

การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

Developing a model for empowerment in families of psychiatric patients to promote medication adherence through community participation.

(Received: June 14,2025 ; Revised: June 18,2025 ; Accepted: June 21,2025)

วรลักษณ์ ปัตถาปาโท¹ พวงเพชร จันทรบุตร² คณรัตน์ เดโฟสเซซ³ รัชณี เจริญเพ็ง⁴

Waraluck Patthapato¹ Puangpetch Chanbut² Kanarat Defossez³ Ratchanee Charoenpeng⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช 2) พัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ และ 4) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบฯ ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์และความต้องการ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบ และ 4) ปรับปรุงรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวช 12 คน ครอบครัวผู้ป่วย 10 ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข 5 คน และผู้นำชุมชน/อสม. 5 คน ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มีนาคม 2567 ถึง พฤษภาคม 2568 เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบประเมินการรับประทานยา แบบประเมินความรู้ ทักษะ และทักษะของครอบครัว และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีคะแนนการรับประทานยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจาก 22.67 เป็น 31.33 ($p<0.001$) ครอบครัวมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 2.50 เป็น 4.30 คะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 16.80 เป็น 21.90 และคะแนนทักษะเพิ่มขึ้นจาก 14.70 เป็น 20.60 ($p<0.001$) ชุมชนมีคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจาก 25.80 เป็น 40.20 ($p<0.001$) ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.55$, $SD\pm 0.57$)

คำสำคัญ การเสริมพลังในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวช การรับประทานยาต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research and development aimed to 1) study the situation and factors associated with medication adherence in psychiatric patients, 2) develop a model of empowerment for families of psychiatric patients to promote medication adherence with community participation, 3) evaluate the appropriateness and feasibility of the model, and 4) study the results of using the model. The research was conducted in 4 steps: 1) study the situation and needs, 2) develop the model, 3) trial use, and 4) improve the model. The samples included 12 psychiatric patients, 10 families of the patients, 5 public health personnel, and 5 community leaders/VHVs. The research was conducted from March 2024 to May 2025. The research instruments included a medication adherence assessment form, a family knowledge, attitude and skills assessment form, and a community participation assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test.

The research results found that after using the model, Patients' medication adherence score increased from 22.67 to 31.33 ($p<0.001$). Families' knowledge score increased from 2.50 to 4.30, attitude score increased from 16.80 to 21.90, and skills score increased from 14.70 to 20.60 ($p<0.001$). Community participation score increased from 25.80 to 40.20 ($p<0.001$). Participants were most satisfied with the model ($\bar{x}=4.55$, $SD\pm 0.57$).

Keywords: Family Empowerment, Psychiatric Patients, Medication Adherence, Community Participation

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

² กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

³ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

⁴ คลินิกฝังเข็ม กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

ความเจ็บป่วยทางจิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ความผิดปกติทางจิตเวชพบได้ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข รายงานความชุกของโรคจิตเวชในปี พ.ศ. 2562 พบร้อยละ 1.5 ของประชากรไทย² การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ คือการใช้ยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง และป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค³

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากมีปัญหาการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา โดยพบอัตราการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาสูงถึงร้อยละ 50⁴ การศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และคณะ⁵พบว่า อัตราการขาดยาในผู้ป่วยจิตเวชไทยสูงถึงร้อยละ 50-60 โดยสาเหตุสำคัญ ได้แก่ การลืมรับประทานยา การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและความจำเป็นในการรักษา รวมถึงการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งนำไปสู่ภาวะโรคกำเริบ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น⁶ ดังนั้น การเสริมพลังให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนจากชุมชน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การเสริมพลัง (Empowerment) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้สามารถจัดการกับปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง⁷ การศึกษาของวัชรีย์ ทองคำ และคณะ⁸พบว่า การใช้โปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สามารถเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลของญาติ ลดความเครียดและภาระของผู้ดูแล รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาที่สม่ำเสมอมากขึ้น

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอีกปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอย่างยั่งยืน การศึกษาของฉวีวรรณ สุวรรณชาติ และคณะ⁹พบว่า การดำเนินโครงการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีขึ้น และมีแนวโน้มของการกลับเป็นซ้ำของโรคที่ลดลง กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การให้ความรู้การลดการตีตรา และการระดมทรัพยากรในชุมชน สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมการรักษาอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวชได้¹⁰

ในประเทศไทยการดูแลสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ยังพบช่องว่างในการเข้าถึงบริการและการรับรู้ของสังคม โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคจิตเวชเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั่วประเทศ 1,873,959 ราย และยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้¹¹ และจากรายงานของโรงพยาบาลหนองสองห้อง พบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอหนองสองห้องจำนวน 623 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ขาดยาและก่อเหตุรุนแรงจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.28 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในอำเภอ¹² เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การทำร้ายร่างกายบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน การก่อวินาศกรรมความสงบเรียบร้อยในชุมชน และการทำลายทรัพย์สิน จากการสอบสวนพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยามักเกิดจากการขาดความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการสุขภาพจิต การไม่มีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงปัญหาด้านเศรษฐกิจและการคมนาคมในพื้นที่ชนบทที่เป็นอุปสรรคต่อการรับยาอย่างสม่ำเสมอ¹²

การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการเสริมพลังครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่คำนึงถึงบริบทของสังคมไทย โดยผสมผสานแนวคิดการเสริมพลังทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยจิตเวช

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นในการนำไปใช้จริง
4. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ความรู้ ทักษะ และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และความต้องการในการพัฒนา

1. ศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหา ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงประเมินความต้องการและศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญห
2. ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยจิตเวช 10 คน ญาติผู้ดูแล 10 คน บุคลากรสุขภาพ 5 คน และผู้นำชุมชน/อสม. 5 คน รวม 30 คน
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช (MARS) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยนำผลจากขั้นตอนที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบ

2. ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเวชและญาติ บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการเสริมพลัง

3. ออกแบบกิจกรรมและกำหนดบทบาทของครอบครัวและชุมชน โดยประยุกต์แนวความคิดการเสริมพลัง ร่วมกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model

4. ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น

1. ดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวช 12 คน ครอบครัวผู้ป่วย 10 ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข 5 คน และผู้นำชุมชน/อสม. 5 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช อายุ 18-60 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน มีประวัติการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมีครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช (MARS) ค่าความเชื่อมั่น = 0.85

แบบประเมินความรู้ ทักษะ และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ค่าความเชื่อมั่น = 0.80

แบบประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ค่าความเชื่อมั่น = 0.88

แบบบันทึกการกินยาของผู้ป่วยจิตเวช (ปฏิทินกินยา)

1.เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบฯ เป็นระยะเวลา 3 เดือน และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

2.วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบข้อมูลก่อน-หลังการทดลองด้วย Paired t-test

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

1.ประเมินความพึงพอใจและข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

2.จัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อสะท้อนผลการใช้รูปแบบและระดมความคิดเห็นเพื่อปรับปรุง

3.ปรับปรุงและจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์พร้อมคู่มือการนำไปใช้

ผลการศึกษา

สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช

การศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช 10 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 60) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.5 ปี ($SD \pm 4.2$) มีประวัติการขาดยาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 90) และมีการกลับเป็นซ้ำ 1 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 50) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความสำคัญของการรับประทานยา (ร้อยละ 80) ผลข้างเคียงของยาที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 73.33) การขาดความรู้และทักษะของครอบครัวในการดูแล (ร้อยละ 83.33) การตีตราและการเลือกปฏิบัติในชุมชน (ร้อยละ 86.67) และการขาดระบบติดตามเยี่ยมบ้านและสนับสนุนในชุมชน (ร้อยละ 80)

ปัจจัยสนับสนุนการรับประทานยาต่อเนื่อง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา (ร้อยละ 73.33) การสนับสนุนและให้กำลังใจจาก

ครอบครัว (ร้อยละ 83.33) การช่วยเหลือและกำกับการรับประทานยา (ร้อยละ 73.33) การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ (ร้อยละ 80) และการให้คำปรึกษาและให้ความรู้ที่เหมาะสม (ร้อยละ 73.33)

รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้พัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้พัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การให้ความรู้และพัฒนาทักษะของครอบครัว 1.1 อบรมให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วย 1.2 ฝึกปฏิบัติทักษะการสื่อสารและการจัดการอารมณ์ 1.3 อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องเทคนิคการช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับประทานยา

องค์ประกอบที่ 2 การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการรับรู้ของครอบครัว 2.1 กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช 2.2 อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อโรคจิตเวช 2.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจและการรับรู้ศักยภาพของครอบครัว

องค์ประกอบที่ 3 การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัว 3.1 การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) 3.2 การกำหนดเป้าหมายการดูแล

ผู้ป่วยร่วมกัน 3.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการวางแผนการรักษา

องค์ประกอบที่ 4 การสร้างเครือข่ายในชุมชน 4.1 คืบข้อมูลและให้ความรู้แก่ชุมชน 4.2 ประสานความร่วมมือกับแกนนำและหน่วยงานในชุมชน 4.3 สร้างกลุ่มอาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน 4.4 ระดมทุนและทรัพยากรในชุมชน

ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านพบว่า มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.44$, $SD\pm0.56$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านแนวคิดและหลักการ ($\bar{x}=4.56$, $SD\pm0.51$) รองลงมาคือ ด้านวัตถุประสงค์ ($\bar{x}=4.53$, $SD\pm0.52$) และด้านองค์ประกอบและกิจกรรม ($\bar{x}=4.47$, $SD\pm0.57$) ตามลำดับ

ผลการทดลองใช้รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.33) อายุเฉลี่ย 42.3 ปี ($SD\pm10.8$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 58.33) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 66.67) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7.8 ปี ($SD\pm4.5$) และมีประวัติการขาดยาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 100) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) อายุเฉลี่ย 48.7 ปี ($SD\pm13.2$) มีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 40) และดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 7.2 ปี ($SD\pm3.8$)

1) การรับประทายาต่อเนื่องของผู้ป่วย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับประทายาต่อเนื่อง (MARS) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีคะแนนการรับประทายาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจาก 22.67 ($SD\pm5.28$) เป็น 31.33 ($SD\pm4.96$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-8.76$, $p<0.001$) โดยมีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับประทายาจากระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.67) เป็นระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.67) และร้อยละ

ของการรับประทายาตามบันทึกปฏิบัติทกนินยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.75 ($SD\pm15.32$) เป็นร้อยละ 91.67 ($SD\pm8.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-9.35$, $p<0.001$) ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการรับประทายาต่อเนื่อง (MARS)

ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=12)

ระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	22.67	5.28	-8.76	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	31.33	4.96		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ร้อยละของการรับประทายาตามบันทึกปฏิบัติทกนินยา

ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=12)

ระยะเวลา	ร้อยละของการรับประทายา	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
เดือนก่อนการใช้รูปแบบ	68.75	15.32	-9.35	<0.001*
เดือนที่ 3 หลังการใช้รูปแบบ	91.67	8.76		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ความรู้ ทักษะ และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และทักษะของครอบครัวก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ครอบครัวมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 2.50 ($SD\pm1.08$) เป็น 4.30 ($SD\pm0.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-7.94$, $p<0.001$) คะแนนทักษะเพิ่มขึ้นจาก 16.80 ($SD\pm3.46$) เป็น 21.90 ($SD\pm2.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-6.78$, $p<0.001$) และคะแนนทักษะเพิ่มขึ้นจาก 14.70 ($SD\pm3.37$) เป็น

20.60 (SD±2.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-7.12$, $p<0.001$) ดังตารางที่ 3-5

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาของครอบครัว

ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=10)

ระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	2.5	1.08	-7.94	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	4.3	0.67		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว

ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=10)

ระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	16.8	3.46	-6.78	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	21.9	2.23		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว

ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=10)

ระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	14.7	3.37	-7.12	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	20.6	2.76		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลัง

การใช้รูปแบบฯ ชุมชนมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นจาก 25.80 (SD±6.14) เป็น 40.20 (SD±5.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-8.45$, $p<0.001$) โดยมีการเปลี่ยนแปลงระดับการมีส่วนร่วมจากระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เป็นระดับมากเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ลักษณะการมีส่วนร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ การเยี่ยมบ้านและติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 100) การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน (ร้อยละ 80) และการให้ความรู้และลดการตีตราในชุมชน (ร้อยละ 70)

3.4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมพลัง

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมพลังโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.55$, $SD\pm0.57$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านประโยชน์และการนำไปใช้ ($\bar{x}=4.62$, $SD\pm0.56$) รองลงมาคือ ด้านเนื้อหาและกิจกรรม ($\bar{x}=4.54$, $SD=0.56$) และด้านวิธีการดำเนินกิจกรรม ($\bar{x}=4.49$, $SD\pm0.58$) ตามลำดับ

ผลการปรับปรุงรูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จากข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้ปรับปรุงรูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย

ปรับระยะเวลาในการจัดกิจกรรมให้ยืดหยุ่นตามบริบทของชุมชน

เพิ่มการใช้สื่อวีดิทัศน์และภาพประกอบเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น

เพิ่มการเยี่ยมบ้านและการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการ

พัฒนาศักยภาพของอสม.และแกนนำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น

บูรณาการรูปแบบเข้ากับงานประจำของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่

พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับครอบครัวและชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลในการส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มความรู้ ทักษะ และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อภิปรายผลได้ดังนี้

รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังของ Gibson¹³ ที่เน้น การพัฒนาศักยภาพ และความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถจัดการกับปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง ผ่านการเสริมพลังทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบที่ 1 การให้ความรู้และพัฒนาทักษะของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Dixon et al.¹⁶ ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family Psychoeducation) เป็นแนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้บริการครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งช่วยลดอัตราการกำเริบซ้ำ ลดความเครียดของผู้ดูแล และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rummel-Kluge & Kissling¹⁵ ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวสามารถลดอัตราการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 7-12 เดือน และที่ 2 ปี

องค์ประกอบที่ 2 การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการรับรู้ของครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังของ Soukup¹⁶ ที่เน้นการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และการเพิ่มความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา และการศึกษาของ Suchsing et al.¹⁷ ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการรับรู้ของครอบครัวช่วย

ลดความเครียดและภาระในการดูแล และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 3 การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Sungur et al.¹⁸ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการวางแผนการรักษาช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา และการศึกษาของ ชูติมา อรรถสิทธิ์ และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคในการรับประทานยา ช่วยเพิ่มอัตราการรับประทานยาต่อเนื่องและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต

องค์ประกอบที่ 4 การสร้างเครือข่ายในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen & Uphoff²⁰ ที่เน้นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล และการศึกษาของ ศศิธร เตชะ และคณะ²¹ ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม ช่วยเพิ่มอัตราการกินยาสม่ำเสมอ ลดอาการกำเริบ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผลของการใช้รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

1) การเพิ่มขึ้นของการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของชูติมา อรรถสิทธิ์ และคณะ¹⁹ ที่พบว่า โปรแกรมการเยี่ยมบ้านช่วยเพิ่มอัตราการรับประทานยาต่อเนื่องและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของ Maneesakorn et al.²² ที่พบว่า การบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการใช้ยาช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช

2) การเพิ่มขึ้นของความรู้ ทักษะ และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของวัชร ท้องคำ และคณะ⁸ ที่พบว่า โปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

จิตเวชสามารถเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลของญาติ ลดความเครียดและภาระของผู้ดูแล และการศึกษาของจินตนา พุทธเมตะ และคณะ²³ ที่พบว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การเพิ่มขึ้นของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaplan, Salzer, & Brusilovskiy²⁴ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของความหวัง คุณภาพชีวิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช และการศึกษาของฉวีวรรณ สุวรรณชาติ และคณะ⁹ ที่พบว่า การดำเนินโครงการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีขึ้น และมีแนวโน้มของการกลับเป็นซ้ำของโรคที่ลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรนำรูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรในพื้นที่ และบูรณาการเข้ากับงานประจำและระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่เดิม

ควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมตามองค์ประกอบของ

รูปแบบ โดยเฉพาะทักษะการให้ความรู้ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการสร้างเครือข่ายในชุมชน

ควรพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการรับประทายอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทและง่ายต่อการใช้งาน เช่น ปฏิทินกินยา แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ หรือการติดตามทางโทรศัพท์ และมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอโดยเครือข่ายในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวของการใช้รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวในการดำเนินงานในระยะยาว

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ประเภทของโรคจิตเวช ระยะเวลาการเจ็บป่วย และบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

ควรมีการศึกษาพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมการรับประทายอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช เช่น แอปพลิเคชันเตือนการรับประทาย ระบบติดตามทางไกล หรือโปรแกรมให้ความรู้และคำปรึกษาออนไลน์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental Health ATLAS 2020 [Internet]. 2020 [cited 2022 March 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
2. Department of Mental Health. Mental Health Statistics Annual Report 2019. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health Thailand; 2019.
3. Maneesakorn S, Robson D, Gournay K, Gray R. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. J Clin Nurs 2007; 16(7): 1302-1312.

4. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström 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): 200-218.
5. รุ่งนภา จันทรา, ดารารรรณ รองเมือง, พิมพ์ไธ ลิ้มสุขนรินทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2561; 63(3): 273-286.
6. 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): 109-113.
7. Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol* 1987; 15(2): 121-148.
8. วชิร ทองคำ, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, จินตนา พุทธเมตตะ. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2562; 27(3): 176-187.
9. ฉวีวรรณ สุวรรณชาติ, พิมพ์ร่ำไพ บัวขาว, บรรณากิจ โลจนาภิวัฒน์. ผลของโครงการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2559; 17(2): 51-60.
10. Agrest M, Mascayano F, Ardila-Gómez S, Alapé-Girón A, Noel R, Lopez M, et al. Implementing a mental health care program and community-based training in a resource-limited context: A qualitative analysis of the Bolivian experience. *Int J Ment Health Syst* 2019; 13(1): 1-13.
11. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี 2564. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
12. โรงพยาบาลหนองสองห้อง. รายงานการดำเนินงานจิตเวชโรงพยาบาลหนองสองห้อง ประจำปี 2564. ขอนแก่น: โรงพยาบาลหนองสองห้อง; 2564.
13. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs* 1991; 16(3): 354-361.
14. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001; 52(7): 903-910.
15. Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert Rev Neurother* 2008; 8(7): 1067-1077.
16. Soukup SR. The center for nursing advocacy. *Nurs Outlook* 2000; 48(1): 40-42.
17. Suchsing R, Tepsuriyanon S, Viriyachaiyo P. The development of family empowerment program for schizophrenia patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020; 65(4): 315-328.
18. Sungur MZ, Güner P, Üstün B, Çetin I, Soygür H. Optimal treatment for schizophrenia: a service user perspective and the need for an integrated approach. *Psychiatr Q* 2011; 82(4): 299-310.
19. ชุตติมา อรรถสิทธิ์, สมนึก สกฤตหงส์โสภณ, วีรยา จีงสมเจตไพศาล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2561; 32(2): 57-71.
20. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. *World Dev* 1980; 8(3): 213-235.
21. ศศิธร เดชะ, วิณา เทียงธรรม, วรณา คงสุริยะนาวัน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2562; 20(2): 244-253.
22. Maneesakorn S, Robson D, Gournay K, Gray R. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *J Clin Nurs* 2007; 16(7): 1302-1312.
23. จินตนา พุทธเมตตะ, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกำป็น. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2559; 30(1): 26-41.
24. Kaplan K, Salzer MS, Brusilovskiy E. Community participation as a predictor of recovery-oriented outcomes among emerging and mature adults with mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J* 2012; 35(3): 219-229.