

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท

Effects of Program home visit and Application Line on Suicidal Idea in Schizophrenia Patients.

ศศิธร บัวผัน พย.ม.

Sasitorn Buophun

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบ้านนา

Corresponding: pookem99@gmail.com

บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูง งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง ตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับ แอปพลิเคชันไลน์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย SSI-Thai Version 2014 และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ะ Paired T-test และ Independent T-test

ผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองและการติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตาย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า โปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ มีประสิทธิผลในการลดความคิดฆ่าตัวตายและเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน, แอปพลิเคชันไลน์, ความคิดฆ่าตัวตาย, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยจิตเภท

รับบทความ: 26 ก.ย. 68; **รับบทความแก้ไข:** 30 ก.ย. 68; **ตอบรับตีพิมพ์:** 1 ต.ค. 68; **ตีพิมพ์ออนไลน์:** 1 พ.ย. 68

Abstract

Suicide is a major public health problem, and patients with schizophrenia are considered a high-risk group with a greater likelihood of developing suicidal thoughts. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of a home visit program combined with the LINE application on suicidal ideation and self-care behaviors among patients with schizophrenia. The study was conducted from June to October 2024. The sample consisted of 30 patients with schizophrenia receiving treatment at the Mental Health Clinic, Banna Hospital, Nakhonnayok Province. Participants were divided equally into experimental and control groups of 15 each. The experimental group received the home visit program combined with the LINE application for eight weeks, while the control group received routine care. Research instruments included a general information questionnaire, the SSI-Thai Version 2014 for assessing suicidal ideation, and a self-care behavior assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired T-test, and Independent T-test.

The results showed no significant differences in general characteristics between the two groups. After the intervention and at one-month follow-up, the experimental group had significantly lower mean suicidal ideation scores at the 0.05 level and significantly lower than those of the control group. Moreover, their self-care behavior scores significantly increased at the 0.001 level and were higher than those of the control group.

In conclusion, the home visit program combined with the LINE application was effective in reducing suicidal ideation and enhancing self-care behaviors among patients with schizophrenia. This program should be applied in caring for other psychiatric patients to improve suicide prevention effectiveness and promote better quality of life.

Keywords: Home visit program, LINE application, Suicidal ideation, Self-care behavior, Schizophrenia

1.บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่นับว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมและเศรษฐกิจทั่วโลก โดยในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 80,000 คน โดยมีคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกๆ 40 วินาที (WHO, 2018) และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-29 ปี รองลงมาจากอุบัติเหตุบนท้องถนน(กรมสุขภาพจิต,2564) โดยจากสถิติข้อมูลฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2564-2565 พบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 7.38 7.97 และ 7.94 ต่อ 1 แสนประชากร ตามลำดับ (ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์,2565) เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 2 ชั่วโมง(มบ.1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2566) และคนไทยพยายามฆ่าตัวตาย 31,110 คน หรือเท่ากับ 47.74 ต่อแสน

ประชากร เฉลี่ยวันละ 85 คน หรือมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 7 คน ในทุก 2 ชั่วโมง (HDC, 2566) สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากเรื่องอารมณ์ คือ ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 66.67% โรคเรื้อรังทางกาย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย คือ การใช้สารเสพติดชนิดสุรา และการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ โรคซึมเศร้า และจิตเภท ประเทศไทยมีการดำเนินการเฝ้าระวังและมีแนวทางส่งเสริมป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยในช่วงปี พ.ศ. 2560-2564 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นตัวชี้วัดแรกของการตรวจราชการระดับจังหวัดด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยการเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม ได้แก่ (1)โรคจิต/โรคซึมเศร้า (2)โรคทางกายเรื้อรัง (3)โรคสุรา/สารเสพติด เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุขทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง มีบทบาทในการสำรวจและคัดกรองดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งถือว่ามีบทบาทสำคัญยิ่งที่จะช่วยป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายลง

จังหวัดนครนายก มีประชากรชายจำนวน 128,131 คน มีประชากรหญิง จำนวน 131,003 คน รวมทั้งหมด 259,134 คน พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2564-2566 เท่ากับ 7.29, 3.07 และ 2.69 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ไม่พบการส่งสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 72 มีการส่งสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย ร้อยละ 28 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2566)

โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ประชากรในเขตอำเภอบ้านนา ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 53,640 คน พบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมดในปี 2564-2566 เท่ากับ 4.36, 4.31 และ 1.45 ตามลำดับ มีปัจจัยร่วมหลายอย่างและรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การมีโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดัน การมีโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ร้อยละ 76.5 โดยร้อยละ 80 ของผู้มีความคิดฆ่าตัวตายไม่มีการส่งสัญญาณเตือนให้คนรอบข้างเห็นมาก่อน (โรงพยาบาลบ้านนา, 2566) และมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 298, 324 และ 347 ราย ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทถือได้ว่าเป็นอีกหนึ่งกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสมีความคิดฆ่าตัวตายได้เนื่องจากเป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด พฤติกรรมและการรับรู้และ โดยการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจมีอาการซึมเศร้าได้ในทุกระยะการดำเนินของโรค โดยอารมณ์เศร้ารุนแรงในช่วง residual phase พบได้ประมาณ ร้อยละ 25 และมีการพยายามฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 25-50 ดังนั้นการรักษาดูแลจึงไม่ได้มุ่งในการรักษาด้วยยา แต่เป็นการประคับประคองและฟื้นฟูสภาพจิตใจมากกว่า ดังนั้นบทบาท ที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชจะต้องเป็นผู้ตระหนักรู้มีความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย มีทักษะและสามารถประเมินถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันความคิดการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตายได้ ทันทีที่และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีระบบในการดูแลที่จะช่วยป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอง

การเยี่ยมบ้านนับเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้การเยี่ยมบ้าน ตามปกติกระทำอย่างน้อยปีละครั้งต่อครอบครัว และเพิ่มจำนวนครั้งในการเยี่ยมตามปัญหาสุขภาพของแต่ละคน อีกทั้งในปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) เป็นอีกช่องทางของการติดต่อสื่อสารเป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงง่าย ใช้ได้ทุกสถานที่โดยไม่เพิ่มค่าใช้จ่าย จนเข้ามามีบทบาทในการดำเนินชีวิตของผู้คน ด้วยการมีแอปพลิเคชันที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบไลน์แอปพลิเคชันที่ได้รับความนิยมอย่างมาก เพราะสามารถใช้ได้ทั้งในรูปแบบการแชท ในการติดต่อสื่อสาร การส่งรูปภาพการส่งวิดีโอ การสนทนาผ่านโทรศัพท์ หรือแบบเห็นหน้าผ่านวิดีโอคอล ซึ่งเป็นสิ่งที่ตอบโจทย์ของคนในสังคมได้เป็นอย่างดี ในระบบสาธารณสุขเองก็ได้นำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพเช่นกัน เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการนัดหมายเพื่อเยี่ยมบ้าน การติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัด หรือการให้ความรู้หรือคำปรึกษาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ใช้ จึงทำให้สามารถติดต่อสื่อสารได้สะดวก และรวดเร็ว ส่งผลให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเพิ่มความคล่องตัวมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการศึกษาโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีป้องกันการนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วย ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนและหลัง ระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนและหลัง ระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือน ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

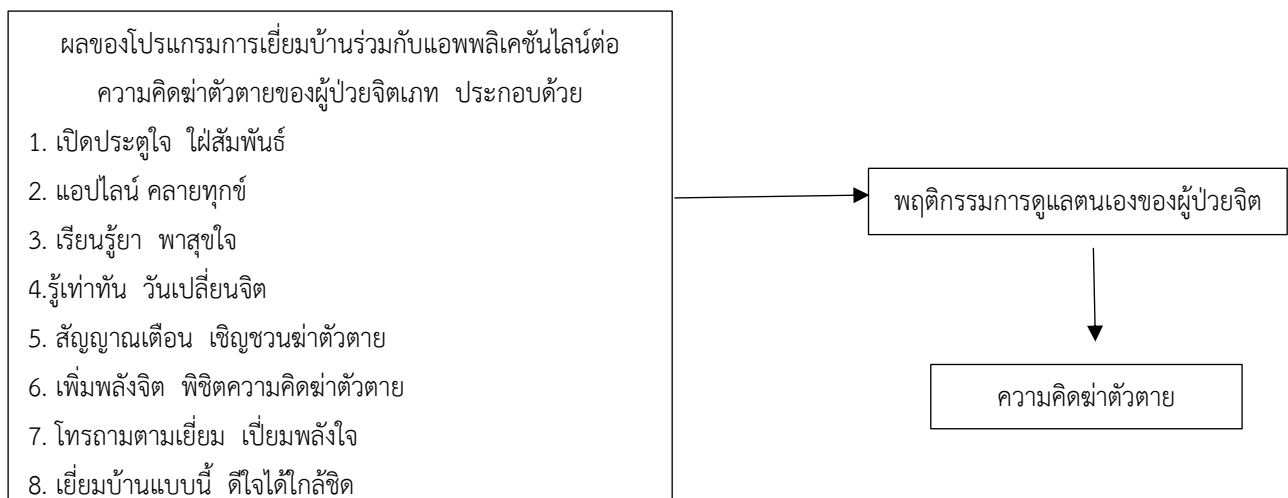
ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษา แบบสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post test and follow-up) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ระยะเวลาใน ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง เดือน ตุลาคม 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีภายใต้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิง(KING,2000) ซึ่งเป็นกระบวนการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย การปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ มีการ

ติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยมุ่งความสนใจในการตอบสนองด้านหน้าที่ และปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในการจัดการกับอาการและประสบการณ์ที่เกิดขึ้น โดยใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้นจากการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวทางการดูแลตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหา และทักษะการวางแผนจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการการเจ็บป่วย การจัดการตนเองมีการนำแนวทางการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคโนโลยีที่ทันสมัยโดยใช้แอปพลิเคชัน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล จำนวน 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10-60 นาที ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2. วิธีการทดลองหรือวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) ศึกษา แบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post test and follow-up) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค The 10 th Edition of International Classification Disease(ICD 10) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ซึ่งปัจจุบันดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้าน และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก จากสถิติพบว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยจิตเภทที่ขึ้น

ทะเบียนรับการรักษา จำนวนทั้งสิ้น 385 คน เฉลี่ย 30- 35 รายต่อเดือน ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง เดือน สิงหาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลบ้านนาในการวิจัยครั้งนี้ ประชากรทั้งหมดมีจำนวน 385 คน ผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (1967) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)}$$

$$n = \frac{385}{1 + 385(0.05)^2} = 30$$
 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD 10 (The 10th Edition of International Classification Disease) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006)

รหัสโรค F20 – F29 และได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลบ้านนา

2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

3. เป็นผู้ที่มิฉะนั้นตามแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีอาการทางจิตระดับเล็กน้อย สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมของตนเองได้ โดยการประเมินจากพยาบาลวิชาชีพสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลบ้านนา

4.เป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบ้านนาอย่างน้อย 6 เดือน

5. สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เข้าใจสามารถตอบคำถามได้

6. สมจริต ยินยอม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการทำวิจัยครั้งนี้ได้จนเสร็จสิ้นโปรแกรม

7. มีโทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟน และมีแอปพลิเคชันไลน์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครบทั้ง 8 ครั้ง

2. มีอาการกำเริบเฉียบพลัน โดยประเมินอาการทางจิต(BPRS) มีคะแนนมากกว่า 36 คะแนน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วมระหว่างการศึกษาวิจัย

4. ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น หรือย้ายที่อยู่ระหว่างการศึกษารวบรวมข้อมูล

5. ไม่สามารถติดต่อได้ในการนัดหมายติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งที่ 1

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่ง Polit and Hungler (1999) ได้กำหนดไว้ว่าการวิจัยกึ่งทดลอง ควรมีกลุ่มตัวอย่าง 20-30 คน โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่ต่ำกว่า 10 คน และ Central Limit Theorem (ทฤษฎีบทขีดจำกัดกลาง) ระบุว่า ระบุว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีขนาด ≥ 30 การแจกแจงค่าเฉลี่ยของตัวอย่างจะใกล้เคียงการแจกแจงปกติ กฎของ 30 (Rule of Thumb) กำหนดในงานวิจัยเชิงสังคมศาสตร์และพยาบาลศาสตร์ บางตำราแนะนำว่า อย่างน้อย 30 คนต่อกลุ่ม (หรือรวม 30 คนในกรณี paired / pre-post)

จะทำให้ผลวิเคราะห์ทางสถิติมีความน่าเชื่อถือระดับหนึ่ง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น โดยจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ผู้วิจัยจะทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) รวมทั้ง Julious (2005) “Sample size of 12 per group rule of thumb for pilot studies” แนะนำว่าในการศึกษาเชิงสำรวจหรือกึ่งทดลอง ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 12 ต่อกลุ่มเพียงพอสำหรับการทดสอบ feasibility แต่หลายสำนักแนะนำให้ใช้ ~30 เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการในการวิจัยครั้งนี้ จากทั้งหมด 30 คน โดยการใส่รหัสเลข 1 และเลข 2 อย่างละ 15 ใบ เพื่อจับสลาก โดยจับสลาก 2 ใบ ที่ระบุ “เลข 1” และ “เลข 2” ในเบื้องต้นทำการจับสลากได้ “เลข 1” เป็นกลุ่มควบคุมและ “เลข 2” เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองตามขั้นตอนที่กำหนดต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต BPRS

(Brief Psychiatric Rating Scale) ของ Overall and Gorham (1962) และแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) ใช้สำหรับประเมินอาการทางจิตในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ซึ่งแบบประเมินอาการทางจิตนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ใช้สำหรับประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ โดยจะวัดอาการทางจิตที่มีคะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 108 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเป็น 6 ระดับ ดังนี้

0-18 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตเล็กน้อยเป็นบางครั้ง

19-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตเล็กน้อย

37-54 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตปานกลาง

55-72 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตค่อนข้างสูง

73-90 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

91-108 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงมาก

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท เป็นข้อความคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้ ผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาการเป็นโรคจิตเภท โรคประจำตัวทางกาย ยาที่ใช้ในการรักษาอาการทางจิต ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองและของสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ และเกสร นัยเงิน (2558) ที่พัฒนาขึ้นมาจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Scale for

Suicide Ideation: SSI) ของ Beck et al. (1979) มีจำนวน 19 ข้อ พัฒนามาจากแนวคิดที่ครอบคลุมองค์ประกอบการฆ่าตัวตาย ข้อคำถามมีลักษณะให้เลือกตอบในมาตราส่วน ประมาณค่า 0-2 โดย

0 คะแนน คือ ไม่มีเลย 1 คะแนน คือ มีเล็กน้อย 2 คะแนน คือ ปานกลางถึงมาก

การคิดคะแนนโดยการรวมคะแนนของทุกข้อคำถามในแบบทดสอบ โดยคะแนนที่เป็นไปได้จะมีค่าระหว่าง 0-38 คะแนน และมีการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ

คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง

คะแนน 13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของ มยุรี กลั้วงษ์ (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองที่จำเป็นของ Orem(1995) เป็นข้อคำถามที่ครอบคลุมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย จำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่

ปฏิบัติเป็นประจำ ระดับคะแนน 5

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ระดับคะแนน 4

ปฏิบัติปานกลาง ระดับคะแนน 3

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ระดับคะแนน 2

ไม่ปฏิบัติเลย ระดับคะแนน 1

การแปลผลคะแนนโดยรวมคะแนนของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าคะแนนระหว่าง 19-95 คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

19-37 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

38-66 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

67-95 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทนี้ได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ตั้งแต่ 0.93-0.94 (มยุรี กลั้วงษ์, 2552)

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลอง ได้แก่โปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในการป้องกันความคิดฆ่าตัวตาย โดยจัดทำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 10-60 นาที ประกอบไปด้วยความรู้เรื่องโรค อาการโรคจิตเภท ยาที่รับประทาน อาการเปลี่ยนแปลงนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนความคิดฆ่าตัวตาย แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือต่างๆ ปฏิทินวันนัดคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลบ้านนา ในรูปแบบของรูปภาพและข้อความ ร่วมกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ .77 ขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ได้รับการรับรองโครงการวิจัย เลขที่ NPHO 2024-014 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2567

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการจัดทำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้การศึกษาวิจัยไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการแนวทางการนำไปใช้ได้จริงของโรงพยาบาลบ้านนา

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 นำเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.4 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีการดำเนินการ ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมในส่วนของการพยาบาลตามปกติ กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล และให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่มีเป้าหมายจัดการความคิดฆ่าตัวตาย

2.1.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในสัปดาห์ที่ 8 หลังการทดลอง (Post-test) และระยะติดตามผล 1 เดือน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการ ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินคะแนนความคิด ฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2.2 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย จิตเภท โดยดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลในเขตพื้นที่อำเภอบ้านนา ดำเนินกิจกรรม 8 ครั้งๆ ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 10-60 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “เปิดประตูใจ ใจสัมผัส” มีวัตถุประสงค์เพื่อ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย นำไปสู่การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย โดยการนัดหมายพบปะที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบ้านนา และนัดติดตามเยี่ยมที่บ้านในครั้งที่ 2 ระยะเวลา 30-60 นาที

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “แอปไลน์ คลายทุกข์” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้ไลน์ แอปพลิเคชันไลน์ในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยทบทวนวิธีการใช้แอปพลิเคชันไลน์สำหรับผู้ที่ไม่ใช่วิธีการใช้ และสอนขั้นตอนการใช้การใช้ออปพลิเคชันไลน์ และชี้แจงหัวข้อความรู้ในการส่งผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ที่จะส่งให้ผู้ป่วยในครั้งที่ 3- 7 ระยะเวลา 30-60 นาที

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “เรียนรู้อาสา สุขใจ” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบยาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ป้องกันอาการกำเริบซ้ำที่นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย โดยการส่งผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในรูปแบบข้อความและรูปภาพ ระยะเวลา 10-15 นาที

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “รู้เท่าทัน วันเปลี่ยนจิต” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถวางแผนการตอบสนองต่ออารมณ์ ความคิด ความวิตกกังวล ที่นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย โดยการส่งผ่านไลน์แอปพลิเคชันในรูปแบบข้อความและรูปภาพ ระยะเวลา 10 -15 นาที

ครั้งที่ 5 กิจกรรม “สัญญาเตือน เชิญชวนฆ่าตัวตาย” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ สัญญาณเตือนของการมีความคิดฆ่าตัวตาย สามารถสื่อสารให้สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ป้องกันตนเองในการลงมือปฏิบัติการฆ่าตัวตาย โดยการส่งผ่านไลน์แอปพลิเคชันในรูปแบบข้อความและรูปภาพ ระยะเวลา 10-15 นาที

ครั้งที่ 6 กิจกรรม “เพิ่มพลังจิต พิชิตความคิดฆ่าตัวตาย” มีวัตถุประสงค์ เพื่อการจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและ การใช้เทคนิคการคลายเครียดต่างๆ การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือต่างๆ โดยการส่งผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ในรูปแบบข้อความและรูปภาพ ระยะเวลา 10-15 นาที

ครั้งที่ 7 กิจกรรม “โทรถามตามเยี่ยม เปี่ยมพลังใจ” มีวัตถุประสงค์ เพื่อการติดตามอาการ ความคิด ความผิดปกติต่างๆ จากโรคจิตเภท รวมทั้งเตือนวันนัดติดตามการรับยา โดยการโทรผ่านไลน์แอปพลิเคชันในรูปแบบเสียง ระยะเวลา 10-15 นาที

ครั้งที่ 8 กิจกรรม “เยี่ยมบ้านแบบนี้ ดีใจได้ใกล้ชิด” มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยจิตเภท นำมาพัฒนาโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ระยะเวลา 30-60 นาที

3.ระยะหลังการทดลอง

หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้วิจัยจะประเมินความคิดฆ่าตัวตายและแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Post-test)

4.ระยะติดตามผล

ในระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยจะประเมินความคิดฆ่าตัวตายและแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค โรคร่วมทางกาย ผู้ดูแลหลัก ประวัติการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยจิตเภท นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) โดยใช้การแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตาย และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired T-test) รวมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและ หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ทดสอบคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Independent T-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. ผลการศึกษาหรือผลการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 เพศชาย ร้อยละ 33.30 กลุ่มควบคุม เพศหญิง ร้อยละ 60.00 เพศชาย ร้อยละ 40.00 กลุ่มทดลองมีอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 13.33 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 46.70 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 33.33 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.70 กลุ่มควบคุม มีอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 6.70 อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 13.30 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 33.33 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 33.33 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13.33 สถานภาพสมรสกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด โดยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 40.00 สถานภาพสมรสใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 33.30 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 33.33 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 33.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 46.70 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 อาชีพหลักกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพเท่ากันทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 33.30 รายได้ต่อเดือนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 66.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 46.70 แหล่งรายได้ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.30 และได้จากสามี/ ภรรยา และบุตร เฉลี่ยร้อยละ 45 ทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 40.00 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.30 โดยผู้ดูแลหลักมีและไม่มีใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองไม่มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 53.30 ไม่มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 46.70 กลุ่มควบคุมมีผู้ดูแลหลักร้อยละ 53.30 ไม่มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 46.70 ระยะเวลาการเป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ระยะเวลา 6-15 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.00 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.33 โรคประจำตัวทางกายส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย กลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.00 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 80.00 ยาที่ใช้ในการรักษาอาการทางจิตส่วนใหญ่เป็นยา รับประทาน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 73.30 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 86.66 ประวัติการใช้สารเสพติด กลุ่มทดลอง ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 66.70 มีประวัติใช้สารเสพติด ร้อยละ 13.30 กลุ่มควบคุมไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100 ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองและของสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่มีทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 93.30 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	33.30	6	40.00
หญิง	10	66.70	9	60.00
อายุ				
20-29 ปี	0	0.00	1	6.70
30 - 39 ปี	2	13.33	2	13.30
40 - 49 ปี	7	46.70	5	33.33
50 - 59 ปี	5	33.30	5	33.33
60 ปีขึ้นไป	1	6.70	2	13.33
ศาสนา	15	100	15	100
สถานภาพสมรส				
โสด	7	46.70	6	40.00
คู่	5	33.30	5	33.33
หม้าย	3	20.00	1	6.70
หย่า	0		3	20.00
ระดับการศึกษาสูงสุด				

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	2	13.33	1	6.70
ประถมศึกษา	5	33.33	7	46.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	13.33	3	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	26.0	0	0
อนุปริญญา	1	6.70	2	13.30
ปริญญาตรี	1	6.70	2	13.30
อาชีพหลัก				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	33.30	5	33.30
รับจ้าง	2	13.33	4	26.70
ค้าขาย	3	20.00	1	6.70
เกษตรกร	1	1.67	2	13.30
ข้าราชการบำนาญ	0	0	1	6.70
อื่นๆ	4	26.70	2	13.30
รายได้ต่อเดือน				
0-5,000 บาท	10	66.70	7	46.70
5,001-10,000 บาท	4	26.70	5	33.33
10,001-15,000 บาท	0	0	1	6.70
15,001- 20,000บาท	1	6.70	2	13.33
แหล่งรายได้				
ไม่มีรายได้	7	46.70	8	53.30
การประกอบอาชีพ	4	26.70	4	26.70
สามี/ภรรยา	2	13.30	0	0
ลูก	1	6.70	3	20.00
ญาติ	1	6.70	0	0
ระยะเวลาในการเป็นโรคจิตเภท				
1-5 ปี	1	6.70	2	13.30
6-10 ปี	4	26.70	3	20.00
11-15 ปี	5	33.30	5	33.33
16-20 ปี	1	6.70	1	6.70
21-25 ปี	1	6.70	1	6.70
26-30 ปี	3	20.00	3	20.00

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวทางกาย				
ไม่มี	9	60.00	12	80.00
มี	6	40.00	30	20.00
ผู้ดูแลหลัก				
ไม่มี	8	53.30	7	46.70
มี	7	7	46.708	53.30
ผู้ดูแลเกี่ยวข้อง				
สามี/ภรรยา	6	40.00	8	53.30
พ่อ/แม่	4	26.70	3	20.00
ลูก	3	20.00	1	20.00
ญาติพี่น้อง	2	13.30	1	6.70
ยาที่ใช้ในการรักษาอาการทางจิต				
ยารับประทาน	11	73.30	13	86.66
ยาฉีด	1	6.70	1	6.67
ทั้งยารับประทานและยาฉีด	3	20.00	1	6.67
ประวัติการใช้สารเสพติด				
ไม่มี	13	86.70	15	100
มี	2	13.30	0	0
ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง				
ไม่เคย	10	66.70	10	66.70
เคย	5	33.30	5	33.30
สมาชิกในครอบครัวประวัติพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง				
ไม่มี	13	86.70	14	93.30
มี	2	13.30	1	6.70

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองเท่ากับ 17.27 (SD = 4.57) 4.93 (SD = 1.71) และ 4.73 (SD = 2.12) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 13.07 (SD = 8.20), 8.60 (SD = 6.04)

และ 8.47 (SD = 5.71) ตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 60.73 (SD = 5.14), 76.67 (SD = 4.93) และ 76.87 (SD = 4.01) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมม เท่ากับ 75.47(SD = 10.62), 76.47 (SD = 11.42) และ 77.53(SD= 10.48) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย		คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	
		Mean	SD	Mean	SD
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	17.27	4.57	60.73	5.14
	หลังการทดลอง	4.93	1.71	76.67	4.93
	ติดตามผล 1 เดือน	4.73	2.12	76.87	4.01
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	13.07	8.20	75.47	10.62
	หลังการทดลอง	8.60	6.04	76.47	11.42
	ติดตามผล 1 เดือน	8.47	5.71	77.53	10.48

ผลการวิจัย พบว่า ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .09$) และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .95$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	จำนวน	Mean	SD	Means difference	T	df	P
ความคิดฆ่าตัวตาย							
กลุ่มทดลอง	15	17.27	4.57	4.20	0.94	28	.09
กลุ่มควบคุม	15	13.07	8.20				
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท							

กลุ่มทดลอง	15	60.13	5.14	14.73	0.951	19	.95
กลุ่มควบคุม	15	75.47	10.62				

ผลการวิจัย พบว่าการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent T-Test) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	จำนวน	Mean	SD	Means difference	T	df	P
ความคิดฆ่าตัวตาย							
กลุ่มทดลอง	15	4.93	1.71	-3.66	-2.37	28	.03*
กลุ่มควบคุม	15	8.60	6.01				
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท							
กลุ่มทดลอง	15	76.67	4.93	6.93	2.76	28	.01*
กลุ่มควบคุม	15	69.73	8.37				

** $p < .001$ * $p < .05$

จากผลการวิจัย พบว่าการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของของผู้ป่วยจิตเภทและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตัวแปร	Mean	SD	$\bar{D}$	T	df	P
ความคิดฆ่าตัวตาย						
ก่อนการทดลอง	17.25	4.57	-12.53	-12.59	14	<.000**

หลังการทดลอง	4.93	1.71	15.73			
หลังการทดลอง	4.93	1.71	15.73	13.25	14	<.000**
ระยะติดตามผล 1 เดือน	4.73	2.12	15.93			
พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท						
ก่อนการทดลอง	60.73	5.14	15.73	5.36	11.53	<.000**
หลังการทดลอง	76.67	4.93				
หลังการทดลอง	76.87	4.93	15.73	7.60	.10	.92
ระยะติดตามผล 1 เดือน	79.87	4.01				

** $p < .001$ * $p < .05$

จากผลการวิจัย พบว่าการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตาย ของกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลอง แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของของผู้ป่วยจิตเภทและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตัวแปร	Mean	SD	$\bar{D}$	T	df	P
ความคิดฆ่าตัวตาย						
ก่อนการทดลอง	13.07	-4.46	6.50	-2.65	14	.01*
หลังการทดลอง	8.60					
หลังการทดลอง	8.47	-.13	0.74	0.27	14	.49
ระยะติดตามผล 1 เดือน	4.73	2.12	15.93			
พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท						
ก่อนการทดลอง	72.53	9.27	.2.80	-2.60	14	.02*
หลังการทดลอง	69.73	8.37				
หลังการทดลอง	69.73	8.37	7.80	8.19	14	<.00**
ระยะติดตามผล 1 เดือน	77.53	10.48				

* $p < .05$ ** $p < .001$

4. สรุปผลและวิจารณ์ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน สามารถเปรียบเทียบผลการทดลองได้อย่างเหมาะสม โดยพบว่า

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลงเพียงเล็กน้อยและไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังโปรแกรม ยังคงสูงต่อเนื่องที่ระยะติดตามผล 1 เดือน ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง และการติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์มีประสิทธิภาพในการลดความคิดฆ่าตัวตาย และเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานกับการใช้ไลน์ที่ช่วยสื่อสารให้คำปรึกษา ส่งข้อความเตือนใจ และสร้างความรู้สึกร่วมกันอยู่เคียงข้าง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลมีคุณค่า และลดความรู้สึกละแฉง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับงานวิจัยของซูติมา อินทรพงศ์ (2561) ที่ศึกษาพบว่า โปรแกรมการเยี่ยมบ้านช่วยเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และสามารถลดความเสี่ยงทางสุขภาพจิตได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนแนวคิดของ โสภิตา รัตนพงศ์ และคณะ (2562) ที่พบว่าการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร เช่น แอปพลิเคชันออนไลน์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดจิตสังคม และสามารถติดตามอาการผู้ป่วยได้สะดวกขึ้น ซึ่งนำไปสู่การลดอาการซึมเศร้าและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตรงกับผลการศึกษาของ Kasckow et al. (2016) ที่ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในสหรัฐอเมริกา พบว่าการใช้ Mobile App เพื่อสื่อสารและติดตามอาการสามารถช่วยลด Suicidal Ideation และเพิ่ม Adherence ต่อการรักษาได้ โดยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง สาเหตุเนื่องจากการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการให้คำแนะนำแบบใกล้ชิด ขณะที่การใช้ไลน์ช่วยเตือนเรื่องการกินยา การนัดพบแพทย์ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาดีขึ้น ขณะที่ Luxton et al. (2011) พบว่า การใช้เทคโนโลยีมือถือและแอปพลิเคชันในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นช่องทางสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกันความคิดฆ่าตัวตาย และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และสอดคล้องกับงานของ Ben-Zeev et al. (2018) ที่ยืนยันว่า MHealth Intervention มีผลต่อการส่งเสริมการดูแลตนเองและช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช ผล

การติดตาม 1 เดือนยังคงมีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นถึงผลของการใช้ไลน์ควบคู่กับการเยี่ยมบ้านช่วยเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่ในช่วงทดลอง แต่ยังคงส่งผลดีหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ไปใช้จริงในหน่วยงานสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลที่มีจัดบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชจิตเวช เพื่อช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2. ควรพัฒนาคู่มือการใช้แอปพลิเคชันไลน์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การส่งข้อความให้กำลังใจ การให้ความรู้เรื่องการกินยา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น และติดตามผลในระยะยาวมากกว่า 3 เดือน เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของโปรแกรม ควรขยายการศึกษาสู่ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว หรือผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อทดสอบความเหมาะสมของโปรแกรม

2. ควรประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอื่น ๆ เช่น แอปพลิเคชันเฉพาะด้านสุขภาพจิต (Mental Health App) เพื่อเพิ่มทางเลือกในการติดตามและดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช

5. ข้อจำกัดในการศึกษา

1. อุปสรรคด้านเทคโนโลยี เช่น การเข้าถึงสมาร์ทโฟนหรือการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยบางราย

2. ระยะเวลาติดตามสั้น 1 เดือน อาจไม่สามารถบ่งบอกถึงผลลัพธ์ระยะยาวของโปรแกรมได้

3. อาจมีตัวแปรแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ระดับอาการ หรือปัจจัยสิ่งแวดล้อม

4. การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่น้อยพอสมควร หากเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20-30 คน อาจมีผลต่อการวิจัย

6. เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2564). รายงานประจำปี 2564. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.

ชนัดดา แบนเกษร. (2560). เอกสารประกอบคำสอนรายวิชา 10650360: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2.

ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชุตินา อินทรพงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล.

เฉลิมศักดิ์ บุญประเสริฐ. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ของผู้สูงอายุ

(วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

นรรัตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน, & อัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2550). ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือใน

- การใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(2), 89–97.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2540). *การแปลและการพัฒนาแบบประเมินอาการทางจิต BPRS ฉบับภาษาไทย*.
กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล, & ปราโมทย์ สุคนิชย์ (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4).
กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มยุรี กลั้ววงศ์. (2552). *การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท*
(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มยุรี กลั้ววงศ์. (2552). *การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท: เครื่องมือวัด*
พฤติกรรมการดูแลตนเองและทฤษฎี Orem.
- ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2565). *รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตาย*
ประเทศไทย. ขอนแก่น: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุภศิลป์ กุลจิตต์เจือวงศ์. (2556). *ไลน์รูปแบบการสื่อสารบนความสร้างสรรค์ของสมาร์ทโฟน: ข้อดีและข้อจำกัด*
ของแอปพลิเคชัน LINE - Communicating format on the creativity of Smartphone: Benefits
and limits of application. *วารสารนักบริหาร (Executive Journal)*, 33(4), 42–54.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. (2566). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตจังหวัดนครนายก*. นครนายก:
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพรพรรณ อีรานูตร. (2552). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อินทรา ปัทมินทร. (2542). *บทความฟื้นฟูวิชาการการใช้จินตนาการในการคลายเครียด*. *วารสารสุขภาพจิตแห่ง*
ประเทศไทย, 7(3), 191–193.
- วีระโชติ ลาภผลอำไพ, & พริยศ ภูมิศิลปธรรม. (2562). *การพัฒนาโปรแกรมประยุกต์บนมือถือระบบ*
แอนดรอยด์ในการจัดการยาต้านไวรัสเอชไอวีด้วยตนเอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 27(4),
738–750.
- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. (2553). *ทฤษฎีการควบคุมตนเอง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเด็ก*
และครอบครัว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(4), 23–33.
- โรงพยาบาลบ้านนา. (2566). *รายงานการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบ้านนา*.
นครนายก: โรงพยาบาลบ้านนา.
- โสภิตา รัตนพงศ์, & คณะ. (2562). *การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการบำบัดจิตสังคมในผู้ป่วยโรค*
ซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 33(2), 45–59.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale
for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>

Ben-Zeev, D., Brian, R. M., Wang, R., Wang, W., Campbell, A. T., Aung, M. H., Kasckow, J., Zickmund, S., Rotondi, A., Mrkva, A., Gurklis, J., Fox, L., & Haas, G. (2016). Development of telehealth dialogues for monitoring suicidal patients with schizophrenia: Consumer feedback. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 324–332.

<https://doi.org/10.1007/s10597-015-9946-y>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Julious, S. A. (2005). Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study. *Pharmaceutical Statistics*, 4(4), 287–291.

King, I. M. (2000). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. Albany: Delmar.

Luxton, D. D., June, J. D., & Kinn, J. T. (2011). Technology-based suicide prevention: Current applications and future directions. *Telemedicine and e-Health*, 17(1), 50–54.

<https://doi.org/10.1089/tmj.2010.0091>

M. H. (2018). CrossCheck: Integrating self-report, behavioral sensing, and smartphone use to identify digital indicators of psychotic relapse. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(3), 197–205. <https://doi.org/10.1037/prj0000307>

Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Barre, L., & Bartels, S. J. (2017). Feasibility of popular m-health technologies for activity tracking among individuals with serious mental illness. *Telemedicine and e-Health*, 23(5), 366–369.

<https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0189>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

World Health Organization. (2018). *Suicide data*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper and Row.