

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย มีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการทำงานที่ในชีวิตปกติของบุคคล (WHO, 1992) มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) โดยมีอัตราความชุกร้อยละ 1 ถึง 1.5 ของประชากรทั่วไป และมีอุบัติการณ์เกิดโรคประมาณ 2.5-5: 100,000 คนต่อปี (Kaplan&Sadock, 1998) มีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ.2549 พบว่ามีผู้ป่วยโรคทางจิตเวช 1,314,453 ราย โดยจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทถึง 402,488 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ และการกลับเป็นซ้ำมากขึ้นทุกปี (พหล วงศาโรจน์, 2541) โดยมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำอีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และมีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ อย่างมากส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหายๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานหรือต้องการการดูแลตลอดชีวิต (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตริ, 2536) ทั้งนี้สาเหตุการกลับเป็นซ้ำเกิดจากหลายสาเหตุประกอบกัน แยกได้เป็นสาเหตุทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงกรรมพันธุ์และความผิดปกติของชีวเคมีในสมอง สาเหตุทางจิตใจ ทางบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุเฉพาะบุคคล และสาเหตุทางสังคม สิ่งแวดล้อมต่างก็มีผลกระทบต่อกันอย่างสลับซับซ้อน ซึ่งทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันลดลง ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถพึ่งตนเองหรือดำเนินบทบาททางครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ (Kaplan&Sadock, 2000)

ในปัจจุบันการรักษาเน้นในด้านบรรเทาอาการทางจิตเป็นสำคัญ เพื่อลดจำนวนวันนอนของการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ (จันทรา วีระสมบูรณ์, 2542) จากการศึกษาของ สุมนทนา บุญชัย (2545) พบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่นการรับประทานยา การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการเผชิญปัญหา จากการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า สาเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมคือ ความรู้เรื่องโรค การดำเนินโรค และการจัดการกับอาการ (ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล, 2540; ชุติมา ผังชัยมงคล, 2544; จันทนา ทองชื่น, 2545) การปฏิบัติตามบทบาทของตนที่เคยกระทำลดน้อยลงเกิดความรู้สึกว่าศักยภาพตนเองน้อยลง

(ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2542) และแหล่งสนับสนุนทางสังคมก็เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; เพชร คันธสายบัว, 2544; เสวิกุล จงสนอง, 2546) จากปัจจัยต่างๆ ข้างต้นมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภท

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาเรื่องของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งปัญหานี้ก็พบในผู้ป่วยจิตเภทชุมชนอำเภอบางพลี เช่นกันและจากการศึกษาย้อนหลัง ในทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและที่คลินิกเพื่อสุขภาพโรงพยาบาลบางพลี ปี 2549, 2550, 2551 มีผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการจำนวน 1,178, 1,238, 1,021 รายตามลำดับ พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 158, 141, 158 ตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลบางพลี, 2551) จากการศึกษาประวัติการรักษา สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกเพื่อสุขภาพโรงพยาบาลบางพลีและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 20 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภท 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 มีปัญหาป่วยซ้ำ เมื่อได้สอบถามด้วยการสนทนากับผู้ป่วยจิตเภทและญาติถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) การใช้ยาทางจิตและสารเสพติด พบว่าผู้ป่วย 2 ราย รับประทานยาเกินกว่าที่แพทย์สั่งเนื่องจากคิดว่า จะทำให้หายจากการเป็นโรคจิตเร็วขึ้น และมารับยาตามแพทย์นัดไม่สม่ำเสมอ และผู้ป่วย 2 ราย ไม่ยอมมารับยาเองเพราะกลัวว่าแพทย์จะกักตัวไว้รักษาที่โรงพยาบาล และไม่ยอมรับประทานยา เพราะคิดว่าตนหายแล้ว และญาติไม่สามารถจัดการให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ และพบผู้ป่วย 2 ราย ยังดื่มสุราและสูบบุหรี่ 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต พบว่า ผู้ป่วย 3 ราย เมื่อเผชิญกับความเครียดแล้ว ไม่สามารถจัดการได้และมีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้แม้กระทั่งบุคคลในครอบครัว และเมื่อมีปัญหาทำให้เกิดความคับข้องใจก็ไม่กล้าปรึกษาผู้อื่น และแก้ปัญหาโดยการ ใช้สุรา บุหรี่ และยาบ้า บางรายมีพฤติกรรมออกนอกบ้าน ทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมา เช่นการถูกทำร้าย 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบผู้ป่วย 2 ราย ไม่สนใจกิจวัตรประจำวันของตนเอง ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ พบว่า ปัญหาที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยมักนอนไม่หลับทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการพักผ่อนหย่อนใจที่เหมาะสมจนเกิดความหงุดหงิดง่าย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่เหมาะสม แยกตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยบางรายยังขาดความรู้เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ การรักษาที่ไม่ต่อเนื่องและไม่สามารถในการจัดการกับผลข้างเคียงของยา และการปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ซึ่งทำให้มีผู้ป่วยป่วยซ้ำถึง 11 ราย จากการใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มารับยาที่คลินิกเพื่อสุขภาพประจำเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 จำนวน 10 คนพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติดมีระดับคะแนนปานกลาง

7 คน และในระดับสูง 3 คน ด้านการดูแลสุขภาพจิต มีระดับคะแนนปานกลาง 8 คน และระดับสูง 2 คน ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีระดับคะแนนต่ำ 1 คน ระดับปานกลาง 7 คนและมีคะแนนสูง 2 คน ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีระดับคะแนนต่ำ 2 คน ระดับปานกลาง 8 คน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางพลียังมีพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้านที่ต่ำถึงปานกลาง

จากปัญหาที่พบทั้งหมดของผู้ป่วยในชุมชนอำเภอบางพลี ที่ได้กล่าวมานั้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาเรื่องความบกพร่องด้านการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพตามแนวคิดของ Orem (1991) เมื่อผู้ศึกษาได้กลับมาวิเคราะห์ในเรื่องการบริการของโรงพยาบาลบางพลีซึ่งเป็นหน่วยงานที่รองรับผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง ให้บริการในลักษณะผู้ป่วยนอก คือ พบแพทย์ รับประทานยา การให้ความรู้ในขณะที่ผู้ป่วยและญาติมารับบริการที่โรงพยาบาลนั้นพบว่ายังมีข้อจำกัดหลายประการเช่นมีผู้ป่วยจำนวนมากที่มารับบริการทำให้มีเวลาในการให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติน้อย ไม่เพียงพอต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอีกทั้งการที่ไม่เห็นสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วย อาจทำให้การประเมินสภาพปัญหาและ อารมณ์ของผู้ป่วยจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไม่ครอบคลุม ทำให้มีการแก้ปัญหาที่ไม่ตรงกับความต้องการ และมีผู้ป่วยในชุมชนอีกจำนวนมากที่ยังรับยาจากโรงพยาบาลจิตเวชในลักษณะผู้ป่วยนอก เพียงแต่มารับหนังสือส่งตัวเท่านั้น ซึ่งก็พบปัญหาความบกพร่องในการดูแลตนเองดังที่กล่าวมาเช่นกัน

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักในการปฏิรูปการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยให้แข็งแรงสู่สังคมแห่งปัญญาและการเรียนรู้ คือสร้างระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ มีหลักประกันสุขภาพที่ให้ความอุ่นใจ และความมั่นคง ปลอดภัยในชีวิต ทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วย และยามวิกฤต มีการจัดบริการให้ความรู้ และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพที่มุ่งเน้นส่งเสริมให้ประชาชนได้เรียนรู้ ร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพ โดยมีระบบสุขภาพที่ดีเป็นตัวเกื้อหนุน ส่งเสริมให้สร้างสุขภาพ มีพฤติกรรม วัฒนธรรมทางสุขภาพที่ดี การปฏิรูปสุขภาพ โดยการบริหารจัดการกับความรู้และภูมิปัญญา กลวิธีที่สำคัญ คือ การให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชน (คณะกรรมการปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ, 2550) การให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสุขภาพจิตแบบใกล้บ้านใกล้ใจ (กรมสุขภาพจิต, 2546) โดยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและมีความคิดว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้าน

จากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่พบในชุมชนอำเภอบางพลี ผู้ศึกษาพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้

ความรู้ที่บ้านมีความเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน  
 อำเภอบางพลี เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการดูแลตนเองโดยมีความสามารถ  
 ในการดูแลตนเองที่ไม่พอที่จะสนองความต้องการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ  
 จากบุคคลอื่นในการจัดระบบการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเอง ในการปรับแก้ไข  
 ความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้น  
 ในบทบาทของพยาบาลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการพัฒนาความสามารถใน  
 การดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการดูแลตนเองได้อย่าง  
 ครบคลุม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กิจกรรม  
 ดังกล่าว เป็นกิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถดำเนินการเพื่อช่วยส่งเสริม และ  
 สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองที่เหมาะสมในระบบสนับสนุน  
 และให้ความรู้ ตามแนวคิดของ Orem (1991) คือการชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ  
 การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม การสอนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติ การประเมินย้อนกลับ  
 การปรับเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย โดยคาดว่า การใช้โปรแกรม  
 สนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านจะสามารถแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท  
 ในชุมชนในด้านต่างๆได้ และจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน สังคมได้  
 อย่างปกติตามอัตภาพ ที่สำคัญไม่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระแก่ผู้อื่นหรือเป็นส่วนเกินของ  
 ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา ธีระสมบุรณ์ (2542) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในโครงการ  
 ดูแลผู้ป่วยที่บ้านร้อยละ 73.10 สามารถดูแลตนเองได้ในระดับสูงเช่นเดียวกับการศึกษาของ  
 สุมณฑา บุญชัย (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาล  
 สอนสราญรมย์ ร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง และจากการศึกษาของ  
 พัทธนา ชันลา (2548) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรม  
 การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และ  
 ระดับประคองที่บ้าน มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมี  
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ นารฤดี วัชรศิษย์ (2550) ที่ศึกษาโปรแกรม  
 สนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า  
 คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้  
 ความรู้ที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของ  
 ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านสูงขึ้น ดังนั้น ผู้ศึกษาจึง  
 สนใจที่จะนำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านมาใช้แก้ปัญหาที่พบในอำเภอบางพลี

โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์จากโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ นารตฤดี วัชรศิษย์(2550) ที่ปรับปรุงจากโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้านจากการศึกษาของ พัชนา ชันลา(2548) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ผสมผสานกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของสุวิมล สมัตถะ(2541) มุ่งหมายที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 5 กิจกรรมที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่องการชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอนดำเนินการรายครอบครัว โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องใน 4 ด้าน ที่พบว่าเป็นปัญหาคือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการป่วยซ้ำ โดยยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่องการชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการ โดย ประกอบด้วย 5 กิจกรรมการพยาบาล คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก 3) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และผู้ศึกษาได้เพิ่มกิจกรรมที่ 6 คือการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อติดตามประเมินปัญหาและความต้องการหลังได้รับ โปรแกรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ทั้ง 6 กิจกรรมจะเป็นการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมเพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องและรู้วิธีการป้องกันการป่วยซ้ำ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ

#### วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

นโยบายที่ให้มีเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยจิตเภทออกจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Deinstitutionalization) เป็นนโยบายที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1991) ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเองตามศักยภาพ แต่บางครั้งการเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรังและรุนแรง ยังไม่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการดูแลตนเองเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเมื่อกลับมาอยู่บ้าน ดังเห็นได้จากรายงานการวิจัยพบว่าผู้ป่วยต้องการช่วยเหลือแก้ไขมากมาย เช่น ปัญหาการกลับป่วยซ้ำ ความบกพร่องในเรื่องการรับประทานยา (วัชนี หัตถพนม และคณะ, 2541) ประสบปัญหาการติดต่อสื่อสาร ไม่เข้าใจคำแนะนำของบุคลากร ไม่บอกญาติให้ทราบเมื่อมีอาการเตือน มีปัญหาการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และการปรับตัวเข้ากับญาติและสังคม (พวงเพ็ญ เขียมปัญญารัช และคณะ, 2542) แม้ว่าปัญหาของผู้ป่วยจะมีมากมาย ผลการศึกษาพบว่าปัญหาบางอย่างสามารถจัดการเพื่อลดความรุนแรงลงได้ เช่น การศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการจัดการกับอาการด้วยตนเองโดยให้แยกอาการเตือนหรืออาการที่จะกำเริบ พบว่า ถ้าผู้ป่วยจัดการได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงของอารมณ์ผิดปกติลงได้ (Baker, 1995) และจากการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับเป็นซ้ำ มีพฤติกรรมการใช้ยา การรักษาอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ดี สอดคล้องกับ จันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอิทธิพลต่อการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำอยู่ไม่น้อยดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคทางจิตเวชมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ประยุกต์โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ นารถฤดี วัชรศิษย์(2550) ที่ปรับปรุงจากโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านจากการศึกษาของพัชณา ชันตา(2548) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ผสมผสานกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของสุวิมล สมัตตะ(2541) มุ่งหมายที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรมที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่องการชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอนดำเนินการรายครอบครัว โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างถูกต้องใน 4 ด้าน ที่พบว่าเป็นปัญหาคือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการป่วยซ้ำ เมื่อ

ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุขช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำได้ โดยผู้ศึกษาได้เพิ่มการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อประเมินปัญหาความต้องการหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก โดยเนื้อหาแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักร่วมค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี โดยที่ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดจัดการกับปัญหาร่วมกัน ในการสร้างสัมพันธภาพนี้พัฒนาขึ้นตามสมมติฐานของการเจ็บป่วยทางจิตที่ว่า สาเหตุความผิดปกติทางจิตที่แสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลมาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

2. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้สำรวจปัญหารวมถึงพฤติกรรมแบบแผนการแก้ปัญหาของตน พัฒนาหรือแสวงหาวิธีแก้ปัญหา ปรับวิธีการคิดและปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (สุวิมล สมิตตะ, 2541) ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง หรือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

3. การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ในส่วนของผู้ดูแลหลัก การให้ความรู้จะช่วยให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจในตัวผู้ป่วย อีกทั้งยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม (Kaplan & Sadock, 1995) ครอบคลุมถึงเรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา การงดใช้สารเสพติด (Orem, 1991)

4. การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยที่มีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้อย่างถูกต้อง (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

5. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาการ หรือ

ความคิด ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และเร่งด่วน การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตินั้น จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถใช้ศักยภาพของตน แก้ไขปัญหา ช่วยเผชิญปัญหาได้ หากผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แล้วก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะที่มีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (นารฤดี วัชรศิษย์, 2550)

6. การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามประเมินปัญหาความต้องการหลังการได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก เกี่ยวกับปัญหาและข้อสงสัยการสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มเติม การให้คำปรึกษา ชี้แนะ เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาทั้ง 4 ด้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่องต่อไป

จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้ตั้งสมมติฐานการศึกษาดังนี้ คือ พฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางพลี หลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมสนับสนุน และให้ความรู้ที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

#### ขอบเขตของการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังทำการศึกษา โดยทำการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้คือ

##### 1. ประชากรในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

2) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

##### 2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

1) ตัวแปรต้นคือการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

2) ตัวแปรตามคือพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

#### คำจำกัดความที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนและส่งผลให้แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทโดยใช้รหัสการจำแนก



โรคระหว่างประเทศ ICD10 คือ F20 ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อายุ 20-59 ปี ได้รับการคัดเลือกอย่างจำเพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ ได้รับการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน ไม่จำกัด เพศ การศึกษาสามารถสื่อสารเข้าใจ ระยะของโรคอยู่ในอาการสงบ ควบคุมตัวเองได้ เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจและให้ความร่วมมือ

การใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักที่บ้านโดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ครอบคลุมเรื่องการชี้แนะการสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อม การสอนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติการประเมินย้อนกลับ โดยโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านของ นารฤดี วัชรศิษย์ (2550) ที่ปรับมาจากการศึกษาของ พัทธนา ชันลา (2548) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัดละ (2541) และมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและเพิ่มการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อติดตามประเมินปัญหาความต้องการหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุน และให้ความรู้ที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลหลักเป็นรายครอบครัวที่บ้าน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยสัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1,2,3 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 1,2,4 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 1,2,5 โดยใช้ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรมที่บ้านครั้งละ 45-60 นาที และครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งละ 20 นาที ในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษา กับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลหลัก ในลักษณะของการสร้างสัมพันธที่ดีเพื่อเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก หมายถึงกิจกรรมที่ผู้ศึกษาสนทนา รับฟังปัญหา และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่เกิดขึ้นขณะดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านและชุมชน เพื่อหาแนวทางการแก้ไขที่สามารถปฏิบัติได้ และสามารถส่งเสริมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมีความสุข โดยพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตในสังคม

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการรักษาด้วยยาทางจิต หมายถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้ทราบถึงสาเหตุของปัญหาและมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความหมายสาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการดูแลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยา การจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตและการงดยาเสพติด

**กิจกรรมที่ 4** การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว หมายถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อเอื้อต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม โดยที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญ และสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

**กิจกรรมที่ 5** การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักมีความรู้ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และเห็นความสำคัญของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยสอน ให้ความรู้ การสังเกตอาการเตือน การตรวจตามนัด วิธีการช่วยเหลือและป้องกันภาวะฉุกเฉิน เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นและการรับรู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

**กิจกรรมที่ 6** การติดตามทางโทรศัพท์ หมายถึง การติดตามประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน การให้คำปรึกษา และการชี้แนะเพิ่มเติม รวมถึงการให้กำลังใจ การชมเชยเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม และเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเกี่ยวกับตนเอง และลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของ นารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของ Orem (1991) ได้แก่

1. ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต การงดยาเสพติด ทั้งบุหรี่ยาสูบ ยาบ้า ฯลฯ
2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการจัดการความเครียด และอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สบายใจ
3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการมีงานทำ การใช้เวลาว่าง การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการพักผ่อน
4. ด้านป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการสังเกตอาการเตือน การตรวจตามนัด การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุขและมีอัตราการป่วยซ้ำลดลง
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ