



นิ พ น ธ์ ต ้น จ บ ั บ

ผลการให้คำแนะนำแบบสร้างแรงจูงใจใน ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก

กุศลสิน กัณหา*, นิสากร แก้วพิลา*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์

วัตถุประสงค์และวิธีการ : เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2557 จำนวน 32 ราย โดยใช้ โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ : การให้คำแนะนำแบบสั้น (Motivational interviewing: MI) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย หรือ Thai Depression Inventory (TDI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และหาความสัมพันธ์โดยใช้ Wilcoxon Signed rank test

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 43.75 ± 14.48 ปี และอายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 41.38 ± 14.88 ปี หลังเข้าร่วมโปรแกรม ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และกลุ่มทดลองกินยาครบต่อเนื่อง ร้อยละ 100 ขณะที่กลุ่มควบคุมกินยาครบต่อเนื่องเพียงร้อยละ 50

สรุป : การให้คำแนะนำแบบสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ได้

คำสำคัญ : การให้คำแนะนำ, การสร้างแรงจูงใจ, ผู้ป่วยซึมเศร้า

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์



THE EFFECT OF MOTIVATION INTERVIEW FOR PATIENTS WITH DEPRESSION

Kusalin Gunha, Nisakorn Kaewpila**

Abstract

Objective : To compare the depression score of patients who were introduced motivational interviewing with the controlled group.

Material and Method : This was a quasi-experimental study compared two groups of depressed patients in the outpatient unit. 32 cases with diagnosis of depression were recruited. The study was performed during February - June 2014. The material in this study including: general data collecting form, Motivational Interviewing (MI) handbook and Thai Depression Inventory. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and Wilcoxon Signed rank test.

Results : Of all 32 cases with depression. Most of them were female and their average age was 43.75 ± 14.48 years (experimental group) and 41.38 ± 14.88 years (control group). It was found that the depression scores of experimental group using MI counseling technique were significantly decreased compared to controlled group. We also found that the study group had good adherence to medication treatment while the controlled group was 50% adhered to the medication treatment in 3 months follow up.

Conclusion : MI counseling increased the adherence to medication in patients with depression within 3 months of follow up. The study should be performed in better technique such as RCT and should be done in longer period as well.

Keywords : counseling, motivation interview, patients with depression

*Registered nurse, Nakhon Rachasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าได้ถูกคาดการณ์จากองค์การอนามัยโลก (Who Health Organization, WHO) ว่าจะเป็นโรคที่มีภาระโรคสูงเป็นอันดับสองของโลกในปี ค.ศ. 2020¹ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยนั้น ธรณินทร์ กองสุข และคณะ² รายงานความชุกของโรคซึมเศร้าไว้ที่ประมาณ ร้อยละ 2.7 อัตราส่วนระหว่างเพศหญิงต่อเพศชาย = 1.6:1 โดยพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็นอันดับที่สองรองจากกรุงเทพมหานคร

สำหรับการรักษาโรคซึมเศร้านั้น มีอาการสำคัญคือมีอาการซึมเศร้าไม่ต่ำกว่าสองสัปดาห์ติดต่อกัน และมีอาการอื่น ๆ ประกอบด้วย เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีความสุข ความสามารถในการทำงานลดลง รวมถึงเมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้น ก็อาจจะมีความคิดฆ่าตัวตายได้เช่นกัน³ แม้ปัจจุบันจะเน้นที่การให้การรักษาด้วยยาเป็นสำคัญก็ตาม แต่การรักษาทางจิตสังคมก็มีความจำเป็น⁴ โดยเฉพาะการบำบัดรักษาเช่น cognitive behavior therapy, interpersonal therapy จะได้รับการยอมรับและสามารถใช้รักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับอ่อนและปานกลางได้ โดยไม่ต้องใช้ยา อย่างไรก็ตาม การรักษาทางจิตสังคมที่สำคัญวิธีหนึ่งได้แก่การสร้างแรงจูงใจในการรักษา เรียกว่า motivational interview⁵ จะมุ่งเน้นที่การเข้าใจตัวเองและมีแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีการรายงานมากมายว่า การรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดการกำเริบซ้ำและการฆ่าตัวตายได้

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยศึกษาในผู้ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยการวินิจฉัยตาม ICD 10 ของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ตามแนวทางการวินิจฉัยโรค ICD 10 (F32, 33, 34.1, 38, 39) อายุ 20 ปี ขึ้นไป ไม่มีโรคทางจิตเวชร่วมอื่นๆ ไม่มีประวัติโรคทางสมอง สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการทำการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 32 คนและแบ่งผู้ป่วยเป็นสองกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบ Dependent t-test

การเตรียมการศึกษา

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการจัดทำโครงการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต นำเสนอโครงการ รายละเอียด ขั้นตอน วิธีการระยะเวลา สถานที่ ทรัพยากรที่ต้องใช้ เพื่อพิจารณาอนุมัติ

2. เตรียมเครื่องมือ ได้ทำการศึกษาส่วนประกอบของเครื่องมือทั้งหมด เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและศึกษาการใช้รายละเอียด ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามที่คุณครูคุณวุฒิแนะนำ

3. การเตรียมผู้ทำการวิจัย มีการเตรียม

ตัวเป็นผู้บำบัด โดยศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัด ผูกอบรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: การให้คำแนะนำแบบสั้น (Motivational interviewing: MI) ซึ่งพัฒนาโดย ดร.วิลเลียม มิลเลอร์และสติเฟน โรลล์นิก^{6,7}

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมแผนกิจกรรมด้วยโปรแกรม MI ที่พัฒนาจาก ดร. วิลเลียม มิลเลอร์ และสติเฟน โรลล์นิก^{6,7} และศึกษาเพิ่มเติมจากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการทำกลุ่มบำบัดแบบ MI โดยดำเนินการเป็นรายบุคคลกับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ครั้งละ 10 - 15 นาที ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาเป็นเวลา 3 เดือน โดยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะได้รับการชี้แจงถึงสิทธิของผู้ป่วย ผลดีและผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธเข้าการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาอื่นใด

การเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยประเมินภาวะซึมเศร้าและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย และวัดซ้ำอีกครั้ง เมื่อครบโปรแกรม 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และหาความสัมพันธ์โดยใช้ Wilcoxon Signed rank test

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: การให้คำแนะนำแบบสั้น (Motivational interviewing:

MI) ซึ่งพัฒนาโดย ดร.วิลเลียม มิลเลอร์และสติเฟน โรลล์นิก^{6,7}

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การรักษาที่ได้รับ เบอร์โทรศัพท์

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย หรือ Thai Depress Inventory (TDI) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในคนไทยที่ได้รับการพัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมช สุนธิชัย ได้รับการทดสอบแล้วว่ามีคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยง ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ คือ

คะแนนรวมน้อยกว่า 21 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 21 - 25 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26 - 34 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 35 - 40 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

คะแนนรวมมากกว่า 40 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Pre-test)

2. ผู้วิจัยเป็นผู้บำบัดตามวิธีการ MI ซึ่งศึกษาจากจิตแพทย์ที่มีความรู้ในการทำ MI

และเรียนรู้เพิ่มเติมจากตำรา

3. หลังเสร็จสิ้นการบำบัดให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

4. หลังเสร็จสิ้นการบำบัดติดตามประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) อย่างต่อเนื่อง 3 เดือน

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Pre-test)

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ถึงการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับเช่นการแนะนำการรับประทานยา ผลข้างเคียงและการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้ป่วยวิจัยพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test)

ผล

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.50) อายุเฉลี่ย 43.75 ปี (SD = 14.22, Min = 21, Max = 74) และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.75) อายุเฉลี่ย 41.38 ปี (SD = 14.88, Min = 21, Max = 61) ดังตารางที่ 1

เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed rank test แบบจับคู่ที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 32)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	2	12.50	5	31.25
หญิง	14	87.50	11	68.75
อายุ				
20 - 29 ปี	3	18.75	4	25.00
30 - 39 ปี	4	25.00	4	25.00
40 - 49 ปี	4	25.00	2	12.50
50 - 59 ปี	3	18.75	4	25.00
60 ปีขึ้นไป	2	12.50	2	12.50
	(average=43.75 years, SD=14.48, min=27, max=74)		(average=41.38 years, SD=14.88, min=20, max=61)	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 32)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD.	$\bar{D}$	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง			26.06	15	15.885	.001*
ก่อนการทดลอง	50.38	12.685				
หลังการทดลอง	24.31	9.293				
กลุ่มควบคุม			15.00	15	12.528	.001*
ก่อนการทดลอง	40.13	12.811				
หลังการทดลอง	25.13	6.937				

* $p < .05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 32)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD.	$\bar{D}$	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง			10.25	15	8.172	.173
ก่อนการทดลอง	50.38	12.685				
หลังการทดลอง	40.13	12.811				
กลุ่มควบคุม			0.81	15	-.736	.462
ก่อนการทดลอง	24.31	9.293				
หลังการทดลอง	25.13	6.937				

* $p < .05$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการกินยาครบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	การกินยาครบต่อเนื่อง	การกินยาไม่ครบต่อเนื่อง
กลุ่มทดลอง	16 ราย (100 %)	0 ราย (0 %)
กลุ่มควบคุม	8 ราย (50 %)	8 ราย (50 %)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน และพบว่าในกลุ่มทดลองมีการกินยาครบต่อเนื่องร้อยละ 100 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการกินยาครบต่อเนื่องร้อยละ 50 (ตารางที่ 4)

อภิปราย

ผู้ป่วยซึมเศร้าเป็นภาวะความผิดปกติทางด้านจิตอารมณ์ เป็นสาเหตุของภาวะการณีสถูยเสียความสามารถของประชากรโลกในปี 1990 เป็นอันดับ 4 และคาดการณ์ไว้ว่าจะสูงขึ้นเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด¹ โดยพบว่าจะเริ่มมีอาการของ

ภาวะซึมเศร้าเมื่ออายุระหว่าง 20 - 50 ปี และพบมากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย² สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.13) มีอายุเฉลี่ย 42.75 ปี (SD= 14.226, Min=21, Max= 74)

เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลองภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ สกาวรัตน์ พวงลดคำ⁹ ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในลักษณะของกรณีศึกษา 1 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีความคิดทางบวกมากขึ้น เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคิดในทางลบ และผลการศึกษาของ Sajatovic¹⁰ ที่พบว่า ผลของสุขภาพจิตศึกษา รายบุคคลช่วยให้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และคุณภาพชีวิตดีขึ้น และ Dogan & Sabanciogullari¹¹ พบว่าสุขภาพจิตศึกษาทำให้ความรู้ในเรื่องยาเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น ช่วยลดระดับอาการซึมเศร้าและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดังขึ้น โดยผลการศึกษาที่ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการกินยาครบต่อเนื่องร้อยละ 100 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการกินยาครบต่อเนื่องเพียงร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ

ปริยารัตน์ แคมคำ, สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, พชรินทร์ นินทจันทร์¹² พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจที่ใช้ในงานวิจัยนี้ เป็นโปรแกรมที่ไม่ได้กำหนดรูปแบบที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโปรแกรมนี้ จะได้รับการทำ motivational interview อย่างน้อย 3 ครั้ง ตามการนัดรับยาของแพทย์ ซึ่งควรมีการจัดรูปแบบโปรแกรมดังกล่าวให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นในงานวิจัยครั้งต่อไป

สรุป

การให้คำแนะนำแบบสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามผลระยะยาว และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการใช้รูปแบบงานวิจัยที่ดีขึ้นไปเช่น randomized controlled trial นอกจากนั้น ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นเพื่อผลในการรับการรักษาต่อเนื่องจากกระบวนการ MI ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง ที่ให้ข้อคิดและข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ในการทำวิจัยและการทดลองครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental Health Plan 2013-2020. [online]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf [2015 Jul 27].
2. ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย: ผลจากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติปี 2551. [online]. Available from : <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf> [2015 Jul 27].
3. Diagnostic Criteria for Major Depressive Disorder and Depressive Episodes. [online]. Available from: <http://www.psnpalto.com/wp/wp-content/uploads/2010/12/Depression-Diagnostic-Criteria-and-Severity-Rating.pdf> [2015 Jul 27].
4. รังสิมันต์ สุนทรไชยา. จิตบำบัดประคับประคอง: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2553; 24(2): 1-11.
5. Amanda E. Brody. Motivational Interviewing With a Depressed Adolescent. J. of Clin. Psy 2009; 65(11): 1168-79.
6. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour. New York: Guildford Press; 1991.
7. เทอดศักดิ์ เดชคง. เทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2555.
8. Lotrakul M, Sukanich P. Development of the Thai Depression Inventory. J Med Assoc Thai 1999; 82(12): 1200-7.
9. สกาวรัตน์ พวงลัดดา. การปรับพฤติกรรมทางปัญญา: กรณีศึกษา. ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 8 ประจำปี 2545 สุขภาพจิตกับยาเสพติด หน้า 166.
10. Sajatovic M et.al. Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. Dis Manag Health out 2007; 15: 181-92.
11. Dogan S, Sabanciogullari S. The effects of patient education in lithium therapy on quality of life and compliance. Arch Psychiatry Nurse 2003; 17: 270-5.
12. ปรีชารัตน์ แคมคำ, สุวนิชย์ เกื้อวงศ์แก้ว, พัทรินทร์ นันทจันทร์. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2554; 11(4): 528-34.