลอง	28.44 (4.94)	ติด	24.38*	31(6.64)	ติด	8.55*
หลังทดลอง	0 (0.00)	ไม่เสี่ยง		7.50 (8.97)	เสี่ยงน้อย	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 1 เมื่อนำค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาก่อน และหลังการทดลองของผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมาเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยา น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ยของผลต่าง	S.D	t	p
ภาวะซึมเศร้า	13.83	6.28	3.98	.00
กลุ่มทดลอง	6.33	4.92		
กลุ่มควบคุม				
พฤติกรรมการเสพยา				
กลุ่มทดลอง	29.27	4.86	2.37	.02
กลุ่มควบคุม	22.67	10.75		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ มีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยา ของผู้เสพติดสุรา หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ผู้เสพติดสุรา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาของตนเองอย่างต่อเนื่องมาจากในขั้นตอนแรกของการบำบัด ผู้วิจัยใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้เสพติดสุราได้รับความเห็นใจ เข้าใจของผู้วิจัย สื่อสารในลักษณะเคารพความเป็นคนของผู้เสพติดสุรา ให้การยอมรับในสิ่งที่ผู้เสพติดสุราเป็นอยู่ นอกจากนี้ผู้เสพติดสุราได้รับรู้ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราของตนเองและอุปสรรคในการไปถึงเป้าหมายที่ตนเองต้องการ สำหรับผู้เสพติดสุราที่มีความลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา เมื่อผู้วิจัยไม่ตำหนิและไม่ได้โต้แย้งเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุรา แต่ให้การยอมรับแสดงท่าทีที่สอดคล้องกับแรงต้านที่เกิดจากการมองไม่เห็นปัญหาและความลังเลใจที่เกิดขึ้นของผู้เสพติดสุรา ตระหนักว่าการแก้ไขปัญหามันต้องเกิดจากความคิดและความต้องการของผู้เสพติดสุราเองจะทำให้ผู้เสพติดสุราร่วมมือ

ในการบำบัดมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้เสพติดสุราได้รับการสนับสนุนและได้รับกำลังใจว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาได้ ทำให้ผู้เสพติดสุราสามารถตัดสินใจและลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ในที่สุด (Miller & Rollnick, 1991) ดังการศึกษาของสุนทร ศรีโกสย (2548) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยาพบว่าสามารถลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก และลดผลลัพธ์ที่ตามมาจากการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มและเพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพให้ผู้เสพติดสุราลดพฤติกรรมการเสพยาลง นอกจากนั้นแล้วในการบำบัดอีก 3 ครั้งเป็นการบำบัดความคิดและพฤติกรรมซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีกระบวนการเป็นขั้นตอน มีโครงสร้างที่ชัดเจนมีระยะเวลาการบำบัดที่มีขอบเขต การบำบัดแต่ละครั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้เสพติดสุราเกิดการเรียนรู้ การมอบหมายงานให้ผู้เสพติดสุราทำอย่างมีขั้นตอนช่วยให้ผู้เสพติดสุราเห็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและความรู้สึกของตนเอง ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับผู้เสพติดสุราที่เริ่มต้นการรักษา นอกจากนี้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะเน้นการแก้ไขสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้เสพติดสุราได้ค้นพบระบบความคิดในทางลบ ความคิดที่บิดเบือนพร้อมทั้งตรวจสอบระบบความคิดนั้นว่าทำให้เกิดผลทางลบอย่างไร ช่วยพัฒนาโครงสร้างทางความคิดที่มีต่อสถานการณ์

ต่างๆไปในทางที่เหมาะสมและยืดหยุ่นมากขึ้น ผู้เสพติดสุราสามารถหยุดความคิดทางลบที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางบวก และผลของการพัฒนาโครงสร้างความคิด นำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม สิ่งสำคัญที่เกิดขึ้นคือ ผู้เสพติดสุราเกิดการเรียนรู้และเข้าใจถึงความสำคัญของการเผชิญหน้ากับปัญหาหรือเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้จากการปรับเปลี่ยนการสร้างความคิดใหม่ ผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมทำให้ผู้เสพติดสุราเกิดความราบรื่นในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงตามมา

2. จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังดำเนินการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพติดสุรา ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสองกลุ่ม ดังนั้นผู้วิจัยจึงหาค่าเฉลี่ยของผลต่างก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ พบว่าผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ มีค่าเฉลี่ยของผลต่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพติดสุรา ลดลงกว่าผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจเนื่องมาจาก ผู้เสพติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพติดสุราอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การบำบัดครั้งที่ 1 และมีการใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ แสดงคำพูดและสื่อท่าทีให้ผู้เสพติดสุรามองเห็นว่า

ตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพติดสุราของตนเองได้ รวมถึงการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพติดสุราในแต่ละขั้นตอนของการบำบัด การแสดงความสนใจ ความตั้งใจ และให้การยอมรับผู้เสพติดสุรา ทำให้ผู้เสพติดสุราเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพติดสุราได้อย่างต่อเนื่อง สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้เสพติดสุรา มีพฤติกรรมการเสพติดสุราลดลงอย่างมั่นคง และภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างยั่งยืนนั้นคือ ผู้เสพติดสุรา มีทักษะในการป้องกันการกลับไปเสพติด เนื่องจากผู้เสพติดสุรา มักมีความแปรปรวนทางอารมณ์ได้ง่าย ดังนั้นหากมีทักษะในการรู้เท่าทันความคิดของตนเองและมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพติดสุราอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้เสพติดสุรา มีพฤติกรรมการเสพติดสุราลดลงอย่างยั่งยืน ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมั่นคงตามมา

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจาก การใช้โปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก และมีการบำบัดติดต่อกัน 4 สัปดาห์ทำให้ผู้เสพติดสุราต้องเดินทางไปกลับเพื่อเข้ารับการบำบัด อาจพบปัญหาเรื่องการเดินทางมารับการบำบัด อาจถอนตัวออกจากการบำบัดก่อนครบโปรแกรม ดังนั้น การนัดหมายกับผู้เสพติดสุราจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลควรนัดหมายโดยยึดความพร้อมของผู้เสพติดสุราเป็นหลัก และตามความยินยอมของผู้เสพติดสุรา

2. ด้านการศึกษา ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชาที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้เสพติด

สุราที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งถือเป็นโรคร่วมที่มีความซับซ้อน เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาวิจัยนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของการประเมินพฤติกรรมการเสพยาที่ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการเสพยา (AUDIT) ซึ่งเป็นแบบประเมินเพื่อค้นหาปัญหาจากการเสพยาและค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงของการดื่ม ดังนั้น ควรมีการประเมินพฤติกรรมการเสพยาที่สามารถวัดผลได้ชัดเจน เช่นการประเมินจำนวนวันที่ดื่มสุรา จำนวนวันที่ดื่มหนัก วันที่หยุดดื่มสุรา เป็นต้น

2. หลังการทดลองควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลของโปรแกรม เช่นติดตาม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้เสพติดสุรานำทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเกิดความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่มอบทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณผู้เสพติดสุรา ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คุณค่าและประโยชน์จากการวิจัยนี้ขอมอบแด่ผู้เสพติดสุราทุกท่าน

รายการอ้างอิง

กนกวรรณ กิตติวัฒนกุล. (2546). โรคจิตเวช
เนื่องจากสารเสพติด. *วารสารจิตเวช*

ขอนแก่นราชชนกนรินทร์, 5(2), 33-39.

ครุณี ภูขาว. (2547). การทบทวนองค์ความรู้ชุดที่ 2 เรื่องรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์จากแอลกอฮอล์. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา.

เชิรชัย งามทิพย์วัฒนา, มัลลย์ เฉลิมชัยนุกูล และ วิลาสินี ชัยสิทธิ์. (2545). Substance use disorder : ความเห็นต่อแนวคิดในการบำบัดในปัจจุบัน. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 33(2), 70-92.

สุนทรี ศรีโกไสย. (2548). *ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยาที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง*. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นพฤติกรรมกาสูบหรี่ และการดื่มสุราของประชากรปี พ.ศ. 2550*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ [online]. แหล่งที่มา : <http://portal.nso.go.th/otherWS-world-context-root/index.jsp>

Baker, A., Lee, N.K., Claire, M., Lewin, T.J., Grant, T., Pohman, S., Saunders, J.B., Lambkin, F.K., Constable, P., Jenner, L. & Carr, V.J. (2005). Brief cognitive behavioral interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 100(3), 367-378.

Beck, A.T. (1967). Depression: *Clinical*,

- Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Fauman, M.A. (2002). *Study guide to DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric publishing.
- Gratzer, D., Levitan, R.D., Sheldon, T., Rector, N.A., & Goering, P. (2004). Lifetime rates of alcoholism in adult with anxiety, depression, or co-morbid depression/ anxiety : A community survey of Ontario. *Journal of Affective Disorders*, 79, 209-215.
- Kalat, J.W. (2004). *Biological psychology*. Australia: Wadsworth.
- Mckee, S.L., Carrol, K.M., Sinha, R., Robinson, J.E., Nich, C., Cavallo, D. and Malley, S.O. (2007). Enchanting Brief Cognitive Behavioral Therapy with Motivational Enchantment Techniques in Cocaine Users. *Drug and Alcohol Depend*, 91(1), 97-101.
- Miller, W.R. and Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Preuss, U.W., Schuckit, M.A., Smith, T.L., Danko, D.P., Buckman, K., Bierut, L., Bucholz, K.K., Hesselbrock, M.N., Hesselbrock, V.M., Reich, T. (2002). Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Journal of Studies on Alcohol*, 26(4), 471 – 7.