



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ศิริพร พึ่งตน*, สุดาพร สติดยุทธการ**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชนที่มารับบริการแผนกจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จำนวน 40 คน จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยอายุและเพศ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1)โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ 2)แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 3)แบบวัดความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา: 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน/ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา/ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว/ แอปพลิเคชันไลน์

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(1) : 70-83

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
E-mail: 6470051036@student.chula.ac.th

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



The effect of family psychoeducation integrated with line application program on medication adherence behavior among persons with schizophrenia in community

Siriphon Phuengton*, Sudaporn Stithyudhakarn**

Abstract

Purpose: to compare the medication adherence behaviors of persons with schizophrenia in the community before and after receiving a program, and to compare the medication adherence behaviors between the group that received the program and the group that received routine nursing care.

Design: This quasi-experimental research

Methods: The sample consisted of 40 persons with schizophrenia and their caregivers from the psychiatric and drug addiction clinic at Ongkharak Hospital, matched pairs by age and gender. The research instruments included: 1)Family Psychoeducation Program integrated with LINE application, 2)Medication Adherence Behavior Measurement tool, and 3)Knowledge and Understanding Questionnaire for persons with schizophrenia and their caregivers. All instruments were validated by five experts. The data were analyzed using mean, standard deviation, and t-test statistics.

Results: 1. who received the family psychoeducation program integrated with the LINE application were significantly higher than before receiving the program, with statistical significance at the .05 level.

2. The medication adherence behaviors of persons with schizophrenia who received the family psychoeducation program integrated with the LINE application were significantly higher than those in the routine nursing care group, with statistical significance at the .05 level.

Conclusion: The family psychoeducation program integrated with the LINE application were improve the medication adherence behaviors of persons with schizophrenia in the community

Keywords: Schizophrenia in community/ Medication adherence behavior/ Family psychoeducation/ Line application



บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยทางจิตพบมากที่สุด ซึ่งปัจจุบันพบมากกว่า 21 ล้านคน โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคพบร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก¹ ข้อมูลสถิติรายงานผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการประจำปี 2564 และปี 2565 มีจำนวน 284,273 และ 314,250 ราย โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเมื่อหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วกลับไปอยู่ในชุมชนจะพบปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาถึงร้อยละ 50² ซึ่งปัญหาที่พบ ได้แก่ มักใช้ยาผิดเวลา ใช้เมื่อมีอาการผิดปกติ หยุดใช้ยาหรือปรับลดปริมาณยาด้วยตนเอง พบในผู้ป่วยจิตเภทเพศชายมากกว่าหญิง³ ร้อยละ โดยพบในช่วง 59 ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก 3 ใน 1 ปีแรกของการรักษาและพบเป็นสัดส่วน 1 บ่อยครั้งมีอาการกำเริบซ้ำมาจากการรักษาไม่ต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้และต้องกลับมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล⁴ รวมทั้งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจ เช่น รู้สึกวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้และมีปัญหาสุขภาพตามมา⁵

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่มีอาการทางลบมากกว่าอาการทางบวกและมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง พยาธิสภาพโรคจิตเภทนี้มีผลต่อสมองทำให้การรับรู้และความคิดของผู้ป่วยผิดปกติ ซึ่งการรักษาผู้ป่วยในการใช้ยาต้านโรคจิตจะทำให้อาการทางจิตสงบและยังลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ถึงร้อยละ 70 โดยวิธีการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชน⁶ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามแผนการรักษามักอยู่ในระยะอาการหลงเหลือและมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว⁷

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การปฏิบัติตามคำแนะนำต่อการรักษาอาการทางจิตด้วยยาพร้อมสังเกตอาการและ

จัดการอาการข้างเคียงโดยจะแสดงพฤติกรรม 5 ลักษณะ ได้แก่ ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง ใช้ยาถูกต้องและตรงเวลา รับประทานยาไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกันหรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ สามารถวัดได้โดยแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)⁸ สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999)⁹

จากการทบทวนปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา³ แบ่งออกเป็นปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและครอบครัว 3) ปัจจัยด้านการรักษา และ 4) ปัจจัยด้านทีมบุคลากร ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกจัดทำกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและครอบครัวเนื่องจากผู้ป่วยยังคงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา **ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย** ได้แก่ *การขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย* จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองลดลงไม่รับประทานยาและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานยาได้ดีและมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและครอบครัว** มีความสำคัญเนื่องจากเป็นองค์ประกอบหลักที่มีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1) *การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์* เช่น แสดงท่าทางรังเกียจ การดูต่ำ ควบคุมผู้ป่วยมากเกินไปทำให้เกิดความเครียดสูง ขาดแรงกระตุ้น เกิดการรับรู้ทางสังคมในเชิงลบ³ หากผู้ดูแลเกิดความเครียดส่งผลให้เกิดการเพิกเฉยต่อการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา 2) *การมีส่วนร่วมของครอบครัว* โดยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมดูแลจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา มากกว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่เพียงลำพัง³ เฉพาะอย่างยิ่งการมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การพาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล คอยกระตุ้นเตือนและตรวจสอบการรับประทานยา



เป็นต้น และ 3) ความยากลำบากการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ทำให้เกิดอุปสรรคในการเดินทางส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีอัตราการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมออยู่ในระดับต่ำ ซึ่งหากจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าวมานี้จะสามารถช่วยเพิ่มความรู้ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายในครอบครัวมากขึ้นรวมถึงสามารถเข้าถึงบริการในการติดตามการรักษาที่บ้านทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการรับประทานยาและมีอาการทางจิตดีขึ้นและลดการกลับเป็นซ้ำ¹⁰

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980)¹¹ เป็นรูปแบบเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม และเกิดความร่วมมือในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยการบำบัดรักษาของการวิจัยครั้งนี้เน้นให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวในเรื่องอาการ กระบวนการของความผิดปกติ และสิ่งที่สมาชิกครอบครัวควรทำประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2) การพัฒนาให้ครอบครัว (family education) 3) การฝึกทักษะจัดการกับปัญหา (problem solving) 4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping) และ 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ โดยสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมดูแล ช่วยสร้างความเข้มแข็งในการค้นหาปัญหาและการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม เสริมสร้างสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว¹² ลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วย เกิดการสื่อสารที่ดี กระตุ้นการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในการดูแลตนเองส่งผลต่ออาการทางจิตลดลง¹³ อีกทั้งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีคอยช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาในรูปแบบของกิจกรรมที่ผ่านมามีส่วนใหญ่ออกเดินทางมาพบหน้าเพื่อทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง ที่โรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่

ในชุมชนยังคงมีอุปสรรคในเรื่องการเดินทางเข้ามาใช้บริการ ซึ่งในแต่ละครั้งต้องใช้เวลาและมีค่าใช้จ่ายเพื่อมารับการบำบัดและร่วมทำกิจกรรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยรวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเกิดการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง

การพยาบาลตามปกติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของโรงพยาบาลองค์กรเกษียณหน่วยงานจิตเวชรับผิดชอบทำให้เกิดการดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติเพื่อประเมินอาการและสภาพปัญหาของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้เรื่องโรคและการรับประทานยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ข้อมูล พบว่า ในด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลมีอุปสรรคการคมนาคมเข้าถึงบริการทำให้ไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล หากผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องเดินทางเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลอาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางบางครั้งผู้ดูแลต้องทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงครอบครัวจึงไม่สะดวกพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดได้ทุกครั้ง¹⁰

ในสังคมปัจจุบันมีการติดต่อสื่อสารอย่างแพร่หลายและทั่วถึงแบบไร้รอยต่อ โดยจากข้อมูลรายงานสถิติ Thailand Digital Stat 2022¹⁴ ที่ผ่านมามีพบว่า ประชากรในประเทศไทยใช้เวลาในการเข้าใช้งานแอปพลิเคชันไลน์บน Smartphone ถึงร้อยละ 92.8¹⁴ แสดงให้เห็นว่าประชากรให้ความสำคัญกับการใช้งานและเป็นที่ยอมรับ นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ใช้ในหลากหลายหน่วยงานและในเชิงพาณิชย์ สามารถเข้าถึงง่ายรับส่งข้อมูลได้อย่างสะดวกรวดเร็วและตามเวลาจริง ประหยัดเวลาและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางจึงเป็นที่นิยมบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับใช้ในการติดต่อสื่อสารได้เป็นอย่างดี¹⁵



รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังเป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับอาการหรือความผิดปกติของโรค ปัญหาจากการใช้ยาผู้ป่วยจะต้องใช้เวลาในการเข้ารับการรักษาตามนัด หากนำแอปพลิเคชันไลน์บนสมาร์ตโฟนมาใช้ติดตามผู้ป่วยในชุมชนที่มีปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการจะช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการแบบไร้รอยต่อที่บ้าน เป็นการประหยัดเวลาและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางในแต่ละครั้ง นอกจากนี้ยังสามารถเป็นช่องทางให้ความรู้ฝึกทักษะต่าง ๆ คอยกระตุ้นและแจ้งเตือนการรับประทานยาเพื่อให้เกิดการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง¹⁶ จึงเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับพยาบาลจิตเวชในการนำเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทเพื่อติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านผู้วิจัยจึงนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการศึกษา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งได้พัฒนาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว(Family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980)¹¹ เป็นกรอบแนวคิดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม เกิดการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้านลดอาการกำเริบและป้องกันกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของครอบครัวมาบูรณาการร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์นี้ เป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้นให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อก่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยและการรักษา สามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยได้ มีการยอมรับภายในครอบครัวมากขึ้น เกิดความร่วมมือระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขและเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นช่องทางของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่คอยให้ความช่วยเหลือเมื่อเผชิญกับปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้ในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้



โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์
พัฒนาขึ้นตามแนวคิด สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation)
ของ Anderson et al. (1980)¹¹ โดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์
ประกอบด้วย 5 กิจกรรม

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพ (Joining)

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลรวมถึงผู้วิจัย โดยแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์การเจ็บป่วย ความรู้และความเข้าใจโรคจิตเภท การจัดการปัญหา
การจัดการความเครียดและแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 : การพัฒนาความรู้ครอบครัว (Family Education)
โดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์

- สำรวจปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
- พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการดูแลผู้ป่วย
จิตเภทรวมทั้งติดตามผลกิจกรรมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 : การฝึกการจัดการกับปัญหา (Problem Solving)
โดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์

- สนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา
ตั้งเป้าหมายและระบุแนวทางการแก้ไขร่วมกันรวมทั้งติดตามผลกิจกรรมผ่าน
ทางแอปพลิเคชันไลน์

กิจกรรมที่ 4 : การฝึกการผ่อนคลายความเครียด (Coping) โดยบูรณาการ
กับแอปพลิเคชันไลน์

- พัฒนาทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล เผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
รวมทั้งติดตามผลกิจกรรมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 5 : การสร้างเครือข่ายทางสังคม (Social Support)

- พัฒนาทักษะทางสังคมและแหล่งประโยชน์ให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ กับ
ผู้ป่วยและผู้ดูแล
- ประเมินผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ได้เรียนรู้ที่ผ่านมา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
การรักษา (Farragher, 1999)⁹

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบ
กลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Control
Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิต
ศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อ
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 1. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท
(F20.0-F20.9) ตามระบบการจัดหมวดหมู่โรคของ
องค์การอนามัยโลก (ICD-10) เข้ารับการรักษาในแผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป ระดับทุติยภูมิ 2. ครอบครัว
ผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วย
จิตเภท



กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งเพศชายและหญิงอาศัยอยู่ในชุมชนมีอายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับบริการแบบแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลองค์กรักษ์ 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งเพศชายและหญิงที่ให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ระดับ .05 และประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้จากศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล¹⁷ ที่มีความใกล้เคียงกับการศึกษานี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลที่ 0.93 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างทดลอง (Drop out) ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ (Matched pairs) ด้วยอายุและเพศ¹²

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อการเฝ้าตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et

al. (1980)¹¹ ทั้งหมด 5 กิจกรรม 4 สัปดาห์ นานครั้งละ 45-90 นาที บูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)⁸ เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980)¹¹ ใช้วัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.84 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ใช้วัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ การดำเนินของโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารเลขที่ NPHO ๒๗๒๓-๐๓๘ ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้ และอนุมัติวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึงลงชื่อยินยอมในใบยินยอม Consent from การเข้าร่วมการวิจัย



ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ได้แก่ 1) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง 2) พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 3) เตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย 4) เตรียมผู้ช่วยในการวิจัยเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตและจิตเวช และอธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัยรวมทั้งเครื่องมือใช้ในการวิจัยให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน 5) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดำเนินการวางแผนและนัดหมายกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม 4 สัปดาห์ 6) ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)^๖

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ได้แก่ 1) ผู้วิจัยดำเนินการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด 2) กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ศึกษาทั้งหมด 5 กิจกรรม นานครั้งละ 45-90 นาที 3) สรุปขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ระยะประเมินผลการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการกำกับทดลองและขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม

ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 7 แล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติ SPSS ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired Sample T-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent T-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงในตารางที่ 1 และ 2



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา						
	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p-value
	(n = 20)	(n = 20)				
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง						
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา	3.01	0.49	4.39	0.42	11.670	<.001*
ด้านความสามารถสังเกตและจัดการ	3.19	0.31	4.62	0.29	15.188	<.001*
กับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา						
รวมพฤติกรรม	3.10	0.19	4.50	0.24	26.50	<.001*
กลุ่มควบคุม						
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา	3.02	0.45	3.05	0.54	0.361	0.361
ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการ						
จากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	3.22	0.35	3.24	0.48	0.209	0.418
รวมพฤติกรรม	3.12	0.19	3.14	0.26	0.567	0.289

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่าในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.50, p < 0.001$) ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ($\bar{X} = 4.39, SD = 0.42$) ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ($\bar{X} = 4.62, SD = 0.29$) และรวมพฤติกรรม ($\bar{X} = 4.50, SD = 0.24$) ส่วนในกลุ่มควบคุม ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา (Mean = 3.05, SD = 0.54) ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ($\bar{X} = 3.24, SD = 0.48$) และรวมพฤติกรรม ($\bar{X} = 3.14, SD = 0.26$) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	p-value
	Mean	S.D	Mean	S.D		
ก่อนทดลอง						
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา	3.01	0.49	3.02	0.45	0.114	0.455
ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	3.19	0.31	3.22	0.35	0.215	0.415
รวมพฤติกรรม	3.10	0.19	3.12	0.19	0.310	0.379
หลังทดลอง						
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา	4.39	0.42	3.05	0.54	8.770	< 0.001*
ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	4.62	0.29	3.24	0.48	11.020	< 0.001*
รวมพฤติกรรม	4.50	0.24	3.14	0.26	17.116	< 0.001*

* p < .05

จากตารางที่ 2 ก่อนการทดลองให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่แตกต่างกัน ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และรวมพฤติกรรม p-value = 0.415, 0.455 และ 0.379 ตามลำดับ หลังการทดลองให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.116$, $p < 0.001$) ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ($\bar{X} = 4.39$, $SD = 0.42$) ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.29$) และรวมพฤติกรรม ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.24$) โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยสามารถพัฒนาความรู้เพิ่มทักษะแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสมและสร้างสัมพันธ์ที่



ดีต่อกัน จะเห็นได้ว่าหากผู้ดูแลที่มีความรู้และความเข้าใจ ในการดูแล คอยช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนการรับประทาน ยาและตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง¹⁸ ร่วมกับทีมสุขภาพมีการสนับสนุนทางสังคม ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแล ได้แก่ การให้ความรู้และความเข้าใจโรคจิตเภท การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแล วิธีการให้ความช่วยเหลือทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และส่งเสริม การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย ทั้งหมดนี้จะ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์ การรักษามากขึ้น¹⁹ อีกทั้งการนำแอปพลิเคชันไลน์ที่มี ความสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงง่าย สามารถรับรู้ข่าวสารได้ อย่างต่อเนื่อง มีรูปแบบการใช้งานที่หลากหลาย ประหยัด เวลาและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง¹⁵ มาใช้ในการ ติดตามอาการและการดูแลรักษา คอยกระตุ้น แจ้งเตือน การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะ ช่วย เพิ่มปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิเคราะห์ พบว่าค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนสูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ในแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ป่วย จิตเภทและผู้ดูแลสามารถได้รับความรู้อย่างเป็นระบบ ในเรื่องโรคที่เป็นหรือความผิดปกติที่พบ อาการ การ รักษา และการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ ส่งผล

ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการทางจิตของ ผู้ป่วยได้ โดยดึงครอบครัวเข้ามามีบทบาทที่สำคัญด้วย การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะการดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทานยาของ ผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ebtsam et al. (2018)¹⁹; ธงรบ เทียนสันต์ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ (2558)¹²; บุษยา คำคำ และคณะ (2558)⁵ และ ชัชชชา เพ็งเกร็ด (2564)²⁰ ที่เน้นครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยให้บริการด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่ผู้ป่วยเป็น ความผิดปกติที่พบใน ผู้ป่วย อาการที่พบในผู้ป่วย การรักษาที่สำคัญโดยเฉพาะ การรับประทานยา การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ หลังจากรับประทานยา และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ภายในชุมชนที่คอยให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที สำหรับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ประกอบด้วย การชักประวัติเพื่อประเมินอาการและสภาพปัญหาของ ผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การให้ความรู้เรื่องโรคและการ รับประทานยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และมีการติดตาม เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ผลการวิจัย พบว่า ก่อน การทดลอง ค่าเฉลี่ย (Mean = 3.12, SD = 0.19) อยู่ใน ระดับปานกลาง (2.50-3.49) หลังจากสิ้นสุดการทดลอง ค่าเฉลี่ย (Mean = 3.14, SD = 0.26) อยู่ในระดับปาน กลาง (2.50-3.49) อาจเนื่องมาจากกลุ่มควบคุมมีความ บกพร่องในการได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง ครอบครัวขาด การดูแล เอาใจใส่ซึ่งกันและกันจึงทำให้เกิดการละเลยใน เรื่องของการรักษาด้วยยา ไม่ได้รับการติดตามการรักษา อย่างต่อเนื่องที่บ้านจากข้อจำกัดด้านการเดินทางเข้าถึง บริการสุขภาพจึงทำให้ผู้ป่วยขาดการได้รับการกระตุ้น และแจ้งเตือนในเรื่องของการรับประทานยาทำให้ผู้ป่วย ยังคงขาดการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาอย่างต่อเนื่อง



ข้อเสนอแนะ

เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้ดีขึ้น 2) เป็นแนวทางให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำรูปแบบของโปรแกรมที่มีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาใช้ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านไปประยุกต์ใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการวิจัย การศึกษาวิจัยควรมีการติดตามผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์อย่างต่อเนื่องโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและมีการติดตามระยะยาว เช่น ทุก 1, 3, และ 6 เดือน เพื่อความคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก ที่อำนวยความสะดวกและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

Reference

1. World Health Organization. SCHIZOPHRENIA. [Internet]. [updated 2022 January 10; cited September 20 2022]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/SCHIZOPHRENIA/en/
2. Trakunghan, K. The effect of a mental health education and self-management program on medication adherence among schizophrenic patients in Thawatchaburi community, Roi Et Province. Journal of Health Center. 2022;9,16(2): 391-404. (In Thai).
3. Acosta, F. J., Hernández, J. L., Pereira, J., Herrera, J., & Rodríguez, C. J. Medication adherence in schizophrenia. World Journal Psychiatry. 2012; 2(5): 74-82.
4. Stithyudhakarn, S. Relapse in chronic schizophrenic patients: Situation and preventive measures. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2016; 28(3): 1-15. (In Thai).
5. Damkham, B., Kansri, J., Tiaonukul, N., & Tosame, S. Effect of family mental health education program on medication adherence among schizophrenic patients in Sapphaya Hospital, Chai Nat Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015; 24(3): 66-76. (In Thai).
6. Pipitkul, P., Paohuasra, N., Kenrang, J., Boonserm, P., Kaenchaiyaphum, B., & Laloen, A. Effect of a medication adherence promotion program on



- medication-taking behavior among schizophrenic patients. *Journal of Nursing and Health Care*. 2022; 40(3): 54-62. (In Thai).
7. Lortarakul, M., & Sukonich, P. *Ramathibodi Psychiatry* (4th ed.). Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2015
 8. Sarinthon C. Empowerment in schizophrenic patients toward medication adherence [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002. Available from: <https://digiverse.chula.ac.th/Info/item/dc:27741>
 9. Farragher B. Treatment compliance in the mental health service. *Irish Med J*. 1999; 92(6): 1-3.
 10. Meepring, S., Tulyakul, P., Sathagathonthun, G., & Supasri, J. A Review of Factors Relating to Medication Non-Adherence in Patients with schizophrenia. *Global Journal of Health Science*. 2021; 13(10): 1-52.
 11. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: Psychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin*. 1980; 6(3): 490-505.
 12. Thiansan, T. Effect of family counseling services combined with mental health education on medication adherence behavior among schizophrenic patients in the community. *Royal Thai Police Nursing Journal*. 2015; 7(1): 106-116. (In Thai).
 13. Pohsri, A. Family and community involvement in caring for chronic schizophrenic patients: A case study of Nong Na Sang community. *Royal Thai Army Nursing Journal*. 2018; 19: 239-247. (In Thai).
 14. Thailand Digital Stat. From We Are Social. [Internet]. [updated 2021 April 28; cited January 30 2023]. Available from: <https://www.everydaymarketing.co/knowledge/thailand-digital-stat-2021-we-are-social/>
 15. Huat-Hun, K. The influence of LINE application on communication in the modern era. *Journal of Art and Management*. 2017; 1(2): 75-88. (In Thai).
 16. Xu, D., Xiao, S., He, H., Caine, E. D., Gloyd, S., Simoni, J., ... & Gong, W. Lay health supporters aided by mobile text messaging to improve adherence, symptoms, and functioning among people with Velligan in a resource-poor community in rural China (LEAN): A randomized controlled trial. *PLOS medicine*. 2019; 16(4): 1-21.
 17. Sumisa K, Sophin S, Patcharin N. Effects of a program to promote medication adherence in patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2020; 34(2): 132-52.
 18. Wutthiranarit, W. Promoting medication adherence among schizophrenic patients in the community. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2017; 31(1): 1-12. (In Thai).



19. Ebtsam, H. S., Nefissa, M. A. K., Nadia, E. S., & Amany, A. M. Effect of Psycho educational Program on Improving of Medication Adherence among Schizophrenia Patients. Journal of Nursing and Health Science. 2018; 7(6): 6.
20. Phengkret, C. Effect of family mental health education program on medication adherence behavior among schizophrenic patients in the community, Somdet Phra Piyamaharaj Rommaneeekhet Hospital, Kanchanaburi Province. Journal of Nursing and Public Health Research. 2021;1(3): 1-16. (In Thai).