

ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรควิตกกังวลและสุรา*

The Effects of A Motivation Enhancement Therapy Program with Family Involvement on The Medication Adherence of Inpatients With Co-Occurring Schizophrenia and Alcohol Use Disorder

นุจรินทร์ บัวละคร* รังสิมันต์ สุนทรไชยา สารรัตน์ วุฒิอาภา
Nujarin Bualakorn* Rangsiman Soonthornchaiya Sararud Vuthiarpa
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี ประเทศไทย 12121
Faculty of Nursing Thammasat University, Patumthani Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรควิตกกังวลและสุรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลและสุรา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี จำนวน 52 ราย ได้จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม จำนวน 6 ครั้งๆละ 45-60 นาที รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม 2) แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจขึ้นบันได 3) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) แบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา ซึ่งเครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81, .81 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละและสถิติทดสอบค่าที (t-test)

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้ 1) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรควิตกกังวลและสุรา หลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรควิตกกังวลและสุรา หลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ : ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โรควิตกกังวลและสุรา การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ครอบครัวมีส่วนร่วม

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to investigate the effects of the Motivation Enhancement Therapy Program with family involvement (METF) on the medication adherence of inpatients with co-occurring schizophrenia and alcohol use disorder. The sample included fifty-six inpatients with co-occurring schizophrenia and alcohol use disorder, aged between 20 and 59 years, and assigned to the experimental and control group, with 26 subjects in each group. The experimental group received six sessions

of the Motivation Enhancement Therapy Program with family involvement, 45-60 minutes each session for four weeks. The research instruments consisted of the following: 1) the Motivation Enhancement Therapy Program with family involvement; 2) stage of change assessments; 3) a medication compliance questionnaire; and 4) a motivation questionnaire. All of the instruments were validated for content validity by professionals. The reliability of the instruments with Chronbach's alpha coefficients was .81, .81, and .84. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The findings were as follows: 1) The medication adherence of co-occurring schizophrenia and alcohol use disorder patients after receiving the group METF was significantly higher than before receiving the group METF at the .001 level. 2) The medication adherence of the co-occurring schizophrenia and alcohol use disorder patients that received the group METF was significantly higher than that of the individuals that received routine care at the .001 level.

Keyword: co-occurring schizophrenia and alcohol use disorder, motivation enhancement therapy, medication adherence, family involvement

บทนำ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทและสุราพบได้บ่อยทั่วโลก โดยความชุกการดื่มสุราและการติดสุราเรื้อรังของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท พบร้อยละ 18.3 เมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนทั่วไป¹ ความชุกชั่วชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา พบร้อยละ 20.6² ส่วนในประเทศไทย กลุ่มของผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบติดพบมีโรคร่วมทางจิตเวชถึงร้อยละ 85.1 ผู้ดื่มแบบอันตราย ร้อยละ 14.9 และยังพบความชุกในผู้ป่วยจิตเภทเพศชายมากกว่าเพศหญิง³ ซึ่งการเกิดโรคร่วมกันนี้ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ผลต่อจิตใจทำให้เกิดความบกพร่องทางความคิดและอารมณ์⁴ มีภาวะพึ่งพิงสูงและการทำหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่อง⁵ นอกจากนี้ยังทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มเป็นทวีคูณ ความยุ่งยากซับซ้อนของโรคเพิ่มมากขึ้น ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ลดลง ขาดความสนใจต่อตนเอง ซึ่งเป็นสาเหตุการขาดแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา^{6,7} และยังพบว่าร้อยละ 47-54 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและสุราที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้องกลับมารักษาซ้ำบ่อย ๆ ครอบครัวหรือผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากดูแลต่อ รวมถึงมีความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เกิดการทะเลาะทำร้ายกันรุนแรงได้⁹

ปัจจัยที่เป็นอิทธิพลต่อการเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและสุราที่สำคัญมี 4 ปัจจัย¹⁰ คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การใช้สารเสพติด โดยเฉพาะการดื่มสุรา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราเป็นเวลานาน ๆ

ทำให้ประสิทธิภาพของยาไม่ได้ผลผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่ายและหยุดรับประทานยาในที่สุด 2) ปัจจัยด้านเกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมกับการดื่มสุราทำให้โรคมีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ตนเอง ขาดแรงจูงใจส่งผลต่อการปฏิบัติตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา¹¹ 3) ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ชนิดของยารักษาโรคจิต โดยผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า¹² 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะด้านครอบครัว ซึ่งการแสดงออกที่ไม่เป็นมิตรหรือใช้อารมณ์มากเกินไป รวมถึงมุมมองของครอบครัวต่อผู้ป่วยต่อการรักษาจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา⁹ เนื่องจากครอบครัวเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีบทบาทในการให้ข้อมูลและยังมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นช่วยค้นหาปัญหาและอุปสรรคต่อการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา นอกจากนี้ยังเป็นผู้ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเป็นวิธีบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งที่ช่วยให้การบำบัดสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทและสุรา ซึ่งมีลักษณะของโรคที่เรื้อรังมีประสิทธิภาพของการบำบัดเพิ่มขึ้น เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ เข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการเจ็บป่วยและความจำเป็นในการรักษาด้วยยา และครอบครัวยังเป็นผู้ที่ช่วยดูแลสนับสนุนเสริมสร้างให้มีแรงจูงใจที่ต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน^{13,14}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคจิต

เภทและสุรา ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เป็นกลุ่มที่มีอาการทางจิตรุนแรง มีความยุ่งยากซับซ้อนของโรค ส่วนใหญ่ที่ต้องกลับมารักษาซ้ำบ่อย ๆ มีสาเหตุมาจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ขาดแรงจูงใจที่จะเข้ารับการรักษากลับไปดื่มสุราอีก⁶ ดังนั้นแรงจูงใจจึงมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา¹⁵ การบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดี คือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ¹⁶ โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองและมีความหวังในผลการเปลี่ยนแปลง¹⁷ รวมถึงการให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ครั้งแรก ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง มีกำลังใจและเต็มใจรับการบำบัดและร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุรา ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการนำรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มาประยุกต์ ใช้โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุราได้เข้าใจถึงปัญหา เชื่อมั่นในศักยภาพของตัวเอง สามารถคิดและตัดสินใจยอมรับการเจ็บป่วยและร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วยยังได้มีส่วนร่วมรับรู้และเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นการช่วยเสริมแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและคงอยู่ยาวนานขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

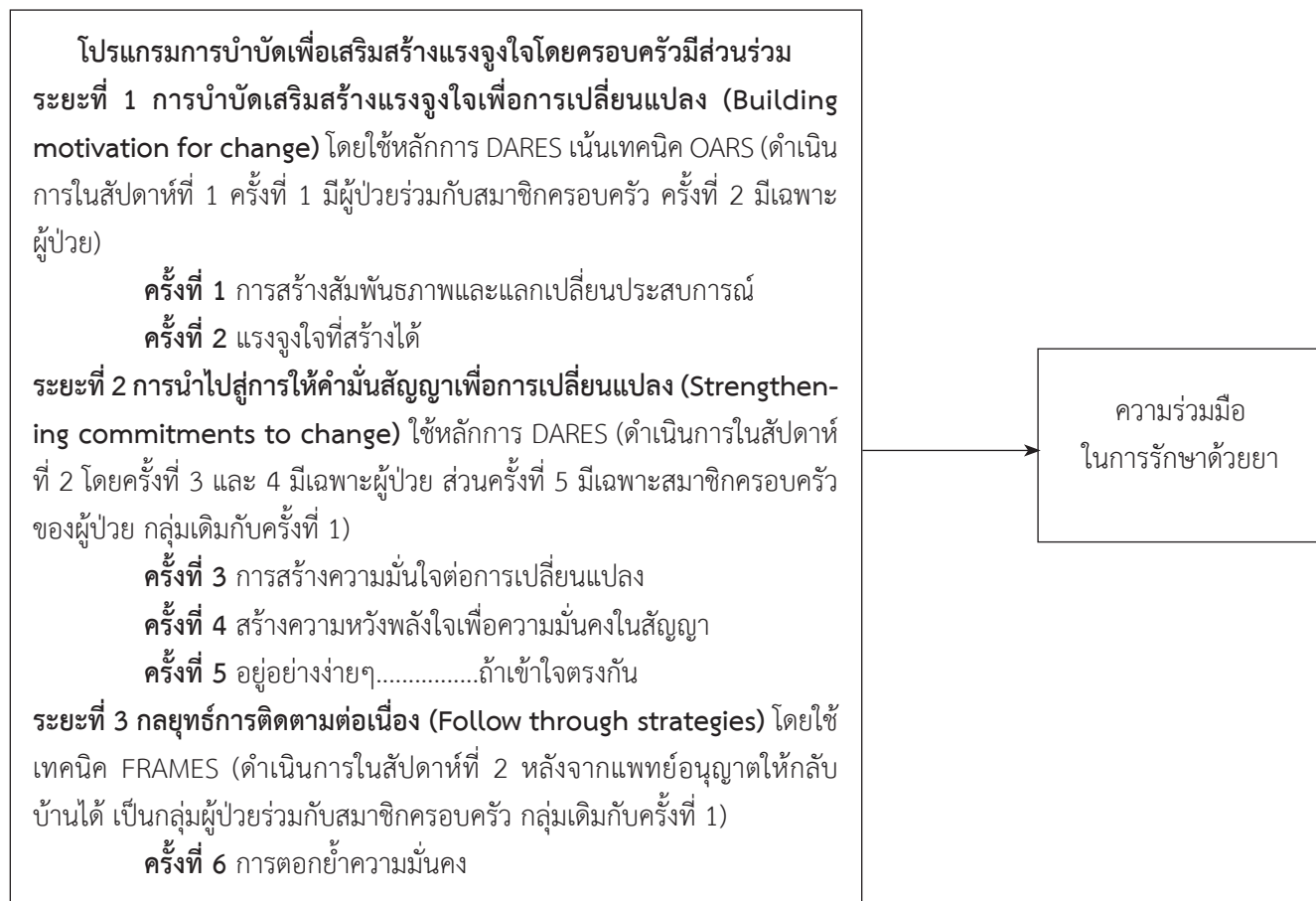
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุราในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุรา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุรา หลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมหรือไม่
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุรา หลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย



สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรควิตกกังวลและสุรา หลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรควิตกกังวลและสุราในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบมีกลุ่มควบคุมวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pre-posttest control group design) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลและสุราที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่มานอนรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล

จิตเวช ที่มีประวัติรับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทและสุราหรือมีข้อบ่งชี้ว่าเป็นผู้ดื่มสุราแบบอันตรายและดื่มสุราแบบติดตามแบบประเมิน AUDIT และสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกับประชากรที่ศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระดับปานกลางลงไป 2) มีอาการทางจิตสงบ BPRS < 37 คะแนน 3) มีการรับรู้ในเกณฑ์ปกติ MMSE > 17 คะแนน 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจและอ่านออกเขียนได้ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัว 1) บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลและสามารถช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ น้อง ลูก หลาน ลุง ป้า น้า อา ที่ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจและอ่านออกเขียนได้ 3) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.10 กำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบ โดยนำค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลัง

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (previous study) จากการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำหลังการบำบัดรักษา¹³ ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรที่ใกล้เคียงกัน โดยได้ค่า effect size เท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด 44 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 % ของค่าที่คำนวณได้ รวมเป็น 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน กลุ่มควบคุม 26 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (BPRS) ใช้เพื่อตรวจสอบอาการทางคลินิก ซึ่งเครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .62-.87 2) แบบประเมินสภาพจิตชนิดสั้น (MMSE) ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะความบกพร่องทางความคิด ความจำ และเซวาร์ปัญญา ผู้วิจัยได้นำมาตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 3) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) เป็นแบบประเมินเพื่อจำแนกลักษณะการดื่มสุราว่าเป็นการดื่มแบบอันตรายหรือดื่มแบบติด มีค่าความไวอยู่ที่ 0.95 ในการนำมาใช้ผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงใด ๆ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ประเมินค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย เป็นคำถามด้านลบ 8 ข้อ คำถามด้านบวก 8 ข้อ ซึ่งนำมาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .93 และตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาบทวนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET) โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ผสมผสานกับการบำบัดรูปแบบกลุ่ม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และปรับเปลี่ยนแนวคิด รวมถึงเกิดมุมมองใหม่ๆ รับรู้และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา

และความรู้สึกถึงใจ เพื่อนำไปสู่การเกิดแรงจูงใจ มีความพร้อมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ภายใต้บรรยากาศที่ดีระหว่างการบำบัด โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีสมาชิกครอบครัวช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งแบ่งกิจกรรม ทั้งหมดเป็น 3 ระยะ จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยระยะที่ 1 และ 2 ดำเนินการขณะที่ผู้ป่วยยังนอนรักษาในโรงพยาบาล และระยะที่ 3 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้แล้ว โดยสมาชิกครอบครัวจะเข้าร่วมด้วยในครั้งที่ 1, 5 และครั้งที่ 6 ติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 หลังแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านแล้ว เครื่องมือชุดนี้ได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนของภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งเพื่อให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด 2) แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจแบบขั้นบันได โดยได้มีการนำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาทางจิตเวช จำนวน 10 ขั้นบันได 4 ระยะขั้นของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

4. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา ได้สร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย คำถาม 32 ข้อคำถาม แบ่งเป็นคำถามด้านลบ 25 ข้อ และคำถามด้านลบ 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ตอบตามความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ดัดสินใจไม่ได้ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนของภาษาที่ใช้ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 COA No. 278/2560 และผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น (รหัสโครงการ 006/2560) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาและบริการที่จะได้รับ และข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ

การดำเนินการทดลอง

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง โดยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 และผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประสานกับผู้อำนวยการและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ขั้นตอนการทดลอง ดังนี้ 1) กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2) กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 ถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2560
3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง ประเมินแบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาทันทีหลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 6 และประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 หลังแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบที ชนิดที่ไม่เป็น

อิสระจากกัน (dependent t-test) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที ชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งเป็น 1) ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลและซึมเศร้าพบว่าเป็นเพศชายทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 40.4 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากถึงร้อยละ 40.4 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.5 และมีลักษณะการดื่มสุราแบบติด ร้อยละ 69 การดื่มสุราแบบอันตรายร้อยละ 30.8 2) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.1 มีอายุอยู่ในช่วง 41-72 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.9 การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.7 มีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.1 มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50

สรุปผล การเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (fisher' exact test) ในด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะการดื่มสุรา อาชีพ พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ยกเว้นระดับการศึกษาที่พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวทั้งด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรควิตกกังวลและซึมเศร้าก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 26.580$) โดยคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรควิตกกังวลและซึมเศร้า หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรควิตกกังวลและซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > .05$, $t = .856$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยใน โรคร่วมจิตเภทและสุรา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 26)

คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	M	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	33.08	4.029	25	26.580	.000
หลังการทดลอง	58.81	3.533			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	32.92	4.698	25	.856	.400
หลังการทดลอง	34.54	8.305			

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรคร่วมจิตเภทและสุรา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบที ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) โดยก่อนทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > .05$, $t = .127$) ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 13.711$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยใน โรคร่วมจิตเภทและสุรา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 52)

คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	M	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	33.08	4.029	50	.127	.900
กลุ่มควบคุม	32.92	4.698			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	58.81	3.533	50	13.711	.000
กลุ่มควบคุม	34.54	8.305			

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุรา หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ก็เพราะได้ว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้ป่วยโรคร่วมจิต

เภทและสุราและสมาชิกครอบครัว จะได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการกระตุ้นให้เข้าใจและมองเห็นถึงสภาพปัจจุบัน คือผลกระทบจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลกับความแตกต่างที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแล้ว (Develop discrepancy) เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาและอุปสรรค เปิดโอกาสให้มีอิสระในการเลือกและกำหนดเป้าหมายของตัวเอง ด้วยการแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติ

(Express empathy) และผู้ป่วยจะได้รับการให้ข้อมูล การรับรู้ถึงผลลัพธ์หรือข้อดีข้อเสียจากการร่วมมือและไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งจะช่วยให้สามารถเผชิญหน้ากับความเป็นจริงโดยหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid argumentation) เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อต้าน ผู้วิจัยจะคล้อยตามไปกับผู้ป่วยในช่วงแรก เพื่อหาจังหวะในการนำเสนอข้อมูลและแนวทางใหม่ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้มีอิสระในการเลือกตัดสินใจ (Roll with resistance) รวมถึงการให้ความเชื่อมั่นและเสริมสร้างศักยภาพที่มีอยู่ให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง โดยมีสมาชิกครอบครัวคอยสนับสนุนและให้กำลังใจ (Support self efficacy) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้พูดคุยกและกล่าวข้อความใจออกมา (Self Motivational Statement: SMS) โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินในสิ่งที่ตัวเองคิดและรู้สึกในครั้งแรก การสะท้อนความอีกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินและรู้สึกในสิ่งที่ตัวเองคิดเป็นครั้งที่สอง และการสรุปความเป็นการทำงานให้ผู้ป่วยได้ยินและรู้สึกในสิ่งที่ตัวเองคิดเป็นครั้งที่สาม การให้ผู้ป่วยได้ยินหรือพูดคุยกกับตัวเองซ้ำๆ เป็นการให้คิดทบทวนและรู้ความต้องการที่แท้จริง ได้รับรู้ เข้าใจตัวเองมากขึ้น ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self perception Theory) จะทำให้เกิดความรู้สึกกังวลใจกับปัญหาการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งความรู้สึกกังวลใจนี้จะเป็ปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนแปลงตนเอง พร้อมทั้งจะร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยมีครอบครัวมาร่วมรับรู้และเข้าใจปัญหา รวมถึงคอยให้กำลังใจและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถหรือศักยภาพในตัวเองเพิ่มขึ้น โดยใช้แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ¹⁸ ผสมผสานกับการบำบัดรูปแบบกลุ่ม ภายใต้หลักการของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน รวมถึงการสร้างบรรยากาศและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว^{7,9} สอดคล้องกับการศึกษาทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ช่วยเปลี่ยนพฤติกรรมเล็กสูบบุหรี่ได้¹⁷ และการศึกษาประสิทธิภาพการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยนอกหลังการบำบัดรักษา ซึ่งมีกลุ่มที่ดื่มสุราร่วมด้วย พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ต่อเนื่องและยาวนานขึ้น¹³

2. ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรควิตกกังวลและเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการวิจัยครั้งนี้คือ ลักษณะการดื่มสุราแบบอันตรายและแบบติด และมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างแล้วสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อลดอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($\bar{X} = 33.08$ และ 32.92 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ) หลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม อาศัยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม ประกอบกับการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจจากสมาชิกครอบครัว ผู้วิจัยได้เสริมสร้างให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและข้อมูลช้กจูงที่เหมาะสม เกิดการยอมรับและเข้าใจปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัวและได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองแล้วจะส่งผลต่อการเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต่อเนื่อง¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำหลังการบำบัดรักษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประทายาต่อเนื่องยาวนานขึ้น และยังสามารถลดการดื่มสุราลงด้วย¹³ อีกทั้งการสร้างแรงจูงใจสามารถทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงปัญหา ยอมรับผลกระทบที่เกิดจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งจะเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงผลกระทบหรือการเจ็บป่วยซ้ำ¹¹ และพยายามหาวิธีป้องกันทั้งจากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองและประสบการณ์ความสำเร็จของคนอื่น การได้รับการพูดชักจูง ส่งเสริมให้กำลังใจ ทั้งจากผู้บำบัดและสมาชิกครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง¹⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของครอบครัวสามารถลดการใช้กัญชาได้ยาวนานย้งยืนกว่าการได้รับการสนับสนุนตามปกติจากครอบครัว²⁰

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นระยะ หรือมีการติดตามเยี่ยมเพื่อร่วมค้นหาปัญหา และร่วมหาแนวทางแก้ไข เป็นการติดตามเพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งแรงจูงใจและร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้ รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มพูนทักษะสามารถนำไปปฏิบัติการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุราอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตาม ประเมินผลด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี

2.2 ควรมีการพัฒนางานวิจัยนี้ต่อไป ขยายให้ครอบคลุมกับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชอื่นๆ รวมถึงครอบครัว ชุมชน และผู้ที่ดูแลผู้ป่วยให้ร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ และคณะกรรมการสอบทุกท่าน ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่ สนับสนุนทุนการศึกษา และขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทุกท่านที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์ใน ครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. Etter M, Etter J. F. Alcohol consumption and the CAGE test in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder and in the general population. *Schizophrenia bulletin*. 2004; 30(4):947.
2. Koskinen J, Lohonen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia—a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2009; 120(2):85-96.
3. Junsirimongkol B, Suriyachai S, Vitayatawonwong L, Dalakorn na ayuthaya P, korngumjayrit K, Kunaluk A. Integrated Co-Occurring psychiatric, Substance and alcohol use Disorders Rehabilitation revised Program (ICOD-Rr model). 2014
4. Manning V, Betteridge S, Wanigaratne S, Best D, Strang J, Gossop M. Cognitive impairment in dual diagnosis inpatients with schizophrenia and alcohol use disorder. *Schizophr Res*. 2009; 114(1-3):98-104.
5. Suriyoung J, Viboonma K, Keawma P, Khamwongpin M, Tamdee D, Prevalence of alcohol use disorder of schizophrenic patients. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2014; 22(1). 38-47. (in Thai)
6. Green A. I, Drake R. E, Brunette M. F, Noordsy D. L. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007
7. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis S. W, Moring J, O'Brien R, McGovern J. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2001
8. Maneesakorn S, Robson D, Gournay K, Gray R. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of clinical nursing*. 2007; 16(7), 1302-1312.
9. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2010; 176(2-3):109-13.

10. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granstrom O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013; 3(4):200-18.
11. Acosta FJ, Bosch E, Sarmiento G, Juanes N, Caballero-Hidalgo A, Mayans T. Evaluation of noncompliance In schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables. *Schizophr Res*. 2009;107(2-3):213-7.
12. Tham XC, Xie H, Chng CM, Seah XY, Lopez V, Klainin-Yobas P. Factors Affecting Medication Adherence Among Adults with Schizophrenia: A Literature Review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(6):797-809.
13. McAdams H. The Effects of a Motivational Interview on Adherence to Recommended Outpatient Aftercare Treatment. 2016 (10109487). Available from Pro Quest Dissertations & Theses Global.
14. Miller W. R. Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. 1995. DIANE Publishing.
15. Noordraven EL, Wierdsma AI, Blanken P, Bloemendaal AF, Mulder CL. Depot-medication compliance for patients with psychotic disorders: the importance of illness insight and treatment motivation. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:269-74.
16. Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2008; 34(1):123-38.
17. Pantaewan P. Self-Efficacy Theory and Smoking Cessation. *Journal of The Royal Thai Army Nurse Army Nurses* 2017; 18(3) 35-43. (in thai).
18. Miller W. R, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 2012 Guilford press.
19. Wangworatrakul W, Suwannaroop N, Moopayak K. Factors Predicting to Medication Adherence among Patients with Essential Hypertension. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017; 18(1) 131-139. (in thai).
20. Smeerdijk M, Keet R, Van Raaij B, Koeter M, Linszen D, Haan L, Schippers G. Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. *Psychological medicine*. 2015;45(13), 2839-2848.