บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิต เป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากอิทธิพลและการเปลี่ยนแปลงของปัจจัย ทาง ด้านเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา สิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร กระแสค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม ซึ่งส่งผลกระทบให้วิถีการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิตของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบมากที่สุดของโรคจิตเวชทั้งหมด โดยมีอัตราความชุกร้อยละ 1 – 1.5 ของประชาชนทั่วไป และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 2.5 – 5 : 100,000 คนต่อปี (Kaplan & Sadock, 1998) เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มีความรุนแรง และกำเริบได้บ่อย ก่อให้เกิดการสูญเสีย ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก (พิเชฐ อุดมรัตน์,2547) จากรายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชกรมสุขภาพจิต ปี 2548 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศมีจำนวน 1,290,716 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภท 357,241 คน คิดเป็นร้อยละ 27.68 ถือเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง (กรมสุขภาพจิต, 2549) และจากการวิเคราะห์ การให้บริการของสถานบริการ สังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2549 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการทั่วประเทศจำนวน 1,314,453 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 402,488 คน คิดเป็นร้อยละ 30.62 เพิ่มขึ้นจากปี 2548 คิดเป็นร้อยละ 2.94 (กรมสุขภาพจิต, 2550) ผู้ป่วยโรคจิตเภทคือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม มีอัตราป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) แต่ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งที่ป่วยครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2 -3 ครั้ง แล้วกลับคืนสู่สภาพเดิม พบได้น้อยมาก ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลา จะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต หน้าที่การงาน ทักษะทางสังคม เป็นภาระการดูแลของครอบครัว จากสภาพดังกล่าว จึงทำให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันเปลี่ยนไปจากการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนและส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วย (สมชาย จักพันธุ์, 2533 อ้างใน นวิยา ภิรมย์, 2541)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักในการปฏิรูปการเสริมสร้างสุขภาวะคนไทยให้แข็งแรงสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ คือ สร้างระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีหลักประกันด้านสุขภาพ ที่ให้ความอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วย และยามวิกฤต มีการบริการจัดการความรู้ และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ

ที่มุ่งเน้นส่งเสริมให้ประชาชนได้เรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพ โดยมีระบบสุขภาพที่ดีเป็นตัวเกื้อหนุนส่งเสริมให้สร้างสุขภาพ มีพฤติกรรม วัฒนธรรมทางสุขภาพที่ดี การปฏิรูปสุขภาพ โดยการบริหารจัดการกับความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพจะสำเร็จได้นั้น กลวิธี ที่สำคัญวิธีหนึ่ง คือ การให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชน (คณะกรรม การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ในระยะของการปฏิรูปสุขภาพ การให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพจิตแบบใกล้บ้านใกล้ใจ กรมสุขภาพจิต(2546) ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมีแนวคิดว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยและตระหนักว่าการไปเยี่ยมบ้านของพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองที่บ้านได้ดียิ่งขึ้น จึงมีนโยบายส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลโดยครอบครัวที่บ้าน และเปลี่ยนแปลงนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล ให้มีเป้าหมายรักษาผู้ป่วยในระยะเวลาสั้นลง

นโยบายดังกล่าวทำให้การรักษาเน้นในด้านบรรเทาอาการทางจิตเป็นสำคัญ เพื่อลดจำนวนวันของการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ (จันทรา ธีระสมบูรณ์, 2542) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของสุมณฑา บุญชัย (2545) พบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานยา การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการเผชิญปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ (2539) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และการศึกษาของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการดูแลตนเองหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว เป็นเครื่องบ่งบอกให้เห็นถึงความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำบ่อย ๆ ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วยเอง และครอบครัว กล่าวคือเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากขึ้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเพื่อลดปัญหาการป่วยซ้ำที่อาจตามมา

ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลท่าช้าง อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรีซึ่งให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในลักษณะผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2547 - 2549 มีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 26, 28 และ 32 คน ตามลำดับ (สถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าช้าง ,2550) ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คนในช่วงเดือนพฤษภาคม 2550 – มิถุนายน 2550 พบว่าผู้ป่วยจิตเภท 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มีปัญหาการป่วยซ้ำส่วนใหญ่เนื่องจากการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลท่าช้าง และลักษณะการให้บริการของโรงพยาบาลในปัจจุบัน พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในเขตชุมชน มีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในด้านต่างๆ เนื่องมาจากสาเหตุที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) จากตัวผู้ป่วยเอง คือ ผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ อีกทั้งไม่เข้าใจถึงความสำคัญของยาต่อการรักษาโรคจิตเวช ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เช่น เมื่อเกิดภาวะเครียดจะทำอย่างไร และขาดทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้บางรายยังขาดความรู้และขาดการสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากปัญหาสัมพันธภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง อีกทั้งผู้ป่วยและญาติขาดการสนับสนุน การชี้แนะ การให้ความช่วยเหลือ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม และการสอน จากผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต และจากบุคคลในชุมชนเดียวกัน 2) ลักษณะชุมชนอำเภอท่าช้างเป็นชุมชนเมืองที่มีประชากรกระจาย การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงมีอุปสรรค และไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว อาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก มีระดับการศึกษาน้อย ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากถูกรังเกียจ ป่วยจิตเภทจึงหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเอง ขาดทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ครอบครัวรังเกียจและรู้สึกว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระ ไม่สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านค่าใช้จ่าย การรักษาพยาบาล เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบญาติไม่สามารถดูแลได้ จึงนำผู้ป่วยส่งมารักษาที่โรงพยาบาล และ 3) จากระบบการดูแลปัจจุบัน เช่น การผลักดันของนโยบายที่ให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น แต่ยังขาดระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เกิดการป่วยซ้ำอีกได้ โดยผู้ศึกษาได้วิเคราะห์บันทึกการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลท่าช้าง พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ขาดความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม เนื่องจากบุคลากรมีจำนวนน้อย และปฏิบัติงานหลายหน้าที่ ดังนั้นการออกเยี่ยมบ้านจึงกำหนดเวลาที่แน่นอนไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในเครือข่ายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อย ขาดความรู้ความมั่นใจในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ภัทรา ถิรลาภ

(2530) ที่ได้ศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับสถานีอนามัย ไม่ได้ทำการบำบัดรักษาทางจิตเวช สาเหตุ มาจากการขาดความเชี่ยวชาญ/ความชำนาญ ขาดความมั่นใจในการบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องมาจากผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 80 ไม่ได้รับการอบรม พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งบุคลากรขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถวางแผนให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี (2531) ได้กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น ครอบครัวมีส่วนสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน โดยมีบุคลากรทางจิตเวชดำเนินการให้ความช่วยเหลือเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันได้ดี มีความพอใจในชีวิต นอกจากนี้ สถิต วงศ์สุรประกิต (2542) ได้เสนอแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ประสบผลสำเร็จว่า ควรผสมผสานบริการที่มีอยู่ในชุมชนเข้าด้วยกัน และให้ความสำคัญของงานบริการชุมชนให้เท่าเทียมกับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล รวมทั้งควรมีการเตรียมบุคลากรให้พร้อมในการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับภาวะเครียด และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้

จากการทบทวนตำรา เอกสาร และ งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมักมีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 3) การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) การดูแลตนเองด้านการกลับเป็นซ้ำ (พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541 ; จิดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2541 ; จันทรา ธีรสมบูรณ์, 2542 ; รัชนี ศรีหิรัญ, 2544) ซึ่งปัญหาทั้ง 4 ด้านนี้ตรงกับปัญหาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งได้รับการดูแลที่บ้านในพื้นที่ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้ง 4 ด้านนี้ มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภท มีความพร่องในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เช่น มีการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และมีความบกพร่องด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เช่น การบรรเทาหรือเอาชนะอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมีปัญหาการปรับตัวทางสังคม สุขภาพไม่ดี หรือพิการ และขาดการสนับสนุนจากญาติ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวการณ์เบี่ยงเบนทางสุขภาพ เช่น มีปัญหาการดูแลตนเองด้านการใช้ยา การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และการดูแลตนเองด้านการกลับเป็นซ้ำ ด้วยเหตุนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ในเรื่องความจำเป็น

ด้านร่างกายทั่วไป และความจำเป็นในการจัดการกับอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ โดยต้องสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัดที่เกิดจากภาวะของโรค ซึ่งหากผู้ป่วยมีการพัฒนาการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นแล้ว ปัญหาการป่วยซ้ำย่อมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอิทธิพลต่อการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่า การใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตอำเภอท่าช้างเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะกระทำกิจกรรมที่จะให้การดูแลตนเองได้ แต่ไม่สามารถกระทำได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ และผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับความรู้และการพัฒนาทักษะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจในการนำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านมาใช้แก้ปัญหาที่พบ เนื่องจากกิจกรรมต่างๆในโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถดำเนินการเพื่อช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแล และกระทำการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเองรวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้มีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยจะได้รับวิธีการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมในระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของ Orem (1991) คือ การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม การสอนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติ การประเมินย้อนกลับ การปรับเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยคาดว่าการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านจะสามารถแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในด้านต่างๆ ได้ คือ ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องในด้านการใช้ยาทางจิต มีความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รู้วิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีระบบการให้ความรู้ที่ต่อเนื่อง มีแนวทางการให้ความรู้ที่ชัดเจน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและประชาชนได้อย่างแท้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน สังคมได้อย่างปกติตามอัตภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้าน โดยการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ ,2545)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้านจากการศึกษาของ พัชนา ขันลา (2548) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ผสมผสานกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของ สุวิมล สมัตถะ (2541) โดยในโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ซึ่งผู้ศึกษาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องใน 4 ด้าน ที่พบว่าเป็นปัญหาคือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่องการชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการ โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 5 ระยะ คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก 3) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว และ 5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 5 ระยะดังกล่าว มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องทั้งในด้านการรับประทานยา มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รู้วิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ดูแลหลักเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจวิธีการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจนสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ

วัตถุประสงค์โครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

แนวเหตุผล และสมมุติฐานการศึกษา

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (รัชนี ศรีหิรัญ, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาทางจิต ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการจัดการกับภาวะวิกฤตทางจิตเวช และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว

(รุจิรา จงสกุล, 2540) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ได้ตระหนักถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอท่าช้าง จำนวน 20 คน ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2550 – มิถุนายน 2550 พบว่าผู้ป่วยจิตเภท 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มีปัญหาการป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่เนื่องจากการ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้าน คือไม่มีความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ ขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตขาดทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น โดยได้ปรับปรุงโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้านจากการศึกษาของพัชนา ขันลา (2548) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ผสมผสานกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของ สุวิมลสมัตถะ (2541) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม ที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่องการชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอน ดำเนินการเป็นรายครอบครัวโดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้คงกิจกรรมที่ 1-4 ตามการศึกษาของ พัชนา ขันลาไว้ แต่มีการปรับเนื้อหาของกิจกรรมที่ 5 เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องใน 4 ด้านที่พบว่าเป็นปัญหา คือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยเนื้อหาแต่ละในกิจกรรมจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักร่วมค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี โดยที่ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดจัดการกับปัญหาร่วมกัน ในการสร้างสัมพันธภาพนี้ พัฒนาขึ้นตามสมมุติฐานของการเจ็บป่วยทางจิตที่ว่า สาเหตุความผิดปกติทางจิตที่แสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลมาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เป็นการช่วยให้บุคคลได้เข้าใจว่าตนเองสามารถทำอะไรด้วยตนเองได้บ้าง เพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บป่วย หรือการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือ

เผชิญกับภาวะวิกฤตต่าง ๆในชีวิต โดยเฉพาะปัญหาด้านความรู้สึก และอารมณ์(พันธ์ศักดิ์ วราอัศวปติ, 2541) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้สำรวจปัญหารวมถึงพฤติกรรมแบบแผนการแก้ปัญหาของตน พัฒนาหรือแสวงหาวิธีแก้ปัญหา ปรับวิธีการคิดและปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (สุวิมล สมัตถะ,2541)ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตัวเอง หรือสามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ในส่วนของผู้ดูแลหลัก การให้ความรู้จะช่วยให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจในตัวผู้ป่วย รวมทั้งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม(Kaplan & Sadock, 1995) ตลอดครอบคลุมเรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา การงดใช้สารเสพติด (Orem, 1991)

4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว สังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ มีความสามารถเผชิญกับความเครียด และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ อีกทั้งยังเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาการ หรือความคิด ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และเร่งด่วน การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตนั้น จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถใช้ศักยภาพของตนแก้ไขปัญหา ช่วยให้เผชิญปัญหาได้ หากผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำแล้ว ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะที่มีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดสมมติฐานของการศึกษาดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

ขอบเขตโครงการศึกษาอิสระ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการศึกษา เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้คือ

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี 2) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

1) ตัวแปรต้นคือ การใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

2) ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท หรือผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในชุมชน และส่งผลให้แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทโดยใช้รหัสการจำแนกโรค ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10)

การใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน หมายถึง การใช้แผนปฏิบัติการพยาบาลที่ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลสำหรับสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักที่บ้านโดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่องการชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม การสอนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติ การประเมินย้อนกลับ โดยโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปรับมาจากการศึกษาของ พัชนา ขันลา (2548) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ (2541) มีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทและ

ผู้ดูแลหลักเป็นรายครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วยเองออกเป็น 5 กิจกรรมใช้เวลาดำเนินการ 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ในแต่ละกิจกรรมจะมีความต่อเนื่องกัน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมที่บ้านครั้งละ 60 นาที/ครอบครัว โดยสัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1, 2 และ 3 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 1, 2 และ 4 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 1, 2 และ 5 โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการ ดังนี้

<u>กิจกรรมที่ 1</u> การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาได้เข้าไปที่บ้านของผู้ป่วย ไปทำความรู้จักผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจนเกิดพฤติกรรมที่แสดงถึงการยอมรับและให้ความร่วมมือในการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจะปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในทุกๆครั้งที่เข้าไปที่บ้านของผู้ป่วย

<u>กิจกรรมที่ 2</u> การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก หมายถึงกิจกรรมการพยาบาล ที่ผู้ศึกษาได้สนทนา รับฟังปัญหา และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านและชุมชน เพื่อหาแนวทางการแก้ไขที่สามารถปฏิบัติได้ และสามารถส่งเสริมการการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมีความสุข โดยพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตในสังคม เป็นกิจกรรมที่จะปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในทุกๆครั้งที่เข้าไปที่บ้านของผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักลดความวิตกกังวล สามารถจัดการกับปัญหาได้

<u>กิจกรรมที่ 3</u> การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการรักษาด้วยยาทางจิต หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษาได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยการสอน แนะนำ และสาธิต และใช้ใบความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้ยาทางจิต โดยเนื้อหาประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคและการรักษา 2) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการดูแลทั่วไป 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยา ได้แก่ การรับประทานยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการงดใช้สารเสพติด

<u>กิจกรรมที่ 4</u> การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษาได้เข้าไปสังเกต สนทนา แนะนำ และส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เอื้อต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้การดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการความเครียดและอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สบายใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมโดยที่ผู้ดูแลหลักเกิดความเข้าใจ เห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษา กระทำเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ พร้อมทั้งหาวิธีการป้องกันโดยให้ความรู้ในเรื่องของพฤติกรรมที่นำไปสู่การเกิดอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การสังเกตอาการเตือน การตรวจตามนัด แนะนำวิธีการช่วยเหลือและวิธีการเผชิญปัญหา เมื่อเกิดภาวะเครียด และป้องกันภาวะวิกฤตฉุกเฉิน เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรม การกระทำหรือการแสดงออกที่จงใจมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบรวมทั้งกิจกรรม ที่ผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอท่าช้าง ตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุกในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยการดูแลตนเอง 4 ด้านประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของ พัชนาขันลา (2548) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของ Orem (1991) ได้แก่

1. ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรค การงดใช้สารเสพติด ทั้งบุหรี่ สุรา ยาบ้า ฯลฯ

2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการจัดการความเครียด และอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สบายใจ

3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการมีงานทำ การใช้เวลาว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการพักผ่อน

4. ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการสังเกตอาการเตือน การตรวจตามนัดการรับรู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ และ มีอัตราการป่วยซ้ำลดลง

2. ได้รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่สามารถนำไปใช้หรือประยุกต์เข้ากับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอื่น ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้