



ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกัน การติดยาของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา

สุกมา แสงเดือนฉาย, พร.ด.*

วิลาสลักษณ์ ชั่ววัลลี, พร.ด.*

อรพินทร์ ชูชม, พร.ด.*

พิชัย แสงชาญชัย, พ.บ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสุราที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 59 คน เป็นผู้ดื่มอย่างเป็นประจำและผู้ที่ดื่มสุราที่ได้รับการส่งเข้ากลุ่มทดลอง (ผู้ดื่ม 10 คน ผู้ติด 20 คน) และกลุ่มควบคุม (ผู้ดื่ม 11 คน ผู้ติด 18 คน) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 10 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประเมินผลการศึกษา 5 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3 ด้วยแบบสอบถามความพร้อมที่จะป้องกันการติดยา และแบบบันทึกพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ MANCOVA และ Chi-square

ผล โปรแกรมการบำบัดมีผลไม่แตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่ดื่มอย่างเป็นประจำและผู้ที่ดื่มสุราในด้านความพร้อมในการป้องกันการติดยา หลังการทดลองเดือนที่ 1 และ 2 จำนวนผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการติดยาไม่แตกต่างกัน แต่ในเดือนที่ 3 กลุ่มทดลองมีการไม่ติดยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ติดสุรามีความตั้งใจ และมีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการติดยามากขึ้น และยังส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการยึดระยะเวลาในการไม่ติดยาให้ยาวนานขึ้นกว่าการบำบัดปกติของสถานบำบัด

คำสำคัญ : การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การป้องกันการติดยา แรงสนับสนุนทางสังคม สุรา

* สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



The effect of cognitive-behavioral therapy program, with social support, on early relapse prevention of alcohol use disorder patients

*Sukuma Saengduenchai, Ph.D.**

*Wiladlak Chuawanlee, Ph.D.**

*Oraphin Choochom, Ph.D.**

*Pichai Saengcharnchai, M.D.***

Abstract

Objective To examine the result of cognitive-behavioral therapy program, with social support, on readiness for early relapse prevention of alcohol use disorder patients.

Materials and methods The participants consisted of 59 alcohol use disorder patients, and classified as problem drinker and alcohol dependent. The patients were randomly assigned into experimental (10 problem drinkers and 20 alcohol dependents) and control groups (11 problem drinkers and 18 alcohol dependents). The experimental group received cognitive-behavioral therapy program that was developed by the researcher of 10 activity for 2 weeks. Evaluation for five times were pre-test, post-test and follow up in the first, second and third month by readiness for early relapse prevent questionnaire, and alcohol consumption report. The data were analyzed by utilizing MANCOVA and Chi-square.

Results Effect of treatment program on readiness for early relapse prevention were not statistically different in problem drinkers and alcohol dependents. The follow up assessments in the first and second month showed that the number of alcohol use disorder patients in experimental group and control group were not statistically different in early relapse prevention. However the follow up assessment in the third month revealed that the number of alcohol use disorder patients in experimental group had more non-relapse than control group.

Conclusion The cognitive-behavioral therapy program, with social support increase the intention and self-efficacy in early relapse prevention. Additionally the therapy program could extend the duration of non-relapse in the experimental group when compared to the patients in the control group.

Key words : cognitive-behavioral therapy, early relapse prevention, social support, alcohol

* Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

** Department of Psychiatry and Neurology, Phramongkutklao Hospital

บทนำ

ในปัจจุบันรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติ่มสุราให้ความสำคัญกับการดูแลภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายและบรรเทาอาการขาดสุรา ส่วนการฟื้นฟูสภาพจิตใจ การพัฒนาทักษะทางสังคมที่เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการป้องกันการกลับไปติดยังมีน้อย และยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งจากการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราที่ผ่านมาจึงพบว่า มีผู้ป่วยติดยาและกลับเข้ารับรักษาในสถานบำบัด มากถึงร้อยละ 45-60¹

จากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศ และรูปแบบการบำบัดสุราและสารเสพติดพบว่า ผลการบำบัดรักษาที่ได้ผลดีวิธีการหนึ่งคือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นรูปแบบที่นิยมและประสบความสำเร็จอย่างมาก² คือมีผลต่อการหยุดเสพยาวันมากกว่าการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ^{3,4} โดยในการบำบัดมีการจัดการครอบคลุมปัญหาที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดยา ทั้งปัจจัยที่เกิดขึ้นจากภายในตัวบุคคล และปัจจัยจากภายนอกตัวบุคคล^{5,6} ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่การไม่สามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ของตนเองทั้งทางบวกและทางลบอย่างเหมาะสม การไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกอยากติ่มสุราเมื่อเกิดการกระตุ้นจากความเชื่อที่ทำให้ติ่มสุราอย่างต่อเนื่อง^{7,8} การที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (self-efficacy) และการมีกระบวนการตัดสินใจที่บิดเบือนนำไปสู่การติ่มสุรา (decision-making processes)⁷ สำหรับปัจจัยภายนอกตัวบุคคลได้แก่การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ส่งผลให้ได้รับแรงกดดันจากสังคม มีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมทั้งการเผชิญกับบุคคลที่เชิญชวน ทำลายให้ติ่ม และสถานการณ์ที่เอื้อต่อการติ่ม

สำหรับในประเทศไทยผลงานวิจัยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มสุราไม่มากนัก⁹⁻¹² และไม่มีรูปแบบหรือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโดยตรง นอกจากนี้จากการศึกษาผลงานวิจัยยังพบข้อจำกัดบางประการที่ไม่สามารถบ่งบอกถึงประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน เนื่องจากมีการศึกษาวัดผลเพียงกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และเมื่อคำนึงถึงการนำไปใช้พบว่า รูปแบบของการบำบัดส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการบำบัดระยะสั้นๆ 9-12 โดยใช้เวลาในการบำบัดเพียง 5-6 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1.30-2 ชั่วโมง ในช่วง 1 สัปดาห์เท่านั้น และงานวิจัยที่ผ่านมาไม่พบว่า มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของการติ่มและปัญหาจากการติ่มที่แตกต่างกัน ทั้ง ๆ ที่ระดับความรุนแรงของการพึ่งพาแอลกอฮอล์ และระดับปัญหาจากการติ่มสุรามีผลต่อการบำบัดรักษา^{13,14}

การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดที่มีต่อความพร้อมในการป้องกันการติดยาและพฤติกรรมการติดยา รวมทั้งศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดว่าขึ้นอยู่กับประเภทของผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการติ่มสุราหรือไม่

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงทดลองผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสุราเพศชายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถาบันรักษาระหว่างเดือน กันยายน 2552-กุมภาพันธ์ 2553 ระยะบำบัดด้วยยาที่อยู่ในสถานบำบัดไม่น้อยกว่า 5 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มสุราจะได้รับการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย เพื่อจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ติ่มสุราอย่างเป็นปัญหา และผู้ติดสุราตามการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หลังจากนั้นสุ่มเข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แยกเป็นผู้ติ่มอย่างเป็นปัญหา กลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 11 คน ผู้ติดกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 18 คน

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck⁷ และการป้องกันการติดซ้ำของ Marlatt and Gordon⁵ ผ่านการตรวจสอบโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญทางการบำบัดความคิดและพฤติกรรม 3 ท่าน

ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 สร้างความตระหนักในปัญหาการติ่ม เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการติ่มสุรา โดยการวิเคราะห์ถึงผลดี-ผลเสียของการหยุดติ่ม หรือการคงการติ่มต่อไป รวมทั้งการวิเคราะห์สาเหตุของการติ่มสุราว่ามีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันอย่างไร ซึ่งเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น การคงอยู่ของปัญหา ผลกระทบของปัญหาต่อตัวผู้ป่วย ส่ง

ผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาและรู้สึกอยากที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองซึ่งมีกิจกรรมกลุ่มบำบัด 2 ครั้ง

ระยะที่ 2 เสริมแรงจูงใจในการบำบัด และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยใช้ตัวแบบผู้ที่เลิกสุราได้สำเร็จมาพูดคุยถึงวิธีการที่สามารถดำรงตนให้หยุดติ่มสุรา ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ประสบการณ์ของตนเองในช่วงเวลาที่สามารถหยุดติ่มได้สำเร็จ และสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในช่วงของการเลิกติ่มสุรา รวมทั้งการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน โดยให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงเรื่องราวความรู้สึกประทับใจ ความรู้สึกดี ๆ ที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อจิตใจที่เป็นผู้สนับสนุนในการหยุดติ่ม พร้อมทั้งให้ตั้งเป้าหมายในชีวิต ซึ่งมีกิจกรรมกลุ่มบำบัด 2 ครั้ง

ระยะที่ 3 การพัฒนาทักษะ โดยสอนและฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ในการเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวกับการติ่มสุรา การจัดการกับความรู้สึกต้องการติ่มสุรา การตัดสินใจและหลีกเลี่ยงจากการนำตนเข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยง และทักษะการปฏิเสธ ซึ่งมีกิจกรรมกลุ่มบำบัด 4 ครั้ง

ระยะที่ 4 เตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติเป็นขั้นตอนความร่วมมือกันของผู้ป่วย ครอบครัว หรือบุคคลสำคัญ และนักบำบัดในการวางแผนช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งมีกิจกรรมกลุ่มบำบัด 2 ครั้ง

ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีทั้งหมด 10 กิจกรรม ทำกิจกรรมทุกวัน วันละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละประมาณ 2 ชั่วโมง

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด โดยในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดจะใช้เวลาในช่วงเช้าให้ผู้ช่วยกลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมจะเข้าร่วมในกลุ่มประชุมเช้าซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นการให้ความรู้ การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโทษพิษภัยจากการดื่มสุรา ผลกระทบจากการดื่มและโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ป่วย ทั้ง 2 กลุ่ม จะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มนันทนาการ และกลุ่มสวดมนต์เหมือนกัน

เครื่องมือประกอบด้วย

แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ⁵ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดการป้องกันการติดเชื้อ⁵ โดยให้ผู้ช่วยสุราประเมินเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่ม ซึ่งมีจำนวน 28 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's $\alpha=0.96$ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและการป้องกันการติดเชื้อ โดยให้ผู้ช่วยสุราประเมินการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุรามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่ม ซึ่งมีจำนวน 27 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “มั่นใจมากว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้” มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's $\alpha=0.96$ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า

แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า แบบรายงานพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เป็นแบบบันทึกรายงานตนเองเพื่อประเมินการดื่ม (timeline follow back) ตามแนวทางของ Sobell and Sobell ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบบันทึกปริมาณการดื่มสุราของตรุณี ภูขาว¹¹ โดยมีการบันทึกเกี่ยวกับชนิดของสุราที่ดื่ม และปริมาณการดื่ม ซึ่งสามารถนำไปคำนวณร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (มากกว่า 6 ดื่มมาตรฐาน) และพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อ ซึ่งประเมินจากปริมาณการดื่มของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยกลับไปดื่มในปริมาณที่มากกว่า 6 ดื่มมาตรฐาน ถือว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองทันที และประเมินร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และตรวจวัดระดับ Gamma glutamyl transferase (GGT) ในเลือดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลในเดือนที่ 1, 2 และ 3

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ผลของโปรแกรมการบำบัด เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กับประเภทของผู้ป่วยสุรา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อระหว่างกลุ่มด้วย 2-way MANCOVA วิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อ (การดื่มสุรามากกว่า 6 ดื่มมาตรฐาน) ด้วยสถิติ Chi-square

ผล

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของผู้ดื่มสุรา				
ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา	10	33.3	11	37.9
ผู้ติดสุรา	20	66.7	18	62.1
อายุเฉลี่ย (SD) (ปี)	40 (9.4)		42 (8.6)	
อายุที่เริ่มดื่มสุรา (SD) (ปี)	19 (4.8)		18 (2.3)	
ชนิดของสุราที่ดื่มเป็นประจำ				
สุราขาว	24	80.0	23	79.3
สุราสี	2	6.7	1	3.4
เบียร์	4	13.3	4	13.8
อื่น ๆ (สุราเถื่อน)	0	0	1	3.4
ปริมาณสุราที่ดื่ม/วัน (standard drink)				
≤ 6	4	13.3	4	13.8
7-12	7	23.3	14	48.3
13-18	3	10.0	0	0
19-24	12	40.0	5	17.2
> 24	4	13.3	6	20.7
ปริมาณสุราที่ดื่มเฉลี่ยต่อวัน (SD)	18 (11.2)		19 (16.6)	
ความถี่ของการดื่ม				
ดื่มทุกวัน	25	83.3	24	82.8
ดื่ม 1-3 วัน/สัปดาห์	3	10.0	3	10.3
ดื่ม 4-6 วัน/สัปดาห์	2	6.7	2	6.9
ลักษณะของการดื่ม				
ดื่มคนเดียว	22	73.3	22	75.9
ดื่มเป็นกลุ่ม	8	26.3	7	24.1

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 40 ปี ส่วนใหญ่เริ่มดื่มสุราเมื่ออายุประมาณ 18-19 ปี โดยชนิดของสุราที่ดื่มเป็นประจำของทั้ง 2 กลุ่มคือสุราขาวถึงร้อยละ 80 และดื่มเฉลี่ยปริมาณวันละ 18-19

ดื่มมาตรฐาน (standard drink) โดยดื่มทุกวันมากกว่าร้อยละ 80 และส่วนใหญ่ชอบดื่มคนเดียวตามลำพัง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการติดยา

ประเภทของผู้ป่วยที่มี ปัญหาการดื่มสุรา	กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย (SD)	
			ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ				
ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา	กลุ่มทดลอง	10	118.0 (21.6)	138.9 (15.3)
	กลุ่มควบคุม	11	122.3 (18.3)	131.0 (15.6)
ผู้ติดสุรา	กลุ่มทดลอง	20	111.0 (34.9)	140.4 (16.3)
	กลุ่มควบคุม	18	128.1 (20.8)	132.6 (12.4)
การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำ				
ผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา	กลุ่มทดลอง	10	104.2 (26.3)	124.1 (23.2)
	กลุ่มควบคุม	11	115.5 (23.6)	118.7 (16.4)
ผู้ติดสุรา	กลุ่มทดลอง	20	103.4 (32.4)	134.6 (14.7)
	กลุ่มควบคุม	18	120.6 (19.6)	123.7 (14.3)

จากตารางที่ 2 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดยาเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม แต่จะพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นสูงมากกว่ากลุ่มควบคุม

จากการวิเคราะห์เพื่อดูผลของโปรแกรมการบำบัด เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กับประเภทของผู้ป่วยสุรา ที่มีต่อความพร้อมที่จะ

ป้องกันการติดยา (ความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาหลังการทดลอง) เมื่อควบคุมความตั้งใจในการป้องกันการติดยา ก่อนการใช้โปรแกรม โดยใช้ 2-way MANCOVA ไม่พบปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กับประเภทของผู้ป่วยสุราที่มีต่อความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.60$) แสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ไม่ขึ้นอยู่กับว่าเป็นกลุ่มผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา หรือ เป็นกลุ่มผู้ติดสุรา และเมื่อพิจารณาตัวแปรแต่ละตัวพบว่าประเภทของผู้ป่วย ที่เป็นกลุ่มผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหา และกลุ่มผู้ติดสุรามีความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อ

ไม่แตกต่างกัน ($p=0.11$) ส่วนผลของโปรแกรมการบำบัด พบว่า กลุ่มทดลองมีความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p=.04$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณสาร GGT ในเลือดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1, 2 และ 3

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย (SD)				
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล เดือนที่ 1	ติดตามผล เดือนที่ 2	ติดตามผล เดือนที่ 3
ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก					
- กลุ่มทดลอง	78.7 (35.1)	0	3.1 (10.1)	10.1 (21.9)	9.1 (27.5)
- กลุ่มควบคุม	85.6 (29.5)	0	7.3 (17.3)	15.1 (28.9)	27.9 (41.3)
ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม					
- กลุ่มทดลอง	11.8 (22.7)	100	92.1 (22.5)	81.9 (32.4)	90.1 (27.3)
- กลุ่มควบคุม	8.5 (15.7)	100	82.6 (28.9)	77.1 (36.9)	56.6 (44.0)
ปริมาณสาร GGT ในเลือด					
- กลุ่มทดลอง	830.6 (638.2)	158.6 (147.6)	110.8 (114.8)	86.5 (98.8)	73.5 (85.5)
- กลุ่มควบคุม	560.5 (740.2)	213.2 (252.1)	158.2 (301.5)	185.3 (399.8)	292.0 (743.2)

จากตาราง กลุ่มทดลองมีแนวโน้มของพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่ากลุ่มควบคุม กล่าวคือ กลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักและปริมาณสาร GGT ในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

และมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยจะเห็นความแตกต่างของพฤติกรรมการดื่มของทั้ง 2 กลุ่มชัดเจนมากขึ้นในเดือนที่ 3

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการติดซ้ำ ภายหลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3

ลักษณะพฤติกรรม	จำนวน (ร้อยละ)		ค่า η^2
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
สิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1			
1. พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ	25 (83.3)	20 (71.4)	.25
2. พฤติกรรมการติดซ้ำ	5 (16.7)	8 (28.6)	
สิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 2			
1. พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ	22 (75.9)	17 (60.7)	.22
2. พฤติกรรมการติดซ้ำ	7 (24.1)	11 (39.3)	
สิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 3			
1. พฤติกรรมการไม่ติดซ้ำ	19 (76.0)	11 (47.8)	.04
2. พฤติกรรมการติดซ้ำ	6 (24.0)	12 (52.2)	

จากตารางผลการเปรียบเทียบพฤติกรรม การติดซ้ำ (การดื่มสุรามากกว่า 6 ดื่มมาตรฐาน) ด้วย สถิติ Chi-square ภายหลังสิ้นสุดการทดลองเดือน ที่ 1, 2 และ 3 พบว่า สิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1 และเดือนที่ 2 จำนวนผู้กลับไปติดซ้ำไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลอง มีการกลับไปติดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 24 และร้อยละ 52)

วิจารณ์

การไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการ บำบัดและประเภทของผู้ป่วยสุรา แสดงให้เห็นว่า ผลของโปรแกรมการบำบัดที่มีต่อความพร้อมที่จะ ป้องกันการติดซ้ำไม่ขึ้นกับประเภทของผู้ป่วยที่มี ปัญหาการดื่มสุรา ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องจากการ บำบัดด้วยวิธีนี้ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลง จากภายในที่เกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ การรับรู้

ที่มีต่อการดื่มสุรา และพัฒนาทักษะในการจัดการ กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือที่บกพร่องไปโดยใช้ กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง โดยตรง จากตัวแบบ จากการศึกษาวิเคราะห์ การได้ รับข้อมูลย้อนกลับ และการได้ฝึกฝนทักษะซ้ำ ๆ จนทำให้เกิดการเรียนรู้ขึ้นทั้งกลุ่มผู้ดื่มอย่างเป็น ปัญหาและผู้ติดสุราส่งผลต่อความตั้งใจและการรับรู้ ในความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bandura¹⁵ ที่ กล่าวไว้ว่าการเรียนรู้สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมภายในของบุคคลได้ จึงพบว่า การบำบัด ความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมให้ผลทั้งในกลุ่มผู้ดื่มอย่างเป็นปัญหาและผู้ติด สุรา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัด มีความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติด ซ้ำมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา

มีการปรับเปลี่ยนทั้งความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อสุราให้ตรงตามความเป็นจริง และเป็นประโยชน์ต่อการหยุดดื่มสุรา รวมทั้งมีการปรับพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมมากขึ้น จึงเป็นการสร้างความเข้มแข็ง สร้างภูมิคุ้มกันการป้องกันการติดซ้ำให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งมีการเสริมสร้างเกราะป้องกันจากภายนอกด้วยการนำครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และเสริมแรงจิตใจให้กับผู้ป่วยด้วย

การบำบัดนี้จึงเหมือนเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยเพื่อพบกับสิ่งท้าทาย และตัวกระตุ้นต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมักจะพบเมื่อกลับบ้าน โดยการฝึกทักษะต่าง ๆ ในช่วงของการบำบัด การมอบหมายการบ้านให้ทำต่อ ทำให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ความเข้าใจ และซักซ้อมทักษะซ้ำ ๆ ให้เกิดความชำนาญ เมื่อต้องไปพบกับสถานการณ์จริงผู้ป่วยก็จะสามารถระลึกถึงหลักการ วิธีการ และทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมาในระหว่างการบำบัดนำไปใช้ประโยชน์ ทำให้ป้องกันการติดซ้ำได้ และไม่หวนกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม ๆ ถึงแม้การบำบัดจะสิ้นสุดลง¹⁶

เมื่อพิจารณาความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจากในโปรแกรมการบำบัดมีการพัฒนาความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ โดยนำหลักการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ Di Clemente¹⁷ มาใช้สร้างความตระหนักให้ผู้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราโดยการให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดแอลกอฮอล์ วงจรของการติดแอลกอฮอล์ รูปแบบของความคิดที่นำไปสู่การดื่มสุรา การให้ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ

ให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบของการดื่มสุราที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรงที่ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอด แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน มีการวิเคราะห์ถึงผลดี-ผลเสียของการหยุดดื่ม หรือการคงการดื่มต่อไป โดยผู้วิจัยจะให้ข้อมูล และสะท้อนข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อช่วยในการประเมิน และการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง

ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัด ก็มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมการบำบัดมีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำสุรา ตามแนวคิดของ Bandura¹⁵ โดยในกิจกรรมมีการใช้แบบ (model) จากชีวิตคนที่ประสบความสำเร็จในการหยุดดื่มสุรา และตัวแบบที่มีชีวิตจริง รวมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ที่ตนเองสามารถหยุดดื่มสุราว่ามีวิธีการอย่างไรบ้างแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาทักษะต่าง ๆ เพื่อป้องกันการติดซ้ำ มีการใช้วิธีการที่หลากหลายทั้งการวิเคราะห์ อภิปราย กรณีศึกษา การใช้ประสบการณ์จริงของผู้ป่วย การจินตนาการ การเข้าบทบาทสมมติ โดยอยู่บนฐานของการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเอง จากตัวแบบของเพื่อนในกลุ่ม และในบรรยากาศของการเรียนรู้ร่วมกัน การช่วยเหลือกัน และสัมพันธ์ภาพที่ดี มีแรงจูงใจ มีการพูดคุยชักชวนในการป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งทำให้เกิดความผ่อนคลาย มีความสบายใจ จึงเป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำให้กับผู้ป่วยสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Beck⁷ และ Marlatt⁵

สำหรับในระยะติดตามผลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน พบว่าในเดือนที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่ได้ รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและ ได้รับการบำบัดของสถานบำบัด มีการติดซ้ำไม่แตกต่างกัน จะมีเพียงเดือนที่ 3 เท่านั้นที่พบว่าผู้ป่วยที่ ได้รับการโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีการติดซ้ำน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งนี้ อาจอธิบายได้จากเป้าหมายของการบำบัดทั้งจากการ ได้รับการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด หรือได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ต่างก็มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ และเลิกดื่มสุรา ได้ในที่สุด ประกอบกับการที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา และประสบกับ ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยยังมีความ ตั้งใจที่ลดปริมาณการดื่มให้น้อยลง หรือหยุดดื่ม ในช่วงแรกที่ผู้ป่วยกลับบ้าน จึงพบว่า พฤติกรรมการ ดื่มของผู้ป่วยในช่วง 2 เดือนแรก ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Hunt, Barnett และ Branch อ้างถึงใน Beck⁷ กล่าวว่า ผู้ที่ใช้สุราและสารเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาแล้ว จะกลับไปติดซ้ำในเดือนที่ 3 มากถึงร้อยละ 65 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าในเดือนที่ 3 ภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการ บำบัดตามปกติของสถานบำบัดมีผู้กลับไปติดซ้ำ ร้อยละ 52 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดความคิด และพฤติกรรมมีผู้กลับไปติดซ้ำน้อยกว่าเพียงร้อยละ 24 ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากโปรแกรมที่ทำให้มีการ ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ที่เกิดจาก การปรับเปลี่ยนจากภายในตัวผู้ป่วยและส่งผลต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก จึงทำให้

พฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำมีความคงทน ยาวนานมากขึ้น ดังนั้นหลังสิ้นสุดการทดลองในเดือน ที่ 3 จึงพบว่า ผู้ป่วยสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมมีพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่าการบำบัด ปกติของสถานบำบัด และทำให้ผู้ป่วยไม่กลับไปติด ซ้ำมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมของผู้ติดยาและสารเสพติด ผิดกฎหมายด้วยการวิเคราะห์ห่อหุ้ม⁴ พบว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมให้ผลดีกว่าการ บำบัดชนิดอื่น

สำหรับการศึกษานี้มีข้อจำกัด คือมีการนำ ประเภทของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรามาเป็น ตัวแปรจัดประเภท โดยจำแนกผู้ป่วยเป็นผู้ดื่มอย่าง เป็นปัญหา และผู้ติดสุรา เข้าในกลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลองทั้งหมด 4 กลุ่ม คือผู้ดื่มอย่างเป็น ปัญหากลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 11 คน ผู้ติดกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 18 คน ซึ่ง กลุ่มผู้ดื่มมีจำนวนน้อยส่งผลต่ออำนาจในการทดสอบ เพราะในการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ จำนวนตัวอย่างในแต่ละเซลล์ควรมีตัวอย่างมากกว่า 20 จึงจะทำให้ผลการทดสอบมีความแกร่งมากขึ้น¹⁸

นอกจากนี้ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วย ยังต้องใช้เวลาอยู่ในสถานบำบัดอีกประมาณ 5-10 วัน ซึ่งในระหว่างนี้ไม่ได้มีกิจกรรมการบำบัดหรือการ กระตุ้นให้กับผู้ป่วยเลย จึงอาจส่งผลให้ความรู้ ทักษะ ต่าง ๆ ที่ได้รับจากโปรแกรมการบำบัดค่อย ๆ ลด น้อยลงไปก่อนที่จะผู้ป่วยจะมีโอกาสนำไปใช้กับ สถานการณ์จริงในการดำเนินชีวิต และเมื่อสิ้นสุด การทดลองในเดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ในระยะติดตามผล มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามได้

ทั้งนี้เนื่องจากการย้ายที่อยู่ใหม่ กลับบ้านไปทำงานที่ต่างจังหวัด และบางรายไม่สามารถติดต่อได้ จึงทำให้ต้องตัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย

สรุป

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และมีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการติดยามากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการยืดระยะเวลาในการไม่ติดยาให้ยาวนานขึ้นกว่าการบำบัดปกติของสถานบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และทุนสนับสนุนการวิจัยของนิสิตบัณฑิตศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันธัญญารักษ์. สถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยปีงบประมาณ 2548-2550. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์; 2550.
2. ทิพาวิดี เอ็มะวรรณนะ. จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2548.
3. Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *Am Psychol* 2004;59:224-35.
4. Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs* 2009;70:516-27.
5. Marlatt GA. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* 1996;91suppl:S37-49.
6. Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Res Health* 1999;23:151-60.
7. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese, BS. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford; 1993.
8. Graham HL, Copello A, Birchwood MJ, Mueser KT, Orford J, McGovern D et al. Cognitive-behavioral integrated treatment (C-BIT). New Jersey: John Wiley & Sons; 2004.
9. นิชนันท์ คำลั่น. การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิด และพฤติกรรมในผู้ติดยา [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
10. นิमित แก้วอาจ. การบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยสุราในโรงพยาบาลจิตเวช [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
11. Phukao D. Development and evaluation of a culturally appropriate treatment program for people with alcohol use disorders in Thailand [Ph.D. thesis]. Queensland: University of Queensland; 2006.

12. จุฑามรณ แก้วมุงคุณ, โคกิต นาสิบ, กมล วัฒนพร, แหวดาว พิมพ์พันธ์ดี, วราณิษฐ์ ลำไย, ญัฐยาพัชญ์ คำมณีจันทร์ และคณะ. การทบทวนองค์ความรู้และการวิเคราะห์ทิศทางการวิจัยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2493-2550. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2551.
13. Raistrick D, Heather N. Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. London: National treatment agency for substance misuse; 2006.
14. สวัสดิ์ อัมมวงศ์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. รายงานองค์ความรู้เรื่องมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากแอลกอฮอล์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
15. Bandura, A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
16. O'Donohue W, Fisher JE. Hayes SC, editors. Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice. New Jersey: John Willey & Sons; 2003.
17. DiClemente CC, Nidecker M, Bellack AS. Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. J Subst Abuse Treat 2008; 34: 25-35.
18. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. Boston: Pearson/Allyn and Bacon; 2007.