

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเจ็บป่วยทางจิต เป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา สิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร กระแสค่านิยม ความเชื่อ ปัจจัยระดับบุคคลในด้าน พันธุกรรม พฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ซึ่งส่งผลให้วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจทางระบาดวิทยาของกรมสุขภาพจิต เกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญจากรายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวช กรมสุขภาพจิต ปี 2548 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศมีจำนวน 1,290,716 คนในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภท 357,241 คน คิดเป็นร้อยละ 27.68 ถือเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง (กรมสุขภาพจิต, 2549) และจากการวิเคราะห์การให้บริการ ของสถาน บริการสังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี 2549 เพิ่มขึ้นจากปี 2548 โดยเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 2.94 (กรมสุขภาพจิต, 2550) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน การพูดที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (American Psychiatric Association, 1994) นอกจากนี้ผู้ป่วย จะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป อาทิ แยกตนเองออกจากสังคม ไม่สนใจตนเองและ สิ่งแวดล้อม การแต่งกายสกปรก สุขอนามัยส่วนบุคคลเลวลง บางครั้งนั่งยิ้มหัวเราะคนเดียว ใน ระยะเวลาที่มีอาการรุนแรง อาจมีการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นและทำลายทรัพย์สินเสียหาย (เกษม ดันติ-ผลาชีวะ, 2536 : มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิตย์, 2542) ซึ่งจากการเจ็บป่วยและการ ดำเนินของโรค ก่อให้เกิดความเสื่อมสภาพของร่างกายหลายด้านและมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ซึ่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยนั้นจะพบว่าผู้ป่วยมีความพร่องในการ ดูแลตนเองโดยทั่วไป ไม่ยอมทำกิจกรรมต่างๆ (จิรารัตน์ พิมพัสิต, 2541)

ปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลง นโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล ที่ให้การรักษา ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสั้นลง เมื่ออาการรุนแรงต่าง ๆ สงบลง ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการจำหน่ายออก สู่ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องออกไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและ ชุมชนในขณะที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ (พวงเพ็ญ เขียมปัญญารัช และคณะ, 2542) และมีความ พร่องในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ (จันทนา ธีระสมบูรณ์, 2542) ดังนั้นบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับปฐมภูมิจึงมีบทบาทสำคัญ ในการให้บริการที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล เพื่อการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการดูแล รักษา ระยะเวลาในชุมชนด้วยเหตุนี้ กรมสุขภาพจิต จึงมีนโยบายส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการ

ดูแลโดยครอบครัวที่บ้าน และถึงแม้ว่ากรมสุขภาพจิต จะมีนโยบายส่งเสริม ดังกล่าว แต่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังมีปัญหา พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ สุมณฑา บุญชัย (2545) ซึ่งพบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือ ปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานยา การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการเผชิญปัญหา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความพร้อมในการดูแลตนเองในหลายๆ ด้าน เช่น ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ เป็นต้น อีกทั้งจากผลการศึกษาของเพลินพิศ จันทรสักดิ์และคณะ (2539) ซึ่งพบว่าผลจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ในด้านต่างๆ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา รวมทั้งมีปัญหาด้านความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือแม้แต่การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว เป็นเครื่องบ่งบอกให้เห็นถึงความบกพร่อง ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำบ่อยๆดังเช่นการศึกษาของ เพชร คันธสายบัว (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับเป็นซ้ำ มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา การรักษาอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ดี

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วยเองและครอบครัว กล่าวคือ เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากขึ้น (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้นแล้วปัญหาการป่วยซ้ำย่อมลดลงได้ ทั้งนี้แนวคิดของ Orem (2001) ระบุว่าความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) โดยปัญหาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่า ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดที่มีอยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ให้ตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ในขณะนั้นได้ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะมีความต้องการการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ด้านการขับถ่าย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การพักผ่อนและการนันทนาการ การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น เป็นข้อมูลที่ชี้ให้เห็นถึง ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอาศัยอยู่ที่บ้านได้เป็นระยะเวลานาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความพร้อมในการดูแลตนเองลดลง โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นและสามารถพึ่งพาตนเองได้ ในระยะยาวซึ่งจะส่งผลให้อัตราการป่วยซ้ำลดลงได้

จากการทบทวนตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่สำคัญอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองด้านการใช้ยา 2) การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 3) การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) การดูแลตนเองด้านการกลับเป็นซ้ำ (พริทีย์ธรรมวงศ์, 2541; จิดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542; จันทรา ธีรสมบุญ, 2542; รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) ซึ่งคล้ายคลึงกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในพื้นที่ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านนี้ มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านตามแนวคิดการดูแลตนเอง Orem (1991) กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เช่น มีการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และมีความบกพร่องด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เช่น มีปัญหาการดูแลตนเองด้านการใช้ยาและสารเสพติด และการดูแลตนเองด้านการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการดูแลตนเองที่จำเป็นตามสภาวะการณ์เชิงเบนทางสุขภาพ เช่น มีปัญหาการดูแลตนเองด้านการใช้ยา การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และการดูแลตนเองด้านการกลับเป็นซ้ำ ด้วยเหตุนี้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน หน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทต้องมีส่วนร่วมในการติดตาม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ในเรื่องความจำเป็นด้านร่างกายทั่วไป และความจำเป็นในการจัดการกับอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ โดยต้องสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัด ที่เกิดจากภาวะของโรค ซึ่งหากผู้ป่วยมีการพัฒนาการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นแล้ว ปัญหาการป่วยซ้ำย่อมลดลง สอดคล้องกับ การศึกษาของ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอิทธิพลต่อการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำอยู่ไม่น้อย ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้าน จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

โรงพยาบาลบ้านหมี่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ที่มีภารกิจในการดูแลทั้งใน ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ให้บริการครอบคลุมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและ การฟื้นฟูสภาพ สำหรับการให้บริการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีคลินิกจิตเวชให้บริการ โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในลักษณะผู้ป่วยนอก เปิดให้บริการตรวจรักษา และรับยาจิตเวชทุกวันจันทร์ การจัดการให้บริการในคลินิกจิตเวช เน้นการให้ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่อง ด้านบริการพยาบาล มีการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาคำแนะนำเฉพาะ ในรายผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือเมื่อผู้ป่วยและญาติมีข้อสงสัย ชักถามเท่านั้น การรักษาพยาบาลมุ่งเน้นในด้านการบรรเทาอาการทางจิตของผู้ป่วย มากกว่าการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบ้านหมี่ส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยเรื้อรังจะมีปัญหาด้านการพร้อมในการดูแลตนเอง เนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และโรงพยาบาลบ้านหมี่ยังไม่มีรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการพยาบาลที่ครอบคลุมเพียงพอที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาศักยภาพ ในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้จากประสบการณ์การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทของผู้ศึกษา ซึ่งปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งเป็นแม่ข่ายดูแลสถานีอนามัยลูกข่าย จำนวน 4 สถานีอนามัย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ดังจะเห็นได้จากรายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจำนวน 32 ราย มีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาต่อเนื่องเพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว จำนวน 18 ราย มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ไม่ถูกต้อง จำนวน 14 ราย ไม่สนใจดูแลตนเอง จำนวน 11 ราย สุขภาพร่างกายทรุดโทรม จำนวน 15 ราย ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด จำนวน 14 ราย มีการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา จำนวน 15 ราย รู้สึกท้อแท้กับโรคที่เป็นอยู่หมดกำลังใจในการรักษา จำนวน 13 ราย (รายงานการเยี่ยมบ้านประจำปี2550, สถานีอนามัยกลุ่มก้าวใหม่)

ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังข้างต้นจำนวน 20 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทของ พัทธนา ชันลา (2548) พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับต่ำจำนวน 14 ราย และระดับปานกลางจำนวน 6 ราย และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านการใช้จ่ายทางจิตพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมในระดับต่ำจำนวน 14 ราย ระดับปานกลางจำนวน 6 ราย ด้านการดูแลสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมในระดับต่ำ จำนวน 10 ราย ระดับปานกลางจำนวน 10 ราย ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมในระดับต่ำจำนวน 8 ราย ระดับปานกลางจำนวน 12 ราย และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมในระดับต่ำจำนวน 8 ราย ระดับปานกลางจำนวน 12 ราย นอกจากนี้ยังมีสถิติที่สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วย

จิตเภทในพื้นที่อำเภอบ้านหมี่ ยังมีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน ดังจะเห็นได้จากสถิติ ของโรงพยาบาลบ้านหมี่ในปี 2550 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 159 คนในจำนวนนี้มีปัญหาการ กลับเป็นซ้ำและมีอาการกำเริบบ่อย จากการมีความพร้อมในการดูแลตนเอง จนต้องส่งต่อไปยัง หน่วยบริการตติยภูมิ ในปี 2549 จำนวน 29 ราย และในปี 2550 จำนวน 32 ราย (รายงานประจำปี 2550, โรงพยาบาลบ้านหมี่)และเมื่อสัมภาษณ์ถึงสาเหตุของการที่ ผู้ป่วย มีปัญหาพฤติกรรมการดูแล ตนเองดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนและ ผู้ป่วยขาดการสนับสนุน ส่งเสริมและ ชี้นำจากครอบครัวเป็นต้น (รายงานการเยี่ยมบ้านประจำปี 2550, สถานีอนามัยกลุ่มก้าวหน้าใหม่)

จากปัญหาและความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษา เอกสารและทบทวนวรรณกรรมต่างๆเพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหผู้ป่วยจิต เภทที่พบในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ พบว่า การใช้โปรแกรมการ ให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้านมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้แก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมี พฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจในการนำโปรแกรมการ ให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้านมาใช้แก้ปัญหา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในเขต รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ โดยใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านราย ครอบครัวทั้งนี้เนื่องจาก เป็นโปรแกรมที่ดึงครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อชีวิต มีความหวัง รู้สึกอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใย เข้าใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองยิ่งขึ้น (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2531) และ โปรแกรมการให้ความรู้และ สนับสนุนที่บ้านเป็นรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ยังมีความสามารถที่จะปฏิบัติ และ เรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ และเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ด้วยการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความ ต้องการการดูแล และกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งในโปรแกรมนี้ผู้ป่วยจะได้รับวิธีการให้ความ ช่วยเหลือตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามแนวคิดของ Orem, (1991) คือ การชี้นำ การ สนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม การสอน การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและ มีการฝึกปฏิบัติการ และมีการประเมินย้อนกลับ มีเนื้อหาในการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับ ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย โดยคาดว่าโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้านน่าจะ สามารถแก้ไขปัญหามาตรฐานการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในด้านต่างๆ ได้ คือ ช่วยให้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ในด้านการใช้ยาทางจิต มีความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รู้วิธีการป้องกันการกลับ เป็นซ้ำ มีระบบการให้ความรู้ที่ต่อเนื่อง มีแนวทางการให้ความรู้ที่ชัดเจน สามารถตอบสนองความ

ต้องการของผู้ป่วยและประชาชนได้อย่างแท้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน สังคมได้อย่างปกติ

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์จากโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านจากการศึกษา ของนารอดดี วัชรศิษย์ (2550) ที่ปรับปรุงมาจากโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านจากการศึกษาของพัชรา จันลา (2548) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์ ผสมผสานแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนของOrem (1991) ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัดละ (2541) และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ ทิพวรรณ-น่วมทอง (2547) โดยในโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้านที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหา ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องใน 4 ด้านที่พบว่าเป็นปัญหาคือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของOrem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอน โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 5 กิจกรรมคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 3) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว และ 5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งทั้ง 5 กิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องทั้งในด้านการรับประทานยา มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รู้วิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งจะช่วยให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้เข้าใจวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคองให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเนนชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน

### แนวเหตุผลและสมมุติฐานโครงการศึกษา

จากการที่ผู้ศึกษาได้เยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบ้านหมี่จำนวน 20 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้านนอกจากนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ จากรายงานการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจิตเภทของศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ และจากข้อมูลสถิติ โรงพยาบาลแม่ข่ายของศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่

พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ในเขตอำเภอบ้านหมี่ มีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ อีกทั้งไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาโรคจิตเภท ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต การขาดการสนับสนุนและระดับประคองจากบุคคลในครอบครัว และจากการศึกษาบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ พบว่า ยังมีจุดอ่อนเรื่องการขาดการดูแลต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเป็นเหตุ ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านไม่เหมาะสมทำให้อาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีผลอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านการใช้จ่ายทางจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องมากขึ้นเนื่องจาก เป็นการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งมีความเหมาะสมที่จะนำมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งยังมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเองได้หากได้รับการช่วยเหลือ โดยเฉพาะการช่วยเหลือ ในลักษณะของการสนับสนุนระดับประคองด้านความรู้และการพัฒนาทักษะ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยในโปรแกรมมีเนื้อหาครอบคลุม ในเรื่องการระดับประคองทางด้านร่างกายและจิตใจ การชี้แนะ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2547)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน ไม่ว่าบุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยก็ตามทั้งนี้ Orem (1991) กล่าวถึงการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลจากการกระทำนั้นๆ ซึ่งการเรียนรู้ อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอนหรือคำแนะนำ หรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน และบุคคลยังนำความสามารถเหล่านั้นมาใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลในทางส่งเสริมหรือมีผลทางลบต่อการทำหน้าที่ตามปกติ หรือตามพัฒนาการเพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปและคงความผาสุกไว้ พฤติกรรมดูแลตนเองตามแนวคิดของ Orem (1991) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งเป็นการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายที่มีพยาธิสภาพหรือความทุพพลภาพหรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรค และอยู่ระหว่างการรักษาได้แก่ การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความ

ช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้ การสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ

(Orem , 1995)

ในงานวิจัยนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน จาก การศึกษาของนารฤดี วัชรศิษย์ (2550) มาใช้ให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่และชุมชนของผู้ป่วย จิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของ นารฤดี วัชรศิษย์ (2550) ได้มี กิจกรรมเยี่ยมบ้านทั้งหมด 3 ครั้ง แต่ในการศึกษานี้ผู้ศึกษา ได้นำโปรแกรมมาประยุกต์โดยได้ เพิ่มเติมกิจกรรมการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 โดยเป็นการทบทวนเนื้อหากิจกรรมที่ดำเนินผ่านมาทั้งหมด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่อาจมีการเรียนรู้ซ้ำ ได้มีการทบทวนซ้ำจะส่งผลให้เกิดการพัฒนา ความรู้และทักษะได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก ลักษณะประชากรในชุมชนอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี จะเป็นผู้ที่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ และประกอบอาชีพทางการเกษตร โปรแกรมประกอบด้วย

5 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 3) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยาทางจิต 4) การให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ทั้งในด้านการรับประทานยา มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รู้วิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีกทั้ง ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ เข้าใจวิธีการดูแล ช่วยเหลือ ประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ โดยดำเนิน กิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้านแก่ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกครอบครัว เป็นรายครอบครัวที่บ้าน ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 2-4 กิจกรรมๆ ละ 40-60 นาที คิดต่อกัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอน โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 5 กิจกรรม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และรู้จักตนเองในทางที่เป็นจริงมากขึ้น ตระหนักในความสามารถและศักยภาพของตนเอง อย่างที่เป็นจริง ก็จะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)



2. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการช่วยให้บุคคลได้เข้าใจว่าตนเองสามารถทำอะไรด้วยตนเองได้บ้าง เพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บป่วย หรือการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือการเผชิญกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิต โดยเฉพาะปัญหาด้านความรู้สึกและอารมณ์ (พันธ์ศักดิ์ วราฮ์สวัสดิ, 2541) ผู้ศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สำรวจปัญหา รวมทั้งพฤติกรรม แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิดและปรับความรู้สึกใหม่ ผู้ศึกษาจะเป็นผู้ช่วยในการค้นหาทางเลือกที่สร้างสรรค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตและปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (สุวิมล สมัตตะ, 2541) ซึ่งถือเป็นการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

3. การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริงตลอดจนมีความรู้เรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา การงดใช้สารเสพติด ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการใช้ยาทางจิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในส่วนของญาติ การให้ความรู้จะช่วยให้อาสาสมัครเข้าใจในตัวผู้ป่วย รวมทั้งมีความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยและญาติ ยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยและการรักษาได้ (Kaplan & Sadock, 1995)

4. การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสมจะมีช่วยผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ อีกทั้งยังเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

5. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภท จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ หรือความคิด ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแล อย่างใกล้ชิด และเร่งด่วน การช่วยเหลือและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำนั้น จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ศักยภาพของตนแก้ไขปัญหา ช่วยให้เผชิญปัญหาได้ โดยการสังเกตอาการเตือน การป้องกันการกำเริบของโรค และการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง หากผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำแล้ว ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (นารฤติ วัชรศิษย์, 2550)

จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดสมมุติฐานของการศึกษาดังนี้

พฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแล ตามโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน

### ขอบเขตโครงการศึกษาอิสระ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการศึกษาเพื่อ เปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการศึกษา ณ ชุมชนในเขตอำเภอบ้านหมี่ โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้ คือ

1. ประชากรในการศึกษา เป็นผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวในอำเภอบ้านหมี่ซึ่งมีภูมิลำเนาในเขตอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ที่ไม่จำกัดการศึกษาอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ
2. ตัวแปรที่ศึกษา
  - 2.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน
  - 2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรม การดูแลตนเอง

### คำจำกัดความที่ใช้ในโครงการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรค ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) หรือ DSM-4 คือ F 20 และเป็นผู้ป่วยที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน หมายถึง การใช้แผนการปฏิบัติการพยาบาลที่ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม การสอนการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการ การประเมินย้อนกลับ ซึ่งผู้ศึกษาได้มีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และช่วยให้เกิดการมีสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์มาจากการศึกษาของนารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) ในโปรแกรมประกอบไปด้วย กิจกรรมการพยาบาลจำแนกเป็น 5 กิจกรรม ซึ่งมีความต่อเนื่องกัน ดำเนินการ โดยใช้การติดตามเพื่อให้การดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วยเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2-4 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินการตามโปรแกรม ครั้งละ 40-60 นาที/ครอบครัว โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาล ที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้เข้าไปเยี่ยมบ้าน ไปทำความรู้จักผู้ป่วยและครอบครัว จนเกิดพฤติกรรมที่แสดงถึงการยอมรับและให้ความร่วมมือ

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึงกิจกรรมการพยาบาล ที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้สนทนา รับฟังปัญหา และความวิตกกังวล ของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางการแก้ไขที่สามารถปฏิบัติได้ตามความเป็นจริง และส่งเสริมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมีความสุข

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสอนแนะนำ และ สาธิต และใช้ใบความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยเนื้อหาประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้แก่ ความหมาย สาเหตุอาการ การดำเนินของโรคและการรักษา 2) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการดูแลทั่วไป 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยา ได้แก่ การรับประทานยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาและการงดใช้สารเสพติด

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้เข้าไปสังเกต สนทนา แนะนำ และส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยจิตเภท ให้เอื้อต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ การดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน และ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมโดยที่ครอบครัวเกิดความเข้าใจ เห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันกันการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้สังเกต สอบถาม และประเมินภาวะวิกฤติและฉุกเฉินของผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมทั้งหาวิธีการป้องกันโดยให้ความรู้ แนะนำวิธีการช่วยเหลือ และวิธีการเผชิญปัญหา เมื่อเกิดภาวะเครียด และป้องกันภาวะวิกฤติฉุกเฉิน เพื่อ ไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น

โดยในการเยี่ยมบ้านแบบรายครอบครัว เพื่อใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน ผู้ศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยตนเองทั้ง 5 กิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ดังนี้ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) แล้วดำเนินกิจกรรมที่ 1 ,2 ,3 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ดำเนิน

กิจกรรมที่ 2,4 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 2,5 และการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 2,3,4,5 และเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมแล้วผู้ศึกษาประเมินเพื่อกำกับการศึกษาทันที โดยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ หลังจากนั้น ในสัปดาห์ที่ 6 (2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม) ผู้ศึกษาดูตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อทำการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท(Post-test) โดยใช้แบบประเมินชุดเดิม

**พฤติกรรมดูแลตนเอง** หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอบ้านหมี่ตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยครอบคลุมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ด้านการใช้ยาทางจิต ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองที่ใช้ในการศึกษาของ พัทธนา ชันลา (2548) ที่ได้สร้างขึ้นตามแนวคิด การดูแลตนเองของ Orem (1991) ได้แก่

1. ด้านการใช้ยาทางจิต หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ ครอบคลุมเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรค การงดใช้สารเสพติด ทัั้งบุหรี่ สุรา ยาบ้า ฯลฯ
2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการจัดการกับความเครียด และอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สบายใจ
3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการเมืองงานทำ การใช้เวลาว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการพักผ่อน
4. ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการสังเกตอาการเตือน การตรวจตามนัดการรับรู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

**สมาชิกในครอบครัว** หมายถึงบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่อาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทและให้การดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น