

ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

THE EFFECT OF FAMILY MOTIVATIONAL INTERVENTION
ON MEDICATION ADHERENCE OF PERSONS WITH
SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY

จิรากร กันทับทิม, พย.บ. (Jirakorn Kuntubtim, BNS., RN)**

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

Abstract

Objectives: To examine the effect of Family Motivational Intervention (FMI) on medication adherence of persons with schizophrenia in community.

Methods: The research was a quasi - experimental design. The sample consisted of 40 families of persons with schizophrenia in community who met the inclusion criteria and received services at the outpatient department in Samchuk Hospital. The subjects were matched pair by age and medication adherence behavior and then randomly assigned into experimental group and control group, 20 families in each group. The experimental group received the FMI and the

control group received regular nursing care.

Research instruments were: 1) the FMI, 2) The Medication Adherence Scale, 3) The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 4) The Competency of Motivation Interviewing Scale, and 5) The Competency of Motivation Interviewing Observational Scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2nd, 3rd and 4th instrument was reported by Cronbach's alpha as of .83, .82 and .81 and the 5th instrument was reported by Pearson's correlation as of .99. The t-test was used for data analysis.

*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Thesis for the degree of master of nursing science program in psychiatry and mental health nursing, Faculty of nursing, Chulalongkorn University. This study was supported by Graduate School and Faculty of nursing, Chulalongkorn University)

**นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Student, master of nursing science program in psychiatry and mental health nursing, Faculty of nursing, Chulalongkorn University)

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of nursing, Chulalongkorn University), Email: penpaktr_uthis@yahoo.com

วันที่รับ (received) 1 กุมภาพันธ์ 2559 วันที่แก้ไข (revised) 16 มีนาคม 2559 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 เมษายน 2559

Results: 1) Medication adherence of persons with schizophrenia in community who received the FMI was significantly higher than that before ($p < .05$). 2) After the experiment, medication adherence of persons with schizophrenia in community who received the FMI was significantly higher than that of those who received the regular nursing care ($p < .05$).

Keyword: Family motivational intervention, Medication adherence, Schizophrenia in community

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามชุก ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 40 ครอบครัว จับคู่ตัวอย่างด้วยอายุและคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือการวิจัยคือ 1) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว 2) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 3) แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง 4) แบบประเมินการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแล และ 5) แบบสังเกตผู้ดูแลในการ

ใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2, 3 และ 4 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83, 0.82 และ 0.81 ชุดที่ 5 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา: 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) หลังการทดลอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาระและส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคมมากที่สุด (Wu et al., 2005) วิธีการรักษาโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุดคือ การรักษาด้วยยา (Kumar & Sedgwick, 2001) เนื่องจากช่วยปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมองของผู้ป่วยซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคจิตเภท (Horwath & Cournois, 1999) ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง แต่พบผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากถึงร้อยละ 50 ที่ใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (Lacro, Dunn,

Dolder, Leckband, & Jeste, 2002) ทั้งนี้ผลกระทบที่มีความสำคัญและพบได้บ่อยที่สุดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคือการกลับเป็นซ้ำ (Kazadi, Moosa, & Jeenah, 2008) เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงจนไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้และต้องกลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Kane, 2007; Maneesakorn, Robso, Gourna, & Gray, 2007) ดังนั้นการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ

สาเหตุหลักสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา คือ การขาดแรงจูงใจ (Faerden et al., 2010) รวมทั้งขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว (Novick et al., 2010) ทั้งนี้ในปัจจุบันพบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller & Rollnick (2002) เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลในการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (Drymaski & Campbell, 2009) เนื่องจากการบำบัดที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างเป้าหมายต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในประเทศไทยมีการศึกษาที่นำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) มาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นได้แต่พบว่าเป็นเพียงการบำบัดที่มุ่งเฉพาะตัวผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ Spirito et al. (2011) และ Smeerdijk et al. (2009; 2011) จึงพัฒนาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิด

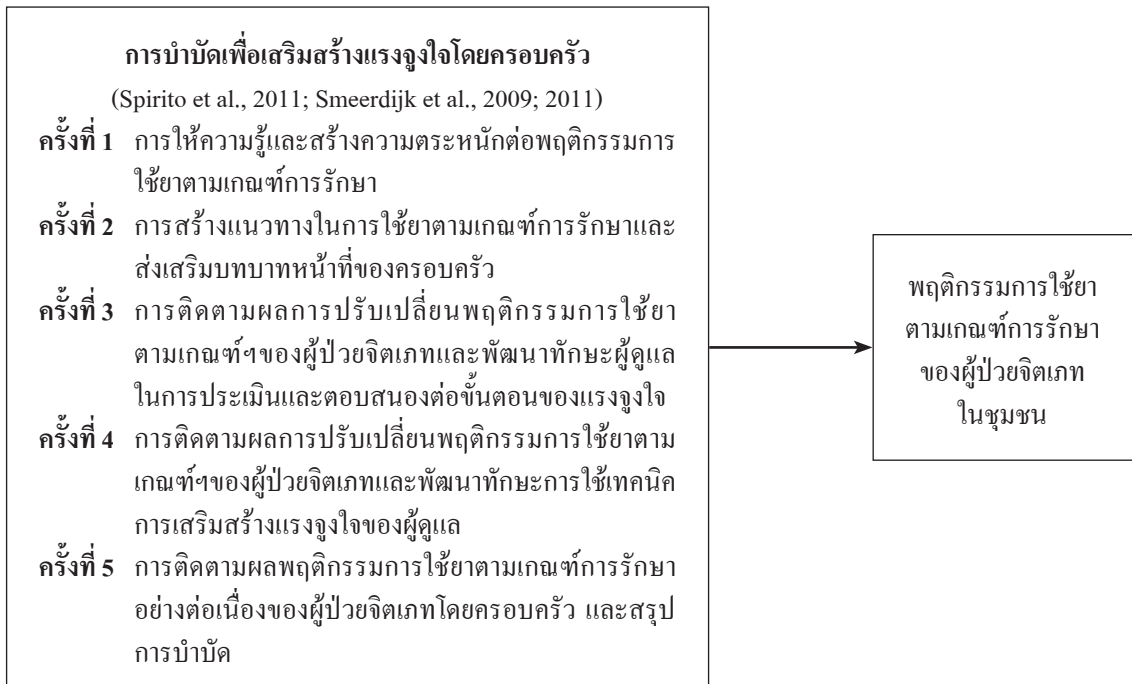
ของ Miller & Rollnick (2002) แต่เพิ่มเติมบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างถาวรและยั่งยืน การศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวขึ้นโดยบูรณาการจากรูปแบบแนวคิดของ Spirito et al. (2011) และ Smeerdijk et al. (2009; 2011) เพื่อเป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ข้อมูลจากผลการศึกษาคครั้งนี้จะใช้เป็นแนวทางให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและมีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวซึ่งบูรณาการจากรูปแบบแนวคิดของ Spirito et al. (2011) และ Smeerdijk et al. (2009; 2011) ที่พัฒนาขึ้นจากพื้นฐานแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest - posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทแต่ละครอบครัวซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนของรัฐ

กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมด 2 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 40 ครอบครัว (กลุ่มทดลอง

20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภท คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีอายุ 20 - 59 ปี และมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำสุดถึงปานกลาง 2) มีอาการทางจิตสงบ 3) สามารถพูดคุยสื่อสารและฟังภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและผู้ดูแล คือ 1) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไปที่มีอายุ 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ครอบครัวละ 1 คน 2) มีอาการทางจิตสงบ 3) สามารถพูดคุยสื่อสาร ฟังและเขียนภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการ

พิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสามชุก วันที่ 1 ตุลาคม 2558 (เอกสารรับรองเลขที่ 3495/29 กันยายน 2558) มีการชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ผู้วิจัยได้บูรณาการจากรูปแบบแนวคิดตามการศึกษาของ Spirito et al. (2011) และ Smeerdijk et al. (2009; 2011) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากพื้นฐานแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มครอบครัว กลุ่มละ 3-5 ครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน จัดกิจกรรม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใกล้บ้าน จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1) การให้ความรู้และการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กิจกรรมที่ 2) การสร้างแนวทางในการใช้ยาและส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัว กิจกรรมที่ 3) การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการประเมินและตอบสนองต่อขั้นตอนของแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 4) การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ ของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเกี่ยวกับหลักสำคัญและเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ และกิจกรรมที่ 5) การติดตามผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย

จิตเภทโดยครอบครัว และสรุปการบำบัด

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท ข้อมูลของผู้ดูแล และข้อมูลครอบครัว

2.2 แบบวัดพฤติกรรมกรการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยนำแบบวัดฯ ที่สร้างขึ้นโดยเพชรกันธสายบัว (2544) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) และพัฒนาต่อโดย สรินทร เขียวโสธร (2545) มาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมกรการใช้ยา ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านกรการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลาไม่ลด หรือเพิ่มขนาดยาและ 2) ด้านความสามารถการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยผลรวมของคะแนนที่สูงแสดงว่ามีพฤติกรรมกรการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก

3. เครื่องมือที่ใช้กักกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale: SOCRATES-8A) พัฒนาโดย Miller and Tonigan (1996) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2553) และได้รับการปรับปรุงด้านภาษาโดยพื้นฐานภาคจิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549) และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาพฤติกรรมกรการใช้ยา เครื่องมือนี้แบ่งเป็นรายด้านทั้งหมด 3 ด้าน ในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แบบสอบถามเฉพาะรายด้านลงมือกระทำ

ซึ่งมีทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดความคิดเห็น 5 ระดับ ใช้เกณฑ์พิจารณาที่ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

3.2 แบบประเมินตนเองของผู้ดูแลเรื่องความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจสร้างโดย Addiction Technology Transfer Center (ATTC) Network พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดยแผนงานการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดยแผนงานการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดยแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.) โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับการประเมินผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งให้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินตนเอง ประกอบด้วย 12 ข้อ เป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert scale) 3 ระดับ คิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนทุกข้อ ใช้เกณฑ์พิจารณาที่ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน แสดงว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจอยู่ในระดับสูงขึ้นไป

3.3 แบบสังเกตความสามารถของผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างโดยแผนงานการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดยแผนงานการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดยแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.) ซึ่งจะให้พยาบาลสังเกตและประเมินผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้ระดับคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนทุกข้อ ใช้เกณฑ์พิจารณาที่ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 37 คะแนน แสดงว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการเสริมสร้างแรงจูงใจอยู่ในระดับสูงขึ้นไป

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง โดยการเตรียมความรู้ของผู้วิจัยเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวพร้อมทั้งเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลสามชุก รวมทั้งขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในชุมชน เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 ครอบครัว ผู้วิจัยทำการประเมินแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (pre - test) ทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched pair) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับเดียวกัน จากนั้นสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบทั้ง 20 คู่ ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลองมีการดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมสหสาขาวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอก

2.2 กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมสหสาขาวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอกและได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ซึ่งจะมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในหมู่บ้านเดียวกันมาเข้าร่วมกลุ่มเดียวกันและ

จัดกิจกรรม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ที่ใกล้บ้าน

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง โดยผู้วิจัย
ประเมินผลเครื่องมือกำกับการทดลองทั้ง 3 เครื่องมือ
ในกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที ดังนี้
ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประเมินแบบวัดขั้นตอน
ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการ
ในการรักษา ส่วนผู้ดูแลได้รับการประเมินแบบ
ประเมินตนเองของผู้ดูแลเรื่องความสามารถในการ
เสริมสร้างแรงจูงใจและแบบสังเกตความสามารถ
ของผู้ดูแลในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ
ผู้วิจัยประเมินแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (post - test) ทั้งในกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม
1 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์
ของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
ในการคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน การทดสอบค่าทีแบบ paired t-test และ
independent t - test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้
ในการศึกษา

1. ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทที่การศึกษานี้
จัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะ
ใกล้เคียงกันมากที่สุดนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี
คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่
ในระดับต่ำสุดถึงปานกลาง (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่
อายุ 41 - 59 ปี (ร้อยละ 80) เป็นเพศชาย (ร้อยละ
75) สถานภาพโสด (ร้อยละ 40) จบการศึกษานี้

ประถมศึกษา (ร้อยละ 47.5) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
(ร้อยละ 52.5) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย
ทางจิต 11 - 20 ปี (ร้อยละ 37.5) และระยะเวลาใน
การรักษาด้วยยา 11 - 20 ปี (ร้อยละ 35) ส่วนใหญ่
ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 55)

2. ข้อมูลของผู้ดูแล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51 - 59 ปี (ร้อยละ 57.5)
เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 57.5 และ
43.5) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 57.5) จบชั้นประถมศึกษา
(ร้อยละ 60) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 40) ส่วนใหญ่
มีความสัมพันธ์เป็นพี่น้องหรือพ่อแม่กับผู้ป่วย
จิตเภท (ร้อยละ 32.5 และ 22.5) ระยะเวลาในการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วง
11 - 20 ปี (ร้อยละ 40)

3. ข้อมูลของครอบครัวพบว่ารายได้ครอบครัว
เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง
5,001-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 75) มีสถานะ
ทางการเงินที่ไม่ดี โดยส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือ
เก็บ (ร้อยละ 40) ไม่เพียงพอและเป็นหนี้ (ร้อยละ
40)

ส่วนที่ 2 ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง
แรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม
เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการ
ทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดเพื่อ
เสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวแตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.40, p < .05$)
ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน
รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยเฉลี่ยของของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	\bar{X}	SD	df	t	p - value
กลุ่มทดลอง (n = 20)					
หลังการทดลอง	81.65	8.09	19	10.40	.00
ก่อนการทดลอง	49.20	12.98	19		
กลุ่มควบคุม (n = 20)					
หลังการทดลอง	44.25	10.08	19	-1.62	.12
ก่อนการทดลอง	48.25	13.34	19		

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน แต่

ภายหลังการทดลองพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 12.94, p < .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยเฉลี่ยของของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	\bar{X}	SD	df	t	p - value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	49.20	12.98	38	0.23	.82
กลุ่มควบคุม	48.25	13.38	38		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	81.65	8.09	38	12.94	.00
กลุ่มควบคุม	44.25	10.08	38		

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1. จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้ ในการบำบัดนี้มีการออกแบบโดยการ

คำนึงถึงความแตกต่างของระดับแรงงูใจของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ Miller and Rollnick (2002) เชื่อว่าระดับแรงงูใจของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นในการดำเนินการบำบัดจึงมีการประเมินระดับแรงงูใจในช่วงต้นของการดำเนินกิจกรรม และใช้กระบวนการกลุ่มผลักดันให้มีระดับของแรงงูใจอยู่ในขั้นที่เหมาะสมสำหรับเนื้อหาของกรดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wagner and Ingersoll (2013) ที่กล่าวว่าในการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างแรงงูใจรูปแบบกลุ่มจำเป็นต้องมีการตรวจสอบแรงงูใจของผู้ป่วยให้มีความใกล้เคียงกันหรือให้มีความเหมาะสมกับเนื้อหาของกรดำเนินกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินการบำบัดมีประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้ในการบำบัดนี้มีการประเมินหน้าที่ครอบครัวทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างเหมาะสมตลอดจนหาแนวทางในการพัฒนาการทำหน้าที่ของตนเองและนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Spirito et al. (2011) ที่กล่าวว่ากรประเมินหน้าที่ครอบครัว (Family Assessment Task) จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งในการบำบัดนี้มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลเกี่ยวกับการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจซึ่งพบว่า ผู้ดูแลสามารถนำเทคนิคในการเสริมสร้างแรงงูใจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมกรใช้ยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2014) ที่กล่าวว่ากรที่ผู้ดูแลในครอบครัวนำเทคนิคการเสริมสร้างแรงงูใจไปใช้ในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงงูใจที่ดี และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนให้ดีขึ้นได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานกรวิจัยข้อที่ 2 โดยสะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจโดยครอบครัวช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในทุกด้านเพิ่มขึ้นได้ โดยมีความแตกต่างกับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเป็นเพียงกรดูแลที่มีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้กรบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจโดยครอบครัวนี้มีการใช้หลักการของกรเสริมสร้างแรงงูใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทและเน้นให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเองเพื่อให้สามารถเสริมสร้างแรงงูใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนที่สำคัญในการผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างยั่งยืน (Spirito et al., 2011; Smeerdijk et al., 2009; 2011)

ข้อเสนอแนะ

1. การนัดหมายกลุ่มตัวอย่างนั้นควรนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันและมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่คล้ายคลึงกันมาเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มเดียวกัน เพื่อความสะดวกในการเดินทางของกลุ่มตัวอย่าง ป้องกันการ Drop out และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการกลุ่มที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรทำการศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มโรคอื่นๆ และผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชน อีกทั้งควรติดตามประเมินผลภายหลังได้รับการบำบัดในระยะ 3, 6 และ 12 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยเป็นอย่างดี คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยนี้ขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างทุกครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

พันธุ์นภากิตติรัตน์ไพบุลย์และ หทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: โอแอมออแกไนเซอรัแอนด์แอ็ดเวอร์.

พิชัย แสงชาญชัย, ดรุณี ภูขาว, สัจวร สมบัติใหม่, ณัฐนาฏ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). *การให้คำปรึกษา*

และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

เพชรรี คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรซ์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา*. ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Agarwal, M. R., Sharma, V. K., KV, K. K., & Lowe, D. (1998). Non-compliance with treatment in patients suffering from schizophrenia: A study to evaluate possible contributing factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(2), 92-106.

Burn, N., & Grove, S. K. (2009). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization* (6th ed.). St. Louise: W.B. Saunders. Cullum, N.

Cain, C. I., & Wick, M. N. (2002). Care giving attitudes as correlates of burden in family

- caregiver coping with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Family Nursing*, 6, 46-47.
- Chien, W. T. (2008). Effectiveness of Psychoeducation and Mutual Support Group Program for Family Caregiver of Chinese People with Schizophrenia. *The open nursing Journal*, 2, 28-39.
- Drymaski, W. M., & Campbell, T. C. (2009). A review of motivational interviewing to enhance adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: Evidence and recommendations. *Journal of Mental Health*, 8, 6-15.
- Faerden, A., Finset, A., Friis, S., Agartz, I., Barrett, E.A., Nesvag, R., et al. (2010). Apathy in first episode psychosis patients: one year follow up. *Schizophrenia Research*, 116, 20-26.
- Farragher, B., (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal*, 92(6), 1-3.
- Gilmer, T.P., Dolder, C.R., Lacro, J.P., Folsom, D.P., Lindamer, L., Garcia, P., et al. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care cost among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161, 692-699.
- Horwath, E., & Cournos, F. (1999). *Psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kane, J. M. (2007). Treatment strategies to prevent relapse and encourage remission. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 27-30.
- Kazadi, N. J. B., Moosa, M. Y. H., & Jeenah, F. Y. (2008). Factors associated with relapse in Schizophrenia. *South African Journal of Psychiatry*, 4(2), 52-62.
- Kumar, S., & Sedgwick, P. (2001). Non-compliance to psychotropic medication in Eastern India: Clients' perspective. *Journal of Mental Health*, 10(3), 279-284.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 892-909.
- Maneesakorn, S., Robso, D., Gourna, K., & Gray, A. (2007). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai Thailand. *Journal of clinical Nurse*, 16, 1302-1312.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interview in: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behavior*, 10, 81-89.
- Nakonezny, P. A., & Byerly, M. J. (2006). Electronically monitored adherence

- in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A comparison of first vs second generation antipsychotics. *Schizophrenia Research*, 82, 107-114.
- Novick, D., Haro, J. M., Duarez, D., Perez, V., Dittmann, R. W., & Haddad, P. M. (2010). Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 173(2), 109-113.
- Smeerdijk, A. M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., et al. (2011). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychology Medicine*, 42(8), 1627-1636.
- Smeerdijk, A. M., Keet, R., de Haan, L., Barrowclough, C., Linszen, D., & Schippers, G. (2014). Feasibility of teaching motivational interviewing to parent of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46, 340-345.
- Smeerdijk, A. M., Linszae, D., Kuipers, T., & Keet, R. (2009). Family Motivational Intervention in Early Psychosis and Cannabis Misuse. In Lobban, F., & Barrowclough, C. (Eds.). *A casebook of family interventions for psychosis*. Chi Chester: John Wiley & Sons.
- Spirito, A., Sindelar-Manning, H., Colby, S. M., Barnett, N. P., Lewander, W., Rohsenow, D. J., et al. (2011). Individual and family motivational interventions for alcohol – positive adolescents treated in an emergency department. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine journal*, 165(3), 269-274.
- Wagner, C. C., & Ingersoll, K. S. (2013). *Motivational Interviewing in Groups*. New York: Guilford Press.
- Wu, E. Q., Birnbaum, H. G., Shi, L., Ball, D. E., Kessler, R. C., & Moulis, M. (2005). The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1122-1129.