ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

The Effect of Group Motivational Interviewing on Medication Compliance of Schizophrenic Patients in Community

*รัชนี อุทัยพันธ์, พย.ม. (Ratchanee Uthaiphan, MNS)***
*เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, พย.ด. (Pennapa Dangdomyouth, PhD.)****

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research were: 1) to compare medication compliance of schizophrenic patients before and after receiving the group Motivational Interviewing, and 2) to compare medication compliance of schizophrenic patients who received group Motivational Interviewing and those who received regular caring activities. The test subjects were forty schizophrenic patients that received services in the outpatient department of Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital who met the inclusion criteria. They were matched in pairs and then randomly assigned to experimental groups and control groups with 20 subjects in each group. The research instruments consisted of: 1) the group Motivational Interviewing, 2) Compliance Behaviors Assessment Scale, 3) Motivation enhancement on medication compliance behavior in schizophrenic patients, and 4) Stage of Change Assessments. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2 and 3 instruments were reported by Cronbach's Alpha coefficient of .85 and .83. Data was analyzed using Descriptive statistics and t-test.

Major findings were as follows:

1. The medication compliance of schizophrenic patients who received the group Motivational Interviewing was significantly higher than that before, at p .05 levels.

2. The medication compliance of schizophrenic patients who received the group Motivational Interviewing was significantly higher than those who received regular caring activities at p .05 levels.

Keywords: Schizophrenic Patients in Community, Motivational interviewing, Medication Compliance

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจบริการทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

*** Corresponding author, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
E-mail: dnayus@yahoo.com

_13-1068(136-148)P4.indd 136 9/24/13 3:14:50 PM

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และ 2) เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 40 คน คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการจับคู่ด้วยระยะเวลาในการเจ็บป่วยและคะแนนอาการทางลบ กลุ่มทดลองได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม 2) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และ 4) แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 และ 3 หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .85 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับการสัมภาษณ์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด พบในประชากรทั่วโลกประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) และมีแนวโน้มสูงขึ้น (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2551-2553) ลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และมีพฤติกรรมขาดแรงจูงใจ ซึ่งพบอาการสำคัญ 2 กลุ่มอาการคือ กลุ่มอาการทางบวกโดยจะแสดงออกมาให้เห็นชัดเจน ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน และกลุ่มอาการทางลบที่พบได้บ่อยและมีอาการคงอยู่นาน ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (สมภพ เรืองตระกูล, 2553)

ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่จะมีอาการทางลบเป็นอาการเด่นและเป็นปัญหาสำคัญ (Johnson, 1993) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีอาการทางลบร้อยละ 30 (Robert, 2006) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ขาดแรงจูงใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ

_13-1068(136-148)P4.indd 137 9/24/13 3:14:50 PM

ในการรักษาด้วยยา (Drake et al., 2004) ซึ่งการขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทสาเหตุเกิดจากอาการทางลบ ผู้ป่วยจะแสดงออกมาในรูปแบบของการหมดพลังงาน ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมให้สำเร็จลุล่วง (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) ถ้าแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับดีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก็จะอยู่ในระดับดีด้วย แต่ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามีอัตราการกำเริบซ้ำถึง 18 เท่า (Maneesakorn et al., 2007)

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยยานอกจากจะควบคุมอาการแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552; Jones et al, 2011) เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ความร่วมมือในการใช้ยาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์กับการกำเริบหรือการป่วยซ้ำสูง (Tay, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านทีมสุขภาพ (Oehl, Hummer & Fleischhackwer, 2000)

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการเน้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวผู้ป่วยเองจะช่วยพัฒนาสู่ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ (McDonald & Badger, 2002) วิธีการหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาสู่ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาคือการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (นิตยา สุริยพันธ์ และอรุณี โสตถิวนิชย์วงศ์, 2551) โดยพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต้องเกิดจากความพร้อมและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติด้วยตนเองของผู้ป่วย (Ickovies & Meade, 2002 อ้างในองค์อร ประจันเขตต์, 2551)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม (Miller & Rollnick, 2007)โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ซึ่ง Prochaska & Diclement (1984) ได้เริ่มต้นใช้ทฤษฎีดังกล่าวในการศึกษาผู้ติดบุหรี่ และประยุกต์ใช้ในการปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ ต่อมา Miller & Rollnick (1991) ได้นำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประยุกต์ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา จากนั้นพัฒนามาใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพและด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาได้ดีขึ้น (Bundy, 2004) ช่วยให้แสดงพฤติกรรมการรักษาอย่างมี

เป้าหมาย จากการกำหนดและการตัดสินใจด้วยตัวเอง ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถบำบัดได้พร้อมกันหลายคน โดยการใช้พลังกลุ่มช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากและเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา สุริยะพันธ์ และอรุณี โสตถิวนิชย์วงศ์ (2551) ที่ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุม และภายหลังจำหน่าย 1 เดือนผู้ป่วยมีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรับประทานยา อาการทางจิตสงบ และลดการกลับมาป่วยซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาส่วนใหญ่เป็นการศึกษารายบุคคลและศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งหากมีการประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรัง โดยนำรูปแบบกลุ่มร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้จะช่วยให้สมาชิกภายในกลุ่มให้การสนับสนุนสร้างแรงจูงใจซึ่งกันและกันโดยแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้อย่างต่อเนื่องและถาวร (องค์อร ประจันเขตต์, 2551) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2007) มาประยุกต์ใช้ในรูปแบบกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะของการเปลี่ยนแปลงสมาชิกในกลุ่มมีการสนับสนุน ส่งเสริมซึ่งกันและกันจนเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลโดยการนำรูปแบบการบำบัดมาใช้ส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เนื่องจากอาการทางลบทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ขาดความกระตือรือร้น ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะหมดพลังงาน ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมให้สำเร็จลุล่วง (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) การเสริมสร้างแรงจูงใจให้

_13-1068(136-148)P4.indd 139 9/24/13 3:14:50 PM

กับผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (นิตยา สุริยพันธ์และอรุณี โสตถิวนิชย์วงศ์, 2551) นอกจากนี้การผสมผสานรูปแบบของกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ระหว่างบุคคลในกลุ่ม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์มีการช่วยเหลือกันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (Jones et al., 2011)

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2007) ซึ่งเป็นวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจภายในให้เกิดพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยจิตเภท มุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมายซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของ Prochasca & Diclemente (1997) ซึ่งจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นไหนของการเปลี่ยนแปลง สามารถให้การช่วยเหลือได้เหมาะสม และการเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีขั้นตอน (องค์อร ประจันเขตต์, 2551) นอกจากนี้การนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเข้ามาใช้ในรูปแบบกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามีการแลกเปลี่ยนความรู้ มีแรงจูงใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาได้ถูกต้องเหมาะสม

ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการดำเนินกิจกรรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ระยะ 5 กิจกรรม คือ ระยะที่ 1 ระยะสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (กิจกรรมที่ 1) ระยะที่ 2 ระยะการให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (กิจกรรมที่ 2, 3 และกิจกรรมที่ 4) และระยะที่ 3 ระยะการติดตาม (กิจกรรมที่ 5) ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ 1) OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความคิด (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization) 2) DARES คือ การให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เมื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Develop discrepancy) การหลีกเลี่ยงทะเลาะหรือโต้แย้ง (Avoid argumentation) การเคลื่อนไปตามแรงต้าน (Roll with resistance) แสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) และการสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Support self-efficacy) และ 3) FRAMES ซึ่งได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการใช้คำพูดของผู้ป่วยเอง และประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาไปสู่ขั้นตอนที่สูงขึ้นจนไปสู่ขั้นตอนการร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest–posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีคุณสมบัติเกณฑ์คัดเลือกเข้ากลุ่ม ได้แก่ มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปีทั้งเพศหญิงและชาย อาการทางจิตทุเลาโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน เป็นผู้มีอาการทางลบระดับปานกลางถึงสูง มีคะแนน 5-13 คะแนน และยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ด้วยโปรแกรม PASS แบบ Two-Sample T-Tests power analysis โดยนำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากงานวิจัยเรื่องผลของการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ขององค์อร ประจันเขตต์ (2551) มาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดอำนาจทดสอบ = 80.07, x = 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน รวม 32 คน แต่เพื่อป้องกันการ Drop out ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (Match Pair) เพื่อควบคุมตัวแปร แทรกซ้อนในการทำวิจัยครั้งนี้ ด้วยระยะเวลาในการเจ็บป่วยและคะแนนอาการทางลบ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2555 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา วิธีการ และประโยชน์ที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับ จะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และขออนุญาตบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม จากนั้นสอบถามความสมัครใจ และให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือในการทดลอง คือ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2007) โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) มาบูรณาการในรูปแบบกลุ่ม ประกอบด้วยขั้นตอน 3 ระยะ 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติ

ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยพรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ (2549)ประกอบไปด้วยคำถาม 16 ข้อ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงใช้สูตร Chronbach's Alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามแนวคิดของ Biener & Adam (1991) พัฒนาโดยธัญชนก เต่าทอง (2554) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาให้เหมาะกับผู้ป่วยจิตเภท ผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน นำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ คือข้อคำถาม จ เพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามคำจำกัดความเพื่อให้คำถามชัดเจนยิ่งขึ้น จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงใช้สูตร Cronbach's Alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ DiClemente & Hughes (1990)ที่สร้างโดยพิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2552) พัฒนาโดยธัญชนก เต่าทอง (2554) ประกอบด้วย 32 คำถาม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน หลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงใช้สูตร Cronbach's Alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมโดยการศึกษาตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติหลักสูตรระยะสั้น "การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ" เป็นผู้สังเกตการณ์และฝึกประสบการณ์การให้คำปรึกษารายกลุ่มตามแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมกับผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วย เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Pre-test) แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเตรียมผู้ช่วยในการ

ดำเนินกิจกรรม

ระยะดำเนินการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การให้การบริการก่อนพบแพทย์ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม และการบริการหลังพบแพทย์ ได้แก่ การให้คำแนะนำวิธีการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และกลุ่มทดลองได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย กิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรม ภายหลังการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และหลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภททันที และหลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดผลตัวแปรตามโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Post–test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ 2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Pair t – test) 3) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t – test)

ผลการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

_13-1068(136-148)P4.indd 143 9/24/13 3:14:52 PM

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	39.95	2.58	ปานกลาง	19	-8.937	.000
หลังการทดลอง	54.05	6.10	สูง	19		
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	38.95	2.56	ปานกลาง	19	-2.962	.008
หลังการทดลอง	42	4.12	ปานกลาง	19		

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=-8.937) โดยคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	39.95	2.58	ปานกลาง	38	1.228	.227
กลุ่มควบคุม	38.95	2.54	ปานกลาง	38		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	54.05	6.10	สูง	38	7.323	.000
กลุ่มควบคุม	42	4.12	ปานกลาง	38		

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการ

ทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (t=7.323)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ดีขึ้น ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Miller & Rollnick (2007) มาบูรณาการใช้ในรูปแบบกลุ่มและพัฒนากิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีทั้งหมด 5 กิจกรรม ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรม คือ OARS, DARES และ FRAMES ซึ่งการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller & Rollnick (2007) เป็นวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจภายในให้เกิดพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยจิตเภท มุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมายซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของ Prochasca & Diclemente (1997) จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นไหนของการเปลี่ยนแปลง สามารถให้การช่วยเหลือได้เหมาะสม และการเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีขั้นตอน

2. ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 จะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจะช่วยทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (นิตยา สุริยพันธ์ และอรุณี โสตถิวนิชย์วงศ์, 2551) และการใช้รูปแบบกลุ่มร่วมกับการใช้ยาก่อให้เกิดผลดีกว่าการใช้ยาอย่างเดียว โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอก (Jones et al, 2011) สอดคล้องการศึกษาของ Guimon et. al (1993) ที่นำรูปแบบกลุ่มมาใช้ในผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีทัศนคติ และการแสดงออกเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยครั้งนี้ผลการทดลองพบว่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะของการเปลี่ยนแปลง สมาชิกในกลุ่มมีการสนับสนุน ส่งเสริมกันและกัน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

_13-1068(136-148)P4.indd 145 9/24/13 3:14:53 PM

โดยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยากลุ่มทดลองสูงขึ้นอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การให้การบริการก่อนพบแพทย์ เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม และการบริการหลังพบแพทย์ เช่น การให้คำแนะนำวิธีการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 35 อาจเกิดจากเหตุผล 2 ประการคือ ประการแรกการพยาบาลตามปกติที่ได้ปฏิบัติให้กับผู้ป่วยก็มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและหากได้ใช้รูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มแล้วจะยิ่งทำให้การพยาบาลที่กระทำอยู่ตามปกติมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ประการที่สองอาจเป็นจากปฏิกิริยาของการทดสอบครั้งแรกกับวิธีการทดลอง (Interaction effect of testing and treatment) ซึ่งผลจากการทดสอบครั้งแรกไปกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองต่อการทดสอบดีขึ้นจนทำให้ผลการทดสอบครั้งหลังเพิ่มขึ้น (วสันต์ ทองไทย, 2555)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรม โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้นและต่อเนื่อง

2. ควรทำการศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวชชนิดอื่นๆ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

3. ควรมีการศึกษาระยะยาว และติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างน้อยเดือนละครั้ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ เป็นแรงผลักดันให้เกิดความสำเร็จ ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องที่มิได้เอ่ยนามในที่นี้สำหรับความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยและผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2551-2553). *สถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต.* นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.

ธัญชนก เต่าทอง. (2554). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อภาระผู้ดูแล.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา สุริยะพันธ์ และอรุณี โสตถิวนิชย์วงศ์. (2551). *การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท.* นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์.

(2552). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.

พรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ. (2549). *ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท.* อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี.

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท.* สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

พิชัย แสงชัยชาญ และคณะ. (2553). *การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา.* กรุงเทพมหานคร: วนิดาการพิมพ์.

วสันต์ ทองไทย. *การออกแบบการวิจัย.* [online] 2555. Available from: http://www.bpcd.net/new_subject/library/research/document/sopida/research/ku/develop/04. [2554, กันยายน 7]

สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

องค์อร ประจันเขตต์. (2551). *ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bundy, C. (2004). Changing behavior: using motivational interviewing techniques. *Journal of the Royal Society of medicine, 97* (44), 43-47.

DiClemente, C.C. & Hughes, S.O. (1990). Stage of change profiles in alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse, 2,* 217-235.

Di Matteo, M. R. & Di Nicola, D. O. (1982). Achieving patient compliance: *The psychology of the medical practitioner's role.* New York: Pergamum Press.

Drake, R.E et al. (2004). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Winter,* 9 (1), 102-110.

Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal, 92*(6), 1-3.

Guimon, L., Eguiluz, I., & Bulbena, A. (1993). Group pharmacotherapy in schizophrenics: attitudinal and clinical changes. *European Journal of Psychiatry, 7* (3), 147-154.

Ickovies, J.R. & Meade, C.S. (2002). Adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV: A clinical link between behavioral and biomedical sciences. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 31*(3), 98-102.

Johnson, B.S. (1993). *Psychiatric Mental Health.* 3rd ed. Pennsylvania; J.B. Lippincott.

Jones, B., Corkran, C., Carpentier, S., McLendon, V., Weaver, L., Yeager, K., Norris, S., Teplinskiy, I. & McCarty, F. (2011).

Group Motivational Interviewing for HIV Infected Women. *AIDS and Behavior, 15*(5), 885-896.

McDonald, J.L. & Badger, T.A., 2002. Social Function of persons with schizophrenia. *Journal of psychosocial Nursing, 40* (6), 42-50.

Maneesakorn, S., Robson, D., Goournay., K. & Gray, R. (2007). A RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 1302-1312.

Miller, W.R. and Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing Preparing People to Change Addictive Behavior.* New York: The Guilford press.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2007). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems.* New York: The Guilford press.

Oehl, M., Hummer, M. & Fleischhackwer, W.W. 2000. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102* (407), 83-86.

Prochaska, J.O. & Diclmente, C.C. (1997). *In search of how people change: applications to addictive behaviors in Additive behaviors: Reading on Etiology, Prevention, and Treatment.* Edited by Marlatt GA, VadenBos GR. Washington, DC: American Psychological Association Press.

Robert, W. B . (2006). *Negative symptoms in schizophrenia: An Overview.* [online]. Available from http://www.Persistent Negative Symptoms in Schizophrenia An Overview. [2009, May 22]

Tay, S.E. (2007). Compliance therapy: An intervention to improve inpatients' attitudes toward Treatment. *Journal of Psychosocial Nursing, 45* (6), 29-37.

World Health Organization. (2011). Schizophrenia [online]. Available from: www.who.int/mental_health/management schizophrenia/en/ [2011, June 26]