

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วันรับ : 27 เมษายน 2566

วันแก้ไข : 21 มิถุนายน 2566

วันตอบรับ : 23 มิถุนายน 2566

ชมพูนุท กาบคำบา, พย.ม.¹, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ปร.ด.¹,

เนตรชนก แก้วจินทา, ปร.ด.¹, ณัฏฐพัชร สุนทโรทัย, พย.ม.²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น¹,

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท

วิธีการ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สืบค้นงานวิจัยตามแนวปฏิบัติของ Joanna Briggs Institute ใช้ศัพท์บังคับและคำสำคัญตามกรอบ PICO ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ PubMed, CINAHL, Cochrane Library, ProQuest, Google Scholar และ ThaiJO ร่วมกับการสืบค้นด้วยมือ คัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยผู้วิจัย 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ด้วยเครื่องมือ Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2.0) รายงานระดับคุณภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการมีอคติระดับต่ำ ไม่ชัดเจน และสูง สกัดข้อมูลโดยผู้วิจัย 2 คนอย่างเป็นอิสระต่อกัน สังเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงพรรณนา

ผล : จากงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด 1,047 เรื่อง มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า 6 เรื่อง ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2566 เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม 2 เรื่องและการวิจัยกึ่งทดลอง 4 เรื่อง พบว่า งานวิจัย 5 เรื่องที่มีอคติระดับสูงหรือไม่ชัดเจนรายงานว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม MI มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังทดลองทันที ขณะที่งานวิจัย 1 เรื่องที่มีอคติในระดับต่ำไม่พบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สรุป : โปรแกรม MI ช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทในระยะสั้น อย่างไรก็ตาม อคติและความแตกต่างของระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยทำให้การนำผลการศึกษาไปใช้มีข้อจำกัดและไม่สามารถสรุปผลด้วยการวิเคราะห์ห่อถักได้

คำสำคัญ : การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ, ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา, กลุ่มโรคจิตเภท

ติดต่อผู้พิมพ์ : สมพร รุ่งเรืองกลกิจ; e-mail: somrun@kku.ac.th

Systematic review

The effects of motivational interviewing programs on medication adherence behaviors in patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review

Received : 27 April 2023

Revised : 21 June 2023

Accepted : 23 June 2023

Chompoonoot Kabkumba, M.N.S.¹, Somporn Rungreangkulkij, Ph.D.¹,

Netchanok Kaewjanta, Ph.D.¹, Nuttaphat Santarowit, M.N.S.²

Faculty of Nursing, Khon Kaen University¹,

Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health²

Abstract

Objective: To systematically review the effects of motivational interviewing interventions on medication adherence in patients with schizophrenia spectrum disorders.

Methods: A systematic review was conducted following the Joanna Briggs Institute guidelines. Medical subject heading (MeSH) and keywords following the PICO framework were applied to search for the literatures on PubMed, CINAHL, Cochrane Library, ProQuest, Google Scholar, and ThaiJO. Relevant studies were independently screened, selected and appraised by two researchers. Quality appraisal by using the Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2.0) was categorized into three-level: low, unclear, and high risk of biases. Data from the included studies were extracted and synthesized using descriptive analysis.

Results: Of 1,047 identified studies, six studies, published between 2013 and 2023, met the inclusion criteria. Of the included studies, two were randomized control trials (RCT), and four were quasi-experimental studies. Five studies with high or unclear biases reported significantly higher scores of medication adherence among the experimental group, compared to the control group, immediately after the MI programs. In contrast, one study with low-risk of bias did not find the difference of the medication adherence between the MI and control groups.

Conclusion: The MI programs could increase at least a short period of medication adherence among patient with schizophrenia spectrum disorder. However, a high risk of bias in the majority of studies and heterogeneity in methodology could limit the external validity and the meta-analysis of the results.

Keywords: medication adherence, motivational interviewing, schizophrenia

Corresponding author: Somporn Rungreangkulkij; e-mail: somrun@kku.ac.th

ความรู้เดิม : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อหุ้มที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรม MI ช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แต่ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรม MI ที่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น ๆ จึงไม่สามารถสรุปผลโดยตรงของโปรแกรม MI ต่อการเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

ความรู้ใหม่ : การสังเคราะห์ข้อมูลพบว่า โปรแกรม MI ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น ช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท แต่ไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของโปรแกรมด้วยการวิเคราะห์ห่อหุ้มได้ เนื่องจากอคติในงานวิจัยและความแตกต่างของการรายงานค่าสถิติ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การนำแนวคิด MI ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวช และแนวทางการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยครั้งต่อไปเพื่อลดอคติในงานวิจัยและใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่มีมาตรฐาน

บทนำ

กลุ่มโรคจิตเภท (schizophrenia spectrum disorders) เป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง ร้อยละ 0.32 ของประชากรทั่วโลกหรือประมาณ 24 ล้านคน เผชิญกับการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคนี้¹ โดยประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทได้รับการรักษาในโรงพยาบาล² และร้อยละ 24 มีอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี³ การใช้ยารักษาโรคจิตสามารถป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ได้มากกว่าร้อยละ 80⁴ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทเรื้อรังมีอัตราการหยุดยาสูงถึงร้อยละ 56⁵ โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกหลังจำหน่ายพบสูงถึงร้อยละ 58.2⁶ พฤติกรรมการหยุดยามีสาเหตุหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น ความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ป่วย การรับรู้การเจ็บป่วยบกพร่อง (poor insight) การมีทัศนคติด้านลบต่อการรักษาด้วยยา การมีประสบการณ์ด้านลบจากอาการข้างเคียงของยา และการรู้สึกลดท้อจาก

การรักษาด้วยยาทางจิตเวช⁷⁻¹⁰ การกลับมาเป็นซ้ำของโรคบ่อยครั้งมีความสัมพันธ์ต่อการพยากรณ์โรคที่แย่ลง การทำหน้าที่ทางสังคม การช่วยเหลือตนเอง การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง¹¹ พบว่าการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ ป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถอยู่ในชุมชนได้^{1,12}

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ปัจจุบันมีโปรแกรมด้านจิตสังคมเพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่หลากหลาย เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา¹³ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT)¹⁶ อาชีวะบำบัด¹⁷ และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI)¹⁶ โปรแกรม MI เป็นรูปแบบการให้การปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้การสื่อสารพูดคุยแบบมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจจากตัวผู้ป่วย ตระหนักถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันเป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้ป่วย (equal partner) ในการค้นหาความลังเลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ช่วยแก้ไขความลังเลใจนั้น และช่วยการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม^{16,17} ดังนั้น MI จึงเหมาะกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความพร้อมของผู้ป่วยรายนั้น ๆ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรม MI สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ โดยโปรแกรม MI ช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต และการติดเชื้อ HIV^{18,19} ช่วยปรับพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน²⁰ และช่วยปรับพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่²¹ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทมีข้อจำกัดทางพยาธิสภาพของโรคแตกต่างจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ทั้งในแง่ความรุนแรง

ของความเจ็บป่วย ความบกพร่องด้านการรู้คิด การปฏิเสธ การเจ็บป่วย^{6,7} และการรู้สึกถูกตีตราจากการรักษาด้วยยาทางจิตเวช¹⁰ ซึ่งอาจทำให้ผลของการใช้โปรแกรม MI แตกต่างกันได้

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับผลของโปรแกรม MI ต่อพฤติกรรมการกินยาในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า โปรแกรม MI สามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการกินยาได้^{22,23} อย่างไรก็ตามรูปแบบของโปรแกรม MI ในแต่ละการศึกษานั้นมีความแตกต่างกัน ทั้งการใช้ MI อย่างเดียวหรือการใช้ MI โดยบูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Loots และคณะ²² ที่วิเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลอง 23 เรื่องพบว่า มีงานวิจัย 3 เรื่องที่ใช้โปรแกรม MI ในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท แต่มีรูปแบบโปรแกรมที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การศึกษาของ Chien และคณะ¹⁰ ผสมผสาน MI กับ CBT และสุขภาพจิตศึกษาเป็นโปรแกรมการทดลองโดยเรียกชื่อว่า adherence therapy ขณะที่การศึกษาของ Ertem และ Duman²⁴ และ Barkhof และคณะ²⁵ ใช้ MI อย่างเดียวโดยไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ของ Zomahoun และคณะ²³ ศึกษาผลของโปรแกรม MI ต่อการเพิ่มพฤติกรรมการกินยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากงานวิจัยปฐมภูมิ 19 เรื่องในจำนวนนี้มี 3 เรื่องเป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท²⁶⁻²⁸ พบว่าโปรแกรม MI ของทั้ง 3 เรื่องมีรูปแบบแตกต่างกัน โดยการศึกษาของ Wing และ Thomas²⁸ ใช้ MI ร่วมกับ CBT และสุขภาพจิตศึกษา เรียกชื่อว่า compliance therapy การศึกษาของ Kender และคณะ²⁶ ใช้ MI ร่วมกับการบำบัดระยะสั้น (brief intervention: BI) ในรูปแบบคอมพิวเตอร์ ขณะที่การศึกษาของ Martine และคณะ²⁷ ใช้แนวคิด MI เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามงานวิจัยของ Martine และคณะ²⁷ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทที่มีโรคและปัญหาทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้าและการใช้สารเสพติด ซึ่งมีความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความบกพร่องด้านการรู้คิด และการปฏิเสธการเจ็บป่วยแตกต่างกัน^{7,8,29} จึงอาจทำให้

ผลของโปรแกรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน นอกจากนี้การศึกษาของ Papus และคณะ¹⁸ ที่วิเคราะห์งานวิจัยปฐมภูมิ 54 เรื่อง ในจำนวนนี้มี 5 เรื่องเป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท^{10,25,26,30,31} พบว่างานวิจัยมีการผสมผสาน MI กับโปรแกรมทางจิตสังคมที่หลากหลาย ทำให้ไม่สามารถสรุปยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรม MI ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่นต่อการเพิ่มพฤติกรรมการกินยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทได้เช่นกัน

เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาศึกษาผลของโปรแกรม MI ที่บางส่วนบูรณาการกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคมอื่น จึงไม่สามารถสรุปผลจากการให้โปรแกรม MI โดยเฉพาะต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ซึ่งจะนำไปสู่องค์ความรู้และการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยการให้โปรแกรม MI อันเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการพยาบาลเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ตลอดจนการนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงผลของโปรแกรม MI ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท

วิธีการ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม MI ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ใช้แนวปฏิบัติการทบทวนวรรณกรรมของ Joanna Briggs Institute (JBI)³² ลงทะเบียนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ PROSPERO วันที่ 16 มกราคม 2566 ได้รับอนุมัติเลขที่ CRD42023392192 วันที่ 27 มกราคม 2566

กำหนดการสืบค้นตามกรอบ PICO โดยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท (P) ศึกษาโปรแกรม MI โดยไม่บูรณาการกับการบำบัดจิตสังคมอื่น (I) มีกลุ่ม

เปรียบเทียบ (C) และศึกษาผลด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (O) กระบวนการสืบค้น ทีมผู้วิจัยพัฒนาเป็น ศัพท์บังคับ (medical subject heading: MeSH) และ คำสำคัญ (key terms) ร่วมกับบรรณารักษ์ผู้เชี่ยวชาญในการ สืบค้นงานวิจัย (รายละเอียดในภาคผนวก) ด้วยข้อจำกัดในสิทธิ์ การเข้าถึงฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทำให้สามารถสืบค้นข้อมูล ได้เพียง 4 ฐาน ได้แก่ PubMed, CINAHL, Cochrane Library และ ProQuest สำหรับ Google Scholar และ ThaiJO ใช้การสืบค้นด้วยมือเพื่อสืบค้นเพิ่มเติมจากรายการอ้างอิง (reference list) เกณฑ์การคัดเข้าของงานวิจัย ได้แก่ 1) ศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคจิตเภทตามเกณฑ์ การวินิจฉัยด้วยระบบ DSM หรือ ICD 2) กลุ่มตัวอย่าง อายุ 18 - 59 ปี 3) ใช้โปรแกรม MI ทั้งแบบรายบุคคลและ รายกลุ่ม 4) รายงานผลด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการ รักษาด้วยยา และ 5) เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial: RCT) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ใช้โปรแกรม MI ที่บูรณาการกับการบำบัดด้าน จิตสังคมอื่น ๆ 2) ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และ 3) ตีพิมพ์เป็น ภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยหรืออังกฤษ ทั้งนี้ไม่จำกัดปีที่งานวิจัย ได้รับการตีพิมพ์เนื่องจากคาดว่าจะงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ MI ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่นมีจำนวนน้อย

งานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และการสืบค้นด้วยมือถูกนำเข้า Rayyan software เพื่อคัด งานวิจัยที่ซ้ำออกและคัดกรองงานวิจัยตามแนวปฏิบัติของ preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA)³³ พิจารณาคัดงานวิจัยเข้าและออก ตามเกณฑ์ที่กำหนดเบื้องต้นและประเมินความเสี่ยงต่อการมี อคติของงานวิจัยใน 6 มิติหลักด้วยเครื่องมือ Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2.0)^{34,35} รายงาน ความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (low risk of bias) ระดับไม่ชัดเจน (unclear) และระดับสูง (high-risk of bias) การสกัดข้อมูลแบ่งเป็น 1) ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย ได้แก่ ชื่อผู้พิมพ์ ปีที่เผยแพร่ ประเทศ/พื้นที่ศึกษา ระเบียบวิธีวิจัย

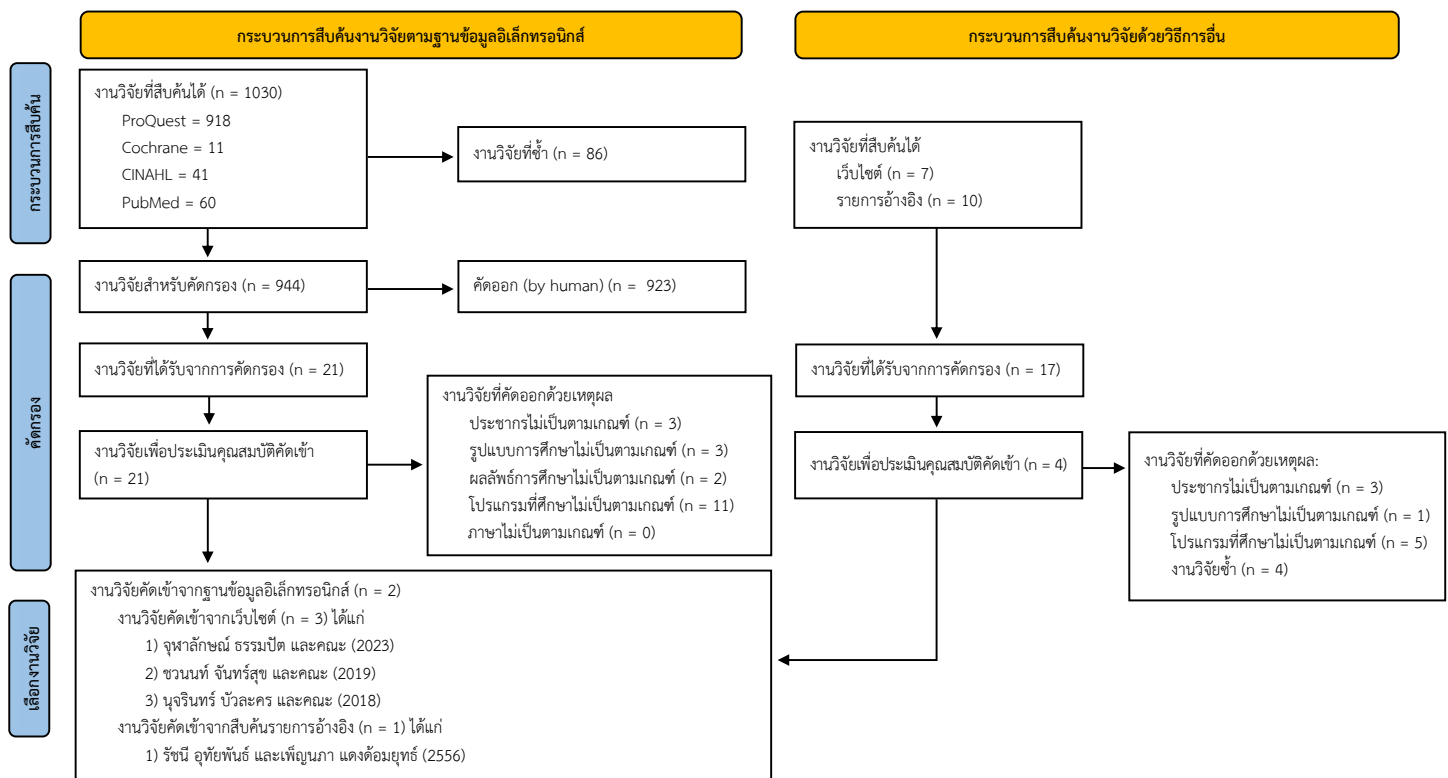
และกลุ่มตัวอย่าง 2) การใช้โปรแกรม MI และโปรแกรม เปรียบเทียบ ได้แก่ จำนวนครั้ง ความถี่ การติดตาม รูปแบบ โปรแกรม ผู้ดำเนินโปรแกรม adherence rate และ dropout rate 3) เครื่องมือวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้วยยา 4) ผลลัพธ์ของการศึกษา ได้แก่ ค่าคะแนนและค่าสถิติ ต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และ 5) ระดับคุณภาพงานวิจัย โดยทั้งขั้นตอนการเลือกงานวิจัยเข้า การประเมินคุณภาพงานวิจัย และการสกัดข้อมูล ดำเนินการ โดยผู้วิจัย 2 คนอย่างเป็นอิสระต่อกัน กรณีที่ผู้วิจัยทั้ง 2 คน มีความเห็นไม่ตรงกัน มีการประชุมร่วมกันโดยมีผู้วิจัยคนที่ 3 เป็นผู้ตัดสิน

สังเคราะห์ข้อมูลโดยการบรรยายและสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ กรณีที่ข้อมูลของงานวิจัย ที่คัดเข้ามีจำนวนเพียงพอต่อการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ใช้การ วิเคราะห์แบบห่อภิมาณด้วยโปรแกรม review manager โดย กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ประเมินความแตกต่างกัน ของงานวิจัย (heterogeneity test) จากค่า percentage of inconsistency index (I^2) เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาเลือก ใช้โมเดลในการวิเคราะห์ห่อภิมาณแบบสุ่ม (random effect model) หรือแบบคงที่ (fixed effect model)³⁶

ผล

จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการ สืบค้นด้วยมือเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2566 ได้งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 1,047 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ซ้ำกัน 90 เรื่อง การคัดกรองงานวิจัยจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อพบงานวิจัยที่ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า 923 เรื่องและงานวิจัยที่ต้องการ ข้อมูลเพิ่มเติมจากการอ่านงานวิจัยฉบับเต็ม 19 เรื่อง รวมเป็น งานวิจัยที่ได้รับการอ่านฉบับเต็ม 21 เรื่อง พบงานวิจัยที่ เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก 6 เรื่อง รายละเอียดดังแผนภาพที่ 1

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย งานวิจัยทั้ง 6 เรื่องตีพิมพ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2566 (ค.ศ. 2013 - 2023) เป็นการ วิจัยแบบ RCT จำนวน 2 เรื่อง ศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ 1 เรื่อง²⁵ ประเทศตุรกี 1 เรื่อง²⁴ และการวิจัยกึ่งทดลองแบบ



แผนภาพที่ 1 PRISMA flow diagram แสดงกระบวนการสืบค้น คัดกรองและเลือกงานวิจัย

2 กลุ่มที่ประเมินผลก่อน - หลังทดลอง 4 เรื่อง ทั้ง 4 เรื่อง ศึกษาในประเทศไทย³⁷⁻⁴⁰ โดยเป็นงานวิจัยของนักศึกษาระดับปริญญาโท 3 เรื่อง^{37,38,40}

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองมีตั้งแต่ 12 - 51 คนต่อการศึกษา ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีตั้งแต่ 12 - 59 คนต่อการศึกษา งานวิจัย 5 เรื่องศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท^{24,25,37,38,40} มีเพียง 1 เรื่องที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา³⁹ มีงานวิจัย 2 เรื่องศึกษากลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 18 - 65 ปี^{24,25} และมีงานวิจัย 4 เรื่องศึกษากลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 20 - 59 ปี³⁷⁻⁴⁰ บริบทที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก^{24,25,38-40} และโรงพยาบาลจิตเวชร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน³⁷

ลักษณะทั่วไปของโปรแกรม MI มีทั้งการจัดโปรแกรม MI แบบรายบุคคล^{24,25,37-40} และแบบกลุ่ม⁴⁰ งานวิจัยทุกเรื่องมีผู้ดำเนินโปรแกรม MI เป็นพยาบาลจิตเวช โดยมี 1 เรื่องที่มี

สหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์และนักจิตวิทยา ร่วมดำเนินโปรแกรม²⁵ มีงานวิจัย 3 เรื่องที่รายงานข้อมูลการฝึกอบรมผู้ดำเนินโปรแกรม^{24,25,40} และมี 2 เรื่องที่รายงานการตรวจสอบมาตรการดำเนินโปรแกรม MI ตามที่วางแผนไว้^{24,25} จำนวนครั้งของกิจกรรมในโปรแกรม MI มีตั้งแต่ 2 - 11 ครั้ง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 6.16 ครั้ง มีงานวิจัย 5 เรื่องที่รายงานระยะเวลาของกิจกรรมแต่ละครั้ง^{24,25,37,39,40} โดยอยู่ระหว่าง 20 - 90 นาที ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 68 นาทีต่อครั้ง ความถี่ของกิจกรรมอยู่ระหว่าง 1 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ลักษณะโปรแกรมของกลุ่มควบคุม มีงานวิจัย 4 เรื่องที่ใช้การดูแลตามปกติ^{24,37-40} โดยการดูแลตามปกติของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันตามบริบท เช่น บริบทผู้ป่วยใน กลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม กลุ่มทักษะทางสังคม กลุ่มฝึกอาชีพ และได้รับสุขภาพจิตศึกษาที่เกี่ยวกับยา³⁹ บริบทผู้ป่วยนอก กลุ่มควบคุมได้รับสุขภาพจิตศึกษาเรื่องยาอาการข้างเคียงของยา และการจัดการอาการข้างเคียง

ของยา^{39,40} รวมทั้งการพบแพทย์และการตรวจตามนัด²⁴ ส่วนงานวิจัยอีก 2 เรื่องให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มควบคุม^{25,37} ซึ่งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในงานวิจัยของ Barkhof และคณะ²⁵ มีการดำเนินกิจกรรมทั้งจำนวนครั้ง ความถี่ ระยะเวลา ใกล้เคียงกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MI มีงานวิจัย 2 เรื่องที่รายงานการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง^{24,25} โดยการศึกษาของ Barkhof และคณะ²⁵ มีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง รายงานการเข้าร่วมโปรแกรม MI ของกลุ่มทดลองเฉลี่ย 6.4 ครั้ง (SD = 1.2) และกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 6.6 ครั้ง (SD = 0.9) ส่วนการศึกษาของ Ertem และ Duman²⁴ มีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง รายงานว่ามี 1 คนจาก 20 คนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมเพียง 4 ครั้ง ในขณะที่กลุ่มควบคุมทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง งานวิจัย 5 เรื่องไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวก่อนสิ้นสุดโครงการวิจัย^{24,37-40} มีเพียง 1 เรื่องที่มีกลุ่มทดลองร้อยละ 18 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 14 ถอนตัวก่อนสิ้นสุดโครงการ²⁵

เครื่องมือวัดประเมินผลพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) แบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนให้คะแนนตามระดับความถี่ที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมโดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเอง³⁷⁻⁴⁰ หรือญาติและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมิน²⁵ 2) แบบสอบถามแบบปลายปิด (yes/no question) ให้คะแนนตามพฤติกรรมที่ผู้ป่วยทำหรือไม่ทำ²⁴

การประเมินคุณภาพของงานวิจัยพบว่า มีงานวิจัย 1 เรื่องที่มีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับต่ำ²⁵ มี 1 เรื่องที่มีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับไม่ชัดเจน²⁴ และอีก 4 เรื่องมีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับสูง³⁷⁻⁴⁰ รายละเอียดดังแสดงในแผนภาพที่ 2

สำหรับผลของโปรแกรม MI พบว่า มีงานวิจัย 4 เรื่องที่รายงานคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MI สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁷⁻⁴⁰ ในขณะที่มีงานวิจัย 5 เรื่องที่รายงานคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม MI

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Barkhof et al. (2013)	+	+	+	+	+	+	+
Bualakorn et al. (2018)	?	?	-	-	?	-	-
Ertem & Duman (2019)	+	+	+	+	+	+	?
Jansook et al. (2019)	+	?	-	-	?	-	-
Thammapat et al. (2023)	+	?	-	+	?	-	-
Uthalphan et al. (2013)	?	?	?	-	?	-	-

แผนภาพที่ 2 สรุปการประเมินความเสี่ยงต่อการมีอคติในมิติต่าง ๆ ด้วยเครื่องมือ Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2.0)

สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{22,37-40} มีงานวิจัย 1 เรื่องที่รายงานคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระยะติดตามที่ 3 เดือนและ 6 เดือนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MI สูงกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลอง²⁴ และ มีงานวิจัย 1 เรื่องที่มีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระเบียบวิธีวิจัยในระดับต่ำรายงานคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MI ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ทั้งหลังการทดลองและในระยะติดตาม²⁵ ดังแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อประเมินผลของโปรแกรม MI ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ทีมผู้วิจัยได้ทดลองสืบค้นงานวิจัยเบื้องต้น (preliminary search) ใน

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่คัดเข้า

ผู้พิมพ์ (ปีที่ตีพิมพ์)	ระเบียบวิธีวิจัย	ประเทศ/พื้นที่	กลุ่มตัวอย่าง	โปรแกรมกลุ่มทดลอง	โปรแกรมกลุ่มควบคุม	เครื่องมือวัด/ระยะเวลาการวัด
Barkhof และคณะ (2013) ²⁵	RCT	เนเธอร์แลนด์/ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก	96 คน วิจัยด้วยโรคจิตเภทและโรคจิตอารมณ์ (schizoaffective disorder)	รูปแบบ : รายบุคคล ลักษณะโปรแกรม : มี 4 ระยะ คือ 1) เกริ่นนำ 2) เข้าสู่วิธีการ 3) ให้อาสา และทำความเข้าใจให้ชัดเจน และ 4) ตกลงและตัดสินใจ จำนวนครั้ง : 8 ครั้ง (อาจเพิ่ม 2 - 3 ครั้ง) ระยะเวลาต่อครั้ง : 20 - 40 นาที ความถี่ : ไม่มีข้อมูล ผู้ดำเนินการ : นักจิตวิทยา จิตแพทย์ และพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน	สุขภาพจิตศึกษา ผู้ดำเนินการ : นักจิตวิทยา จิตแพทย์ และพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน	เครื่องมือวัด : 1. medication adherence questionnaire (MAQ) - ผู้ป่วยรายงานเอง 2. life chart schedule (LCS) (ญาติ/บุคลากรรายงาน) ระยะเวลาวัด : T0 = ก่อนการทดลอง T1 = หลังทดลองทันที T2 = 6 เดือนหลังทดลอง
Ertem และ Duman (2017) ²⁴	RCT	ตุรกี/ผู้ป่วยนอก	39 คน วิจัยด้วยโรคจิตเภท	รูปแบบ : รายบุคคล ลักษณะโปรแกรม : เป็นการสัมภาษณ์แบบ 1 : 1 เนื้อหาแต่ละครั้งแตกต่างกัน เช่น ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เข้าใจเรื่อง การเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยา ตระหนักข้อดีข้อเสียของการกินยาและหยุดยา เป็นต้น จำนวนครั้ง : 6 ครั้ง ระยะเวลาต่อครั้ง : 40 - 60 นาที ความถี่ : สัปดาห์ละครั้ง ผู้ดำเนินการ : พยาบาลจิตเวช (กำลังศึกษาปริญญาเอก)	การรักษาดมปกติในวันที่มาพบแพทย์และวันที่แพทย์นัด กิจกรรม : บุคลากร ในโรงพยาบาล	เครื่องมือวัด : measure of medication adherence (ผู้ป่วยรายงานเอง) ระยะเวลาวัด : T0 = ก่อนการทดลอง T1 = หลังทดลองทันที T2 = 3 เดือนหลังทดลอง T3 = 6 เดือนหลังทดลอง
จุฬาลักษณ์ ธรรมปัด และคณะ (2566) ³⁷	Quasi	ประเทศไทย/ผู้ป่วยใน ต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วย และต่อเนื่องตามนัดแบบผู้ป่วยนอก	24 คน วิจัยด้วยโรคจิตเภท	รูปแบบ : รายบุคคล ลักษณะโปรแกรม : ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 - 3 ที่โรงพยาบาล กิจกรรม 1 - 5) เน้นสร้างกำหนดเป้าหมาย สร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างค่านิยมสัญญา สัปดาห์ที่ 5 ที่บ้านผู้ป่วย (กิจกรรม 6) เน้นสร้างความเชื่อมั่นให้ความร่วมมือในการรักษายาอย่างต่อเนื่อง และสัปดาห์ที่ 7 ที่แผนกผู้ป่วยนอก (กิจกรรม 7) จำนวนครั้ง : 7 ครั้ง ระยะเวลาต่อครั้ง : 45 - 90 นาที ความถี่ : 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ดำเนินการ : พยาบาล (กำลังศึกษาระดับปริญญาโท)	สัปดาห์ที่ 1 - 3 ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และข้อมูลการส่งต่อ สัปดาห์ที่ 5 ได้รับการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 7 ได้รับการดูแลตามปกติสำหรับผู้ป่วยนอก ผู้ดำเนินการกิจกรรม : พยาบาลจิตเวช, พยาบาลชุมชน	เครื่องมือวัด : แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการใช้ยา (ผู้ป่วยรายงานเอง) ระยะเวลาวัด : T0 = ก่อนการทดลอง T1 = หลังทดลองในสัปดาห์ที่ 7

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่คัดเข้า (ต่อ)

ผู้พิมพ์ (ปีที่ตีพิมพ์)	ระเบียบวิธีวิจัย	ประเทศ/พื้นที่	กลุ่มตัวอย่าง	โปรแกรมกลุ่มทดลอง	โปรแกรมกลุ่มควบคุม	เครื่องมือวัด/ระยะเวลาการวัด
ซอนท์ จันทรสุข และคณะ (2562) ³⁸	Quasi	ประเทศไทย/ ผู้ป่วยในโรคจิตเภท	60 คน วินิจฉัยโรคจิตเภท	รูปแบบ : รายบุคคล ลักษณะโปรแกรม : ใช้แนวทางให้การคำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ดำเนินการแล้วเสร็จใน 2 สัปดาห์ เน้นค้นหาเหตุผลและเป้าหมายการรักษา ให้เห็นความแตกต่างของการกินยาและขาดยา และสิ่งที่เคยทำเพื่อให้ได้รับยาครบ จำนวนครั้ง : 2 ครั้ง ระยะเวลาต่อครั้ง : 60 - 90 นาที ความถี่ : 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ดำเนินกิจกรรม : พยาบาลจิตเวช	การพยาบาลตามปกติ เช่น สุขภาพจิตศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับการยา ทักษะทางสังคม กลุ่มกิจกรรมเบื้องต้น ผู้ดำเนินกิจกรรม : พยาบาลจิตเวช ในโรงพยาบาล	เครื่องมือวัด : 1. แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือนในการรักษา ผู้ป่วยรายงานเอง) ระยะเวลาวัด : T0 = ก่อนการทดลอง T1 = หลังทดลองทันที T2 = หลังทดลองสัปดาห์ที่ 2 T3 = หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6 T4 = หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12
นุจิรินทร์ บัวละคร และคณะ (2561) ³⁹	Quasi	ประเทศไทย/ ผู้ป่วยในโรคจิตเภท	52 คน วินิจฉัยโรคจิตเภท	รูปแบบ : รายบุคคลและร่วมกับสมาชิกครอบครัว ลักษณะโปรแกรม : มี 3 ระยะ มีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง กิจกรรมที่ 1 - 5 ดำเนินในสัปดาห์ที่ 1 - 2 เน้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้คำแนะนำสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง และกิจกรรมที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 4 ติดตามต่อเนื่อง จำนวนครั้ง : 2 ครั้ง ระยะเวลาต่อครั้ง : 45 - 60 นาที ความถี่ : 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ดำเนินกิจกรรม : พยาบาล (กำลังศึกษา ระดับปริญญาโท)	การพยาบาลตามปกติ เช่น สุขภาพจิตศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับการยา ทักษะทางสังคม กลุ่มกิจกรรมเบื้องต้น ผู้ดำเนินกิจกรรม : สหสาขาวิชาชีพ	เครื่องมือวัด : 1. แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือนในการรักษาด้วยยา (ผู้ป่วยรายงานเอง) 2. แบบสอบถามวัดแรง จูงใจในการรักษาด้วยยา ระยะเวลาวัด : T0 = ก่อนการทดลอง T1 = หลังทดลองทันที T2 = หลังทดลองสัปดาห์ที่ 8
รัชณี อุทัยพันธ์ และเพ็ญนภา แดงด้อมฤทธิ์ (2556) ⁴⁰	Quasi	ประเทศไทย/ ผู้ป่วยนอก	40 คน วินิจฉัยโรคจิตเภท	รูปแบบ : แบบกลุ่ม ลักษณะโปรแกรม : มี 3 ระยะ เน้นแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยน ให้คำมั่นสัญญา และคงพฤติกรรมต่อเนื่องประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการแล้วเสร็จใน 4 สัปดาห์ จำนวนครั้ง : 5 ครั้ง ระยะเวลาต่อครั้ง : 60 - 90 นาที ความถี่ : 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ดำเนินกิจกรรม : พยาบาล (กำลังศึกษา ระดับปริญญาโท)	การพยาบาลตามปกติ เช่น สุขภาพจิตศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับการยา อากาการข้างเคียงของยา และการจัดการเบื้องต้น ผู้ดำเนินกิจกรรม : พยาบาลจิตเวช ในโรงพยาบาล	เครื่องมือวัด : 1. แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือนในการรักษา 2. แบบสอบถามขึ้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3. แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาวัด : T0 = ก่อนการทดลอง T1 = หลังทดลอง 1 สัปดาห์

หมายเหตุ RCT: Randomized control trial study; Quasi: Quasi-experimental study

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท

ผู้พิมพ์ (ปีที่ตีพิมพ์)	ก่อน - หลังการทดลองทันที ภายในกลุ่มที่ได้รับ MI		หลังการทดลองทันทีระหว่าง กลุ่มที่ได้รับ MI และกลุ่มควบคุม		ระยะติดตามระหว่าง กลุ่มที่ได้รับ MI และกลุ่มควบคุม	
	ก่อน	หลัง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
Barkhof และคณะ (2013) ²⁵			mean = 3.34 SD = 0.99	mean = 3.13 SD = 1.12	mean = 2.97 SD = 1.42	mean = 3.38 SD = 1.11
			p = 0.34		p = 0.21	
Ertem และ Duman (2017) ²⁴			median = 0.69 Z = 13.223, p = .001*	median = 1.67	at 3 mo. median = 0.45 Z = -4.554, p = < .001*	median = 1.63
					at 6 mo. median = 0.30 Z = -4.689, p = < .001*	median = 1.53
จุฬาลักษณ์ ธรรมปต และคณะ (2023) ³⁷	mean = 32 SD = 3.77 df = -23.42, 95% CI = -26.71 to -20.13, t = -15.67, p = < .001*	mean = 55.42 SD = 5.87	mean = 55.42 SD = 5.87 df = -21.33, 95% CI = -26.15 to -16.52, t = -9.19, p = < .001*	mean = 34.08 SD = 5.50		
ชวนนท์ จันทร์สุข และคณะ (2019) ³⁸	mean = 36.19 SD = 7.41 t = 12.73, p = .001*	mean = 44.39 SD = 6.37	mean = 44.39 SD = 6.37 t = -14.12, p = .001*	mean = 38.07 SD = 7.09		
นุจรินทร์ บัวละคร และคณะ (2018) ³⁹	mean = 33.08 SD = 4.029 df = 25, t = 26.580, p = .00*	mean = 58.81 SD = 3.533	mean = 58.81 SD = 3.533 df = 50, t = 13.711, p = .00*	mean = 34.54 SD = 8.305		
รัชนี อุทัย และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2013) ⁴⁰	mean = 39.95 SD = 2.58 df = 19, t = -8.937, p = .001*	mean = 54.05 SD = 6.10	mean = 54.05 SD = 6.10 df = 38, t = 7.323, p = .00*	mean = 42 SD = 4.12		

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ PubMed และ Cochrane และทำการวิเคราะห์ค่าสำคัญจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และดัชนีคำค้นพบงานวิจัยทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เนื่องจากการศึกษานี้ต้องการศึกษาโปรแกรม MI ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น จึงมีงานวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวนน้อยสำหรับการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม MI ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท (pooled effect size) ด้วยการวิเคราะห์ห่อถักนั้น ผู้วิจัยวางแผนการวิเคราะห์โดยใช้งานวิจัยทั้งแบบ RCT และการวิจัย

กึ่งทดลองดังแสดงในเกณฑ์การคัดเข้า อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงความเสี่ยงต่อการมีอคติพบว่า มีงานวิจัยถึง 4 เรื่องจากทั้งหมด 6 เรื่องที่มีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับสูง³⁷⁻⁴⁰ แม้ว่าจะงานวิจัยทั้ง 4 เรื่องนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีวิธีการวัดผลเช่นเดียวกัน แต่การมีอคติในระดับสูงอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของการวิเคราะห์ห่อถัก ในขณะทำงานวิจัย RCT ที่มีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับต่ำและไม่ชัดเจนทั้ง 2 เรื่องรายงานค่ากลางของคะแนนแตกต่างกัน^{24,25} จึงไม่สามารถนำข้อมูลจากงานวิจัยทั้ง 2 นี้เข้าการวิเคราะห์ห่อถักได้

การสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยด้วยการวิเคราะห์เชิงพรรณนาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม MI มีค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะสั้น (หลังการทดลอง) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะโปรแกรม MI เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้การสัมภาษณ์หรือการสื่อสารเพื่อช่วยเหลือนำแรงจูงใจและความพร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก^{16,17} ทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยบอกเล่าความตั้งใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีอยู่ และให้ข้อมูลที่จำเพาะเจาะจงต่อความตั้งใจนั้น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือและแก้ไขความตั้งใจได้อย่างตรงประเด็น จนเกิดความมั่นใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการให้ผู้ผู้ป่วยมีอิสระตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเลือกวิธีการที่จะช่วยให้ตนเองกินยาได้ตามแผนการรักษา อันเป็นการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา^{24,37,40} พบว่างานวิจัยศึกษาในประเทศไทยทั้ง 4 เรื่องมีการดำเนินโปรแกรม MI ที่คล้ายคลึงกัน โดยเน้นที่ความร่วมมือจากตัวผู้ป่วย มีการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสำรวจประสบการณ์ในการรักษาด้วยยา การสร้างแรงจูงใจ การค้นหาอุปสรรคและความตั้งใจ การช่วยเหลือเพื่อรับมือกับอุปสรรคและแก้ไขความตั้งใจ และการสร้างความมั่นใจและการตัดสินใจ

สำหรับระยะเวลาในการประเมินผลของโปรแกรม MI พบว่า งานวิจัยในประเทศไทยทั้ง 4 เรื่องมีระยะเวลาการวัดประเมินผลที่แตกต่างกัน ตั้งแต่หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที จนถึงหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ แม้ว่างานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง รายงานค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิธานพบว่าโปรแกรม MI มีผลในการเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างชัดเจนในระยะเวลาที่ 6 เดือน^{18,41,42} และลดลงในช่วง 7 - 12 เดือน⁴¹ จึงควรมีการดำเนินโปรแกรม MI ระยะกระตุ้น (booster session) หลังสิ้นสุดโปรแกรมเพื่อคงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา อย่างไรก็ตามผลของโปรแกรม MI ยังขึ้นอยู่กับ

หลายปัจจัย เช่น ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งแสดงผ่านคำพูด (talk change) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย และการที่ผู้ให้การรักษา มีความเข้าใจเห็นใจต่อความตั้งใจของผู้ป่วย^{42,43} นอกจากนี้ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น การเจ็บป่วยด้วย กลุ่มโรคจิตเภทที่มีพยาธิสภาพของโรคเกี่ยวกับความบกพร่องด้านการรู้คิดและการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ก็อาจเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา^{8,9}

เป็นที่น่าสังเกตว่างานวิจัยของ Barkhof และคณะ²⁵ ที่มีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับต่ำกล่าวรายงานค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MI ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ทั้งหลังการทดลองและในระยะติดตามที่ 6 เดือน Barkhof และคณะ²⁵ ได้อธิบายสาเหตุที่อาจทำให้โปรแกรม MI ไม่มีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ 1) การใช้ผู้ดำเนินโปรแกรมภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมนั้น อาจเป็นไปได้ว่าในระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างและญาติอาจได้รับการดูแลหรือการบำบัดด้วยวิธีการอื่นจากแพทย์ประจำที่ดูแล ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อผลของการศึกษาได้ และ 2) การให้คะแนนเต็ม (ceiling effect) จากการตอบแบบสอบถามจากญาติหรือผู้ดูแลและแบบสอบถามจากตัวผู้ป่วยเอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจทำให้ค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

จากการสังเคราะห์ข้อมูล พบข้อจำกัดของงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรม MI ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ดังนี้ งานวิจัยเกือบทั้งหมดประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้วยแบบสอบถามเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหลังการทดลอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ผู้ป่วยรายงานหรือให้คะแนนเองโดยฝ่ายเดียว ยกเว้นการศึกษาของ Barkhof และคณะ²³ ที่เพิ่มการรายงานจากบุคลากรหรือญาติผู้ดูแลประกอบกันในการพิจารณาผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้แบบประเมินโดยให้เพียงผู้ป่วยตอบ

ฝ่ายเดียวนั้นอาจทำให้เกิดอคติในการตอบตามที่สังคมคาดหวัง การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาจึงควรมีการวัดผลแบบสามทางเพื่อเปรียบเทียบข้อมูล⁴⁴ เช่น ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้ป่วยรายงาน ข้อมูลการติดตามพฤติกรรม การกินยาทางอิเล็กทรอนิกส์ และการนับเม็ดยา เพื่อให้เกิดความแม่นยำในการวัดประเมินมากขึ้น งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีรายงานการตรวจสอบมาตรการดำเนินโปรแกรม MI ว่าเป็นไปตามที่วางแผนไว้หรือไม่ (implementation fidelity) ซึ่งการรายงานในประเด็นนี้มีความสำคัญต่อการแปลผลและสรุปผลในการศึกษาที่มีการจัดการกระทำโปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง⁴⁵ นอกจากนี้การประเมินคุณภาพของงานวิจัยพบว่า มากกว่าครึ่งของงานวิจัยมีความเสี่ยงต่อการมีอคติในระดับสูง โดยเฉพาะในมิติของการปกปิดกลุ่มตัวอย่าง การปกปิดผู้ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม และการปกปิดผู้วัดผล อคติเหล่านี้อาจส่งผลต่อการสรุปผลจากการทดลองได้^{34,46} ดังนั้นการนำข้อสรุปจากการศึกษานี้ไปใช้ควรคำนึงถึงประเด็นเหล่านี้

การศึกษานี้ได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวปฏิบัติของ JBI และกำหนดการสืบค้นตามกรอบ PICO อย่างไรก็ตามมีข้อจำกัดที่อาจส่งผลกระทบต่อข้อสรุปของการศึกษานี้ได้แก่ การเข้าถึงฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้เพียง 4 ฐาน ได้แก่ PubMed, CINAHL, Cochrane Library และ ProQuest ดังนั้นงานวิจัยที่ถูกคัดเข้าจึงเป็นงานวิจัยในบริบททางการแพทย์เป็นหลักเป็นส่วนใหญ่ แม้โปรแกรม MI ถูกนำไปใช้ศึกษาวิจัยและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชทั้งในวิชาชีพแพทย นักจิตวิทยา และอื่น ๆ ประกอบกับการสืบค้นงานวิจัยในประเทศไทยผ่านฐานข้อมูล ThaiJO ที่ไม่สามารถทำการสืบค้นขั้นสูงได้ ทำให้ผู้วิจัยใช้เพียงคำสำคัญทั้งภาษาไทยและอังกฤษ แต่ละคำในการสืบค้นแต่ละครั้ง จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการสืบค้นงานวิจัยภาษาไทยอย่างครอบคลุม และการไม่สามารถวิเคราะห์ห่อภิมาณได้ เนื่องจากอคติในงานวิจัยและการรายงานค่าสถิติที่แตกต่างกัน ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ทำให้ไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของโปรแกรม MI ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชได้

สรุป

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า โปรแกรม MI ที่ไม่บูรณาการกับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่น มีผลในระยะสั้นในการเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ขาดความเข้มงวดในระเบียบวิธีวิจัย เช่น การปกปิดกลุ่มตัวอย่าง การปกปิดผู้ดำเนินโปรแกรม การปกปิดผู้วัดผล การตรวจสอบมาตรการดำเนินโปรแกรม MI เป็นไปตามที่วางแผนไว้ และการรายงานสถิติการเข้าร่วมและถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในอนาคตจึงควรคำนึงถึงประเด็นเหล่านี้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอคติในการวิจัย นอกจากนี้ควรมีการติดตามผลของโปรแกรม MI ในระยะยาว เช่น ที่ 6 เดือน หลังจำหน่าย ซึ่งเป็นระยะที่พบการหยุดกินยาสูง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Fact sheet: schizophrenia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Jaeschke K, Hanna F, Ali S, Chowdhary N, Dua T, Charlson F. Global estimates of service coverage for severe mental disorders: findings from the WHO Mental Health Atlas 2017. *Glob Ment Health (Camb)*. 2021;8:e27. doi:10.1017/gmh.2021.19.
3. Ceraso A, Lin JJ, Schneider-Thoma J, Sifakis S, Tardy M, Komossa K, et al. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;8(8):CD008016. doi:10.1002/14651858.CD008016.pub3.
4. World Health Organization. The world health report 2001: mental disorders affect one in four people [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-09-2001-the-world-health-report-2001-mental-disorders-affect-one-in-four-people>

5. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2020;9(1):17. doi:10.1186/s13643-020-1274-3.
6. Vega D, Acosta FJ, Saavedra P. Nonadherence after hospital discharge in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A six-month naturalistic follow-up study. *Compr Psychiatry.* 2021;108(152240). doi:10.1016/j.comppsy.2021.152240.
7. Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2015;225(1-2):14-30. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.002.
8. 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. doi:10.1016/j.apnu.2016.07.007.
9. Yaegashi H, Kirino S, Remington G, Misawa F, Takeuchi H. Adherence to oral antipsychotics measured by electronic adherence monitoring in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs.* 2020;34(6):579-98. doi:10.1007/s40263-020-00713-9.
10. Chien WT, Mui J, Gray R, Cheung E. Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2016;16(42):1-14. doi:10.1186/s12888-016-0744-6.
11. Xiao J, Mi W, Li L, Shi Y, Zhang H. High relapse rate and poor medication adherence in the Chinese population with schizophrenia: results from an observational survey in the People's Republic of China. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:1161-7. doi:10.2147/NDT.S72367.
12. กรมสุขภาพจิต. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต [The manual of serious mental illness with high risk to violence care system for institutes or hospitals covered by department of mental health]. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส; 2563.
13. Kızılırmak Tatu M, Demir S. Effect of Group Psycho-education on Treatment Adherence, Quality of Life and Well-Being of Patients Diagnosed with Schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs.* 2021;42(3):256-66. doi:10.1080/01612840.2020.1793244.
14. Burns AM, Erickson DH, Brenner CA. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatr Serv.* 2014;65(7):874-80. doi:10.1176/appi.ps.201300213.
15. Shimada T, Ohori M, Inagaki Y, Shimooka Y, Sugimura N, Ishihara I, et al. A multicenter, randomized controlled trial of individualized occupational therapy for patients with schizophrenia in Japan. *PLoS One.* 2018;13(4):e0193869. doi:10.1371/journal.pone.0193869.
16. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol.* 2009;64(6):527-37. doi:10.1037/a0016830.
17. Miller WR, Rose GS. Motivational interviewing: helping people change. New York: The Guilford Press; 2012.
18. Papus M, Dima AL, Viprey M, Schott AM, Schneider MP, Novais T. Motivational interviewing to support medication adherence in adults with chronic conditions: Systematic review of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns.* 2022;105(11):3186-203. doi:10.1016/j.pec.2022.06.013.
19. Teeter BS, Kavookjian J. Telephone-based motivational interviewing for medication adherence: a systematic review. *Transl Behav Med.* 2014;4(4):372-81. doi:10.1007/s13142-014-0270-3.
20. Barnes RD, Ivezaj V. A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. *Obes Rev.* 2015;16(4):304-18. doi:10.1111/obr.12264.
21. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 20152;(3):CD006936. doi:10.1002/14651858.CD006936.pub3.
22. Loots E, Goossens E, Vanwesemael T, Morrens M, Van Rompaey B, Dilles T. interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(19):10213. doi:10.3390/ijerph181910213.

23. Zomahoun HTV, Guénette L, Grégoire JP, Lauzier S, Lawani AM, Ferdynus C, et al. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2017;46(2): 589-602. doi:10.1093/ije/dyw273.
24. Ertem MY, Duman ZÇ. The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspect Psychiatr Care*. 2019;55(1):75-86. doi:10.1111/ppc.12301.
25. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, de Haan L. The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2013;39(6):1242-51. doi:10.1093/schbul/sbt138.
26. Kender R. Computer-based brief motivational intervention for medication adherence in schizophrenia [dissertation]. Michigan: Wayne State University; 2010.
27. Martino S, Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ. A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction*. 2006;101(10):1479-92. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01554.x.
28. Wing TH, Thomas KS. The effects of a compliance therapy programmer on Chinese male patients with schizophrenia. *Asian journal of nursing studies*. 2005;8(2):47-61.
29. Ozcan NK, Boyacıoğlu NE, Enginkaya S, Dinç H, Bilgin H. Reproductive health in women with serious mental illnesses. *J Clin Nurs*. 2014;23(9-10):1283-91. doi:10.1111/jocn.12332.
30. Anderson KH, Ford S, Robson D, Cassis J, Rodrigues C, Gray R. An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19(5):340-9. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00681.x.
31. Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16(270):1-14. doi:10.1186/s13063-015-0785-z.
32. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. South Australia: JBI; 2020. doi:10.46658/JBIMES-20-04.
33. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
34. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2011;343:d5928. doi:10.1136/bmj.d5928.
35. Minozzi S, Cinquini M, Gianola S, Gonzalez-Lorenzo M, Banzi R. The revised Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2) showed low interrater reliability and challenges in its application. *J Clin Epidemiol*. 2020;126:37-44. doi:10.1016/j.jclinepi.2020.06.015.
36. สุรศักดิ์ เส้าแก้ว. การอ่านและการแปลผลงานวิจัยการวิเคราะห์อภิมาน [Understanding and interpretation of meta-analysis study]. เชียงรายเวชสาร. 2559;8(1):1-17.
37. จุฬาลักษณ์ ธรรมปัต, พิชามณัฐ อินทะพน, ชนิดดา นนบเกสร. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี [The effect of motivational interviewing program on medication compliance behaviors of persons with schizophrenia in hospital, Prasrimahabodi psychiatric hospital, Ubon Ratchathani]. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2566;5(1):33-45.
38. ขวณนท์ จันทร์สุข, นฤมล จันทร์สุข, อัมชา หรัยลอย. ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท [The effects of brief intervention on medication adherence behaviors of schizophrenic patients]. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;20(2):170-7.

39. นุจรินทร์ บัวละคร, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, สารรัตน์ วุฒิอาภา. ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรคร่วมจิตเภทและสุรา [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]. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;9(พิเศษ):423-32.
40. รัชนี อุทัยพันธ์, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [The effect of group motivational interviewing on medication compliance of schizophrenic patients in community]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556;27(1):136-48.
41. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Educ Couns. 2013;93(2):157-68. doi:10.1016/j.pec.2013.07.012.
42. Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta-analysis. J Gen Intern Med. 2016;31(8):929-40. doi:10.1007/s11606-016-3685-3.
43. Frey AJ, Lee J, Small JW, Sibley M, Owens JS, Skidmore B, et al. Mechanisms of Motivational Interviewing: a Conceptual Framework to Guide Practice and Research. Prev Sci. 2021;22(6):689-700. doi:10.1007/s11121-020-01139-x.
44. Lehmann A, Aslani P, Ahmed R, Celio J, Gauchet A, Bedouch P, et al. Assessing medication adherence: options to consider. Int J Clin Pharm. 2014;36(1):55-69. doi:10.1007/s11096-013-9865-x.
45. Palmer JA, Parker VA, Barre LR, Mor V, Volandes AE, Belanger E, et al. Understanding implementation fidelity in a pragmatic randomized clinical trial in the nursing home setting: a mixed-methods examination. Trials. 2019;20(656):1-10. doi:10.1186/s13063-019-3725-5.
46. ญัฐ นาเอก. แนวทางการประเมินงานวิจัยชนิดการทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุมด้วยเครื่องมือแคสปี [The guide to critically appraise a randomized controlled trial (RCT) using a CASP tool]. เชียงรายเวชสาร. 2563;12(2):131-55.

ภาคผนวก

คำสำคัญในการสืบค้นฐานข้อมูล