

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบได้มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ โดยมีอัตราการเกิดโรคสูงร้อยละ 1-2 ของประชากรโลก (Boyd, 2005) พบอุบัติการณ์ 0.5-1.5 ต่อ 10,000 ของประชากรโลก (Sadock & Sadock, 2005) โดยมีอัตราการเกิดโรครายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคน/ปี (Sadock & Sadock, 2005) สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 24.59 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2551) โดยพบได้เท่าๆ กันในเพศหญิงและเพศชาย ทั้งนี้ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูลและคณะ, 2550)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วย ที่มีทั้งอาการเฉียบพลันรุนแรงและการดำเนินโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติ ด้านความคิด การรับรู้ความจริงอารมณ์และสังคม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) อีกทั้ง เป็นโรคที่รุนแรงและเรื้อรังซึ่งก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพได้มากที่สุด (Elizabeth, 1999) ซึ่งผลจากการเจ็บป่วยก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เนื่องจากหากอาการกำเริบรุนแรง ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2548) ทั้งนี้สาเหตุการกลับเป็นซ้ำเกิดจากหลายสาเหตุประกอบกัน แยกได้เป็นสาเหตุทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงกรรมพันธุ์และความคิดปกติของชีวเคมีในสมอง สาเหตุทางจิตใจ ทางบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุเฉพาะส่วนบุคคล และสาเหตุทางสังคมสิ่งแวดล้อมต่างก็มีผลกระทบต่อกันอย่างสลับซับซ้อน ซึ่งทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพอารมณ์และการรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันลดลง ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถพึ่งตนเองหรือดำเนินบทบาททางครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ (Kaplan & sadock, 2000)

ปัจจุบันนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลได้มุ่งที่การรักษาในระยะเฉียบพลันเพื่อบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงเท่านั้น เมื่ออาการรุนแรงต่างๆ ของผู้ป่วยสงบลง ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2540) ซึ่งหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บางครั้งผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ทำให้มีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านต่างๆ อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่มักพบการถดถอยด้านการรับรู้ (จารุวรรณ หีบท่าไม้, 2549) ทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล (จันทร์หา ธีระ

สมบูรณ์, 2542) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุมนทนา บุญชัย (2545) พบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านคือ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานยา การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการเผชิญปัญหา และการศึกษาของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการดูแลตนเองหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ เป็นต้น ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว เป็นเครื่องบ่งบอกให้เห็นถึงความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำบ่อย ๆ ดังนั้นพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วยเองและครอบครัว กล่าวคือ เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย คือผู้ป่วยมีโอกาสดังกลับเป็นซ้ำมากขึ้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นเพื่อลดปัญหาการป่วยซ้ำ

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคนไม่ว่าบุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยก็ตามโดย Orem (1991) กล่าวถึงพฤติกรรมดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลจากการกระทำนั้น ๆ ซึ่งการเรียนรู้อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอนหรือคำแนะนำหรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริง จากการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน บุคคลยังนำความสามารถเหล่านี้มาใช้จัดการกับปัจจัยที่มีผลในทางส่งเสริม หรือมีผลทางลบต่อการทำหน้าที่ตามปกติหรือตามพัฒนาการเพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปและคงความผาสุกไว้ ซึ่งตามกรอบแนวคิดของ Orem (1991) แบ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นไว้ 3 ด้าน ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ซึ่งเป็นการดูแลตนเองด้าน อากาศ /อาหาร /น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการพักผ่อน นันทนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิต และด้านการส่งเสริมการทำงานที่ 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ ได้แก่ พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่สนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการให้บุคคลเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ ได้ ทั้งดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการของบุคคล 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามสภาวะการณ์ เบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับอันตราย ที่มีพยาธิสภาพหรือทุพพลภาพ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคและอยู่ระหว่างการรักษา ได้แก่ การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้ การสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา การปรับตัวต่อ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในประเทศไทยหลายการศึกษา ซึ่งใช้แนวคิดของ Orem (1991) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองด้านการใช้ยาและสารเสพติด 2) การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 3) การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) การดูแลตนเองด้านการกลับเป็นซ้ำ (พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541; จินดารัตน์ พิมพ์คีตและคณะ, 2542; จันทรา ธีรสมบุญ, 2542; รัชณี ศรีหิรัญ, 2544; กัลป์นิกา ศรีวงศ์วรรณ, 2547) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในพื้นที่ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านนี้ มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) ทั้ง 3 ด้านดังกล่าว คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความพร่องในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ด้านอาหารไม่สนใจรับประทานอาหาร (จินดารัตน์ พิมพ์คีต, 2541) ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย มีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี (Gopinath & Chaturvedi, 1992 อ้างในสถิต วงศ์สุระประกิจ, 2542) ผู้ป่วยจิตเภทมักไม่สนใจทำความสะอาดร่างกายในเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การตัดเล็บให้สั้น การสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ผลจากการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมทำให้เป็นโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน โรคผิวหนัง เกิดบาดแผลต่างๆ ได้

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความพร่องในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีปัญหาด้านการปรับตัวทางสังคม การทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง เช่น ความเป็นผู้นำของครอบครัวการเป็นสามีหรือภรรยา (Mueser & Mc Gurk, 2004 อ้างในเนตดา วงศ์ทองมานะ, 2551) มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการประกอบอาชีพ คือ หลังการเจ็บป่วยทางจิตบางรายกลับไปช่วยทำงานได้บ้าง บางรายไม่ทำงานส่วน ผู้ที่เรียนหนังสือก็ไม่กลับไปเรียนต่อ (จินดารัตน์ พิมพ์คีต, 2541) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียดได้

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามสภาวะการณ์เบี่ยงเบนด้านสุขภาพ โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความพร่องด้านการใช้ยาและสารเสพติด กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หยุดยาเองเพราะคิดว่าตนเองหายป่วย ผู้ป่วยปฏิเสธและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยลง (Kaplan & Sadock, 2000) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุราและใช้สารเสพติด (Holmberg&Kane, 1999 อ้างในสถิต วงศ์สุระประกิจ, 2542) อีกทั้งมีความพร่องในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านการรับรู้ จึงไม่สนใจเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่สามารถจัดการกับอาการต่างๆ ก่อนการกำเริบเช่น อาการเครียด อาการนอนไม่หลับ

(Kennedy et al.,2000 อ้างในเนตดา วงศ์ทองมานะ, 2551) และมีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านการกลับเป็นซ้ำพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการสังเกตอาการเตือนและ การมาตรวจตามนัด

ด้วยเหตุนี้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจึงต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเรื่องความจำเป็นด้านร่างกายทั่วไปและความจำเป็นในการจัดการกับอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ โดยต้องสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัดที่เกิดจากภาวะของโรค ซึ่งหากผู้ป่วยมีการพัฒนาการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นแล้วปัญหาการป่วยซ้ำย่อมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีอิทธิพลต่อการกำเริบและการป่วยซ้ำ ดังนั้นการช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีผลอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง จะมีความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการใช้ยาทางจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (รัชนี ศรีหิรัญ, 2544)

โรงพยาบาลชะอำ เป็นโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีบทบาทในการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและ การฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง โรคต่างๆรวมทั้งผู้ป่วยจิตเภท เน้นการให้ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่อง มีการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาแนะนำเฉพาะในรายที่มีปัญหา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอชะอำส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังจะมีปัญหาด้านความพร้อมในการดูแลตนเองหลายด้าน เนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และจากรายงานสถิติผู้ป่วยจิตเภทของอำเภอชะอำพบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 31 คน เป็น 48 คนและ 52 คนในปี พ.ศ.2549-2551 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีสถิติที่สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อำเภอชะอำมีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านพบผู้ป่วยดื่มสุราและใช้สารเสพติดจำนวน 6 ราย ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำมีการส่งต่อจำนวน 5 ราย ผู้ป่วยไม่รับประทานยาต้องปรับยา 4 ราย (สถิติโรงพยาบาลชะอำ, 2551)

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลชะอำได้ทำการสัมภาษณ์เบื้องต้น ผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองดังกล่าวทั้ง 15 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุ มาจากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองไม่ถูกต้องในด้านต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาต่อเนื่องเพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันตามเวลา มีการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา ครอบครัวยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแล เช่น ไม่ช่วยจัดยา ไม่พามาพบจิตแพทย์ตามนัด เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบก็ไม่รู้จะดูแลอย่างไร เป็นต้น ซึ่งสภาพปัญหาที่พบมีความใกล้เคียงกับปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้ทำการประเมินผู้ป่วยจิตเภทใน

พื้นที่อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2552 จำนวน 20 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของพัชรา ชันลา (2548) พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวม 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง 13 ราย ระดับต่ำ 7 ราย เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองแต่ละด้านดังนี้ ด้านการใช้ยาทางจิต พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง 14 ราย ระดับต่ำ 6 ราย ด้านการดูแลสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง 12 ราย ระดับต่ำ 8 ราย ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง 12 ราย ระดับต่ำ 8 ราย และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมใน ระดับปานกลาง 13 ราย และระดับต่ำ 7 ราย

แม้ผลการประเมินข้างต้นจะพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตอำเภอชะอำส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางแต่ก็เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดการกลับซ้ำได้ ดังจะเห็นได้ จากการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่สม่ำเสมอไม่ปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากโรคจิตเภทลักษณะการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรัง การดูแลต้องอาศัยทักษะเฉพาะอย่าง เป็นเหตุให้มีผู้ป่วยจำนวนมากรักษาซ้ำเพราะไม่ได้รับการดูแลที่ควร (ทูลลา บุปผาสังข์, 2545) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ จากรายงานการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลชะอำ ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอชะอำมีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ อีกทั้งไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาโรคจิตเภท ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต รวมทั้งการขาดการสนับสนุนและระดับประคองจากบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้จากการศึกษาบันทึกการเยี่ยมบ้านของงานสุขภาพจิตที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ พบว่า ยังมีจุดอ่อนเรื่องการขาดการดูแลต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรเป็นเหตุ ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านไม่เหมาะสมทำให้อาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ

ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ต่อในรายละเอียดถึงปัจจัยซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอชะอำมีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ พบว่า มีสาเหตุ ดังนี้ 1) ตัวผู้ป่วยเอง คือ ขาดความรู้ในโรคที่เป็นอยู่ ไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาโรคจิตและการรับประทานยาหรือการจัดสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ห้องนอนสกปรกอากาศถ่ายเทไม่สะดวกและการไม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เช่น เมื่อเกิดภาวะเครียดจะอย่างไร ขาดความรู้เรื่องผลของ

สารเสพติดที่มีผลต่อการใช้จ่ายทางจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สารุพร พุฒขาว (2541) พบว่า ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับเรื่องยา คือ การมารับการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง การไม่เข้าใจแผนการรักษา นอกจากนี้การศึกษาของ จิตรัตน์ พิมพ์ดีด (2541) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทชายเกือบทุกราย (5 ใน 6 ราย) มีการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ซึ่งสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต ทำให้เกิดอาการกำเริบและรุนแรงมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ (Boyd, 2000; Mallakh, 1998) 2) ครอบคลุมขาดความรู้ ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งขาดการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย

จากปัญหาและความสำคัญของพฤติกรรมดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสาร และทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญห ผู้ป่วยจิตเภทที่พบในเขตรับผิดชอบที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่พบว่า การใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านมีความเหมาะสม ที่จะนำมาใช้แก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ , 2545) ผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านมาใช้แก้ปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลชะอำที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ โดยใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านรายกลุ่มครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนสำคัญ เนื่องจากหากมีการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในครอบครัวหนึ่งคนย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวที่เหลือทุกคน ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อชีวิต มีความหวัง รู้สึกอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่า มีความเชื่อมั่นในตนเองยิ่งขึ้น (ชะอุทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2531) ครอบครัวจึงเป็นแหล่งช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจ คอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและไปรับการรักษาตามแพทย์นัด การเฝ้าสังเกตอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการกำเริบของโรค การสนับสนุนส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545)

แม้ว่าครอบครัวจะมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแต่พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เช่น ครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะอยู่กับผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม จึงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ เพราะไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวดีเท่าที่ควร ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาของยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่า ครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะอยู่กับผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม จึงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องกลับมารักษาซ้ำเพราะไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวดีเท่าที่ควร ดังนั้น

ครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง จะเห็นได้ว่าความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อผู้ป่วยของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในสังคม ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการบริการทางการแพทย์พยาบาลให้เข้ากับสภาพปัญหาในปัจจุบันที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและแก้ไขปัญหานั้นเป็นสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านจากการศึกษาของ นารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) ที่ปรับปรุงมาจาก โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้านจากการศึกษาของ พัทธนา ชันลา (2548) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์ผสมผสานแนวคิด การพยาบาลระบบสนับสนุนของ Orem (1991) ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ (2541) และ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) โดยในโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้านที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหา ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องใน 4 ด้านที่พบว่าเป็นปัญหาคือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอน โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 6 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 3) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว และ 5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 6) การติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งทั้ง 6 กิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องทั้งในด้านการรับประทานยา มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รู้วิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งจะช่วยให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้เข้าใจวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ โดยผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดำเนินกิจกรรมด้วยกระบวนการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวนำทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในทุกขั้นตอนของกระบวนการทำกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันจากการเข้ากลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน อีกทั้งเกิดความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่สามารถผสมผสานความต้องการของสมาชิกในกลุ่มและร่วมกันวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และความคาดหวังที่ตั้งไว้ร่วมกันในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น โดยผู้ศึกษาเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัว สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข และสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และคาดหวังว่าผลของการดูแลดังกล่าวในระยะยาวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำและจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านรายกลุ่มครอบครัวเพื่อเป็นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ทั้งจะช่วยให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้เข้าใจวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ

### คำถามโครงการศึกษาอิสระ

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุน และให้ความรู้ที่บ้านแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

### แนวเหตุผลและสมมุติฐานการศึกษา

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีผลอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านการใช้ยาทางจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (รัชณี ศรีธีรบุญ, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมักมีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในเรื่องต่างๆ ได้แก่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานยา การแสดงความคิดเห็นการตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการเผชิญปัญหา (สุมณฑา บุญชัย, 2545; ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547) เมื่อวิเคราะห์ถึง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ามาจากปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ขาดความเข้าใจในเรื่องผลของสารเสพติดที่มีผลต่อการใช้ยาทางจิต ขาดวิธีจัดการกับภาวะเครียด ไม่ยอมทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ไม่ทราบวิธีป้องกันอาการการกลับ



เป็นซ้ำและปัจจัยจากการที่ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ไม่ช่วยดูแลกำกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่พาผู้ป่วยไปรับบริการตามแพทย์นัด ไม่ทราบวิธีจัดการกับอาการกำเริบซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ (สุวิมล สมัตถะ, 2541; สุมณฑา บุญชัย, 2545; ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547) ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการดูแลตนเอง จากการศึกษานี้เบื้องต้น

ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอชะอำ โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของ พัทธนา ชันตา (2548) สรุปในภาพรวมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในเขตชุมชนอำเภอชะอำส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับต่ำและได้สัมภาษณ์ถึงปัจจัยซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้มีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่างๆ พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากตัวผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการและการแสดงออกของผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทั้งวิธีการจัดการปัญหาอันเนื่องจากอาการของผู้ป่วยที่เหมาะสม มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงกับผู้ป่วย ดังนั้นการให้ทั้งความรู้และทักษะด้านการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถช่วยเหลือตนเองในด้านการใช้จ่ายและสารเสพติด การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ดี จะสามารถลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยและยังลดภาระการดูแลของครอบครัว ตลอดจนชุมชนได้อีกด้วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญ และควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ผู้ศึกษาได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านจากการศึกษาของนารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์ผสมผสานแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนของ Orem (1991) ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ (2541) โดยในโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้านที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหา ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) การสอนดำเนินเป็นรายกลุ่ม ครอบครัวละ 3 ครอบครัว โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย และครอบครัว 3) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดำเนินกิจกรรมเป็น

รายกลุ่มครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วยใช้เวลากิจกรรมละ 40-60 นาที ติดต่อกันนาน 4 ครั้ง โดยเพิ่มกิจกรรมที่ 6) การติดตามทางโทรศัพท์ โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมดังนี้

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

2. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการช่วยให้บุคคลได้เข้าใจว่าตนเองสามารถทำอะไรด้วยตนเองได้บ้าง เพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บป่วย หรือการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือการเผชิญกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิต โดยเฉพาะปัญหาด้านความรู้สึกละอายใจ (พันธ์ศักดิ์ วรอำสวปติ, 2541) ผู้ศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สำรวจปัญหา รวมทั้งพฤติกรรม แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิดและปรับความรู้สึกละอายใจใหม่ ผู้ศึกษาจะเป็นผู้ช่วยในการค้นหาทางเลือกที่สร้างสรรค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตและปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (สุวิมล สมัตตะ, 2541) ซึ่งถือเป็นการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

3. การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริงตลอดจนมีความรู้เรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา การงดใช้สารเสพติด ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการใช้ยาทางจิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในส่วนของญาติ การให้ความรู้จะช่วยให้ญาติเข้าใจในตัวผู้ป่วย รวมทั้งมีความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยและญาติ ยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยและการรักษาได้ (Kaplan & Sadock, 1995)

4. การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสมจะมีส่วนช่วยผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ อีกทั้งยังเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

5. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาการหรือความคิด ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแล อย่างใกล้ชิด และเร่งด่วน การช่วยเหลือและ การป้องกันการ

กลับเป็นซ้ำนั้น จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ศักยภาพของตนแก้ไขปัญหา ช่วยให้เผชิญปัญหาได้ โดยการสังเกตอาการเตือน การป้องกันการกำเริบของโรค และการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง หากผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำแล้ว ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (นารฤติ วัชรศิษย์, 2550)

6. การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดในแต่ละครั้ง และให้การกระตุ้น การแนะนำ การเสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจและ เป็นที่ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว โดยผู้ศึกษาทำการติดตามทางโทรศัพท์ที่บ้านผู้ป่วยจิตเภทหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์นาน 15 นาที ซึ่งกิจกรรมนี้จะส่งผลต่อการลดภาระการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นซึ่งการติดตามทางโทรศัพท์ถือเป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและด้านอารมณ์โดยการพูดคุย แก้ไขปัญหาต่างๆ อย่างรวดเร็ว โดยใช้ระยะเวลาสั้นๆ ในการติดตามซักถาม สามารถช่วยเหลือผู้ดูแลได้ในแต่ละวัน หลังการติดตามเยี่ยมบ้าน (Shaul, 2000) อีกทั้งช่วยให้การทำงาน ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น ถือเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอชะอำ ลดการสูญเสียเวลาเดินทาง ประกอบกับบางพื้นที่ของชะอำ เช่น ตำบลคอนขุนห้วย เป็นภูเขาการเดินทางไกลมาก การคมนาคมยังไม่สะดวก ดังนั้นการนำโทรศัพท์มาใช้ในการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน แก้ไขปัญหาต่างๆ ให้สมาชิกในครอบครัวคงไว้ซึ่งความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ McIntosh & Worley (1994 อ้างใน รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านเป็นรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ยังมีความสามารถที่จะปฏิบัติ และเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ และเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นด้วยการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแล และกระทำการดูแลตนเองซึ่งในโปรแกรมนี้ผู้ป่วยจะได้รับวิธีการให้ความช่วยเหลือตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามแนวคิดของ Orem (1991) คือ การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม การสอน การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการ และมีการประเมินย้อนกลับ มีเนื้อหาในการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย กลุ่มครอบครัว (Multiple family group) เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีประสบการณ์ หรือมีปัญหอย่างเดียวกันมาแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับผู้อื่น (joining) มีการช่วยเหลือกันและยอมรับซึ่งกันและกัน (Accept) มีการให้ความรู้

ข้อมูลข่าวสารที่สมาชิกในกลุ่มสนใจร่วมกัน โดยอาศัยแนวคิดกลุ่มสนับสนุน (Support group) เพื่อให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการเรียนรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง และทักษะในการจัดการกับปัญหา (problem solving) เพื่อช่วยในการปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้สมาชิกมีทักษะการสื่อสารและทางสังคม สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (McFarlane, 1995) ในกระบวนการกลุ่มสนับสนุนครอบครัว สมาชิกจะเป็นผู้นำในการดำเนินการกลุ่ม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ตรวจสอบยืนยันและแก้ไขข้อมูลเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินกลุ่มรวมทั้งเสริมสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรระหว่างสมาชิกในกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) มาใช้ในพฤติกรรมดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างแท้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน สังคมได้อย่างปกติ

จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดสมมุติฐานของการศึกษาดังนี้

พฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

#### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการศึกษาเพื่อ เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน โดยทำการศึกษา ณ ชุมชนในเขตอำเภอชะอำ โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้ คือ

1. ประชากรในการศึกษา เป็นผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวในอำเภอชะอำซึ่งมีภูมิลำเนาในเขตอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ที่ไม่จำกัดการศึกษาอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ
2. ตัวแปรที่ศึกษา
  - 2.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน
  - 2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลตนเอง

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกที่จงใจมีเป้าหมายมีระบบระเบียบรวมทั้งกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทตั้งใจกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุก ประกอบด้วยการดูแลตนเอง 4 ด้าน คือด้านการใช้จ่ายทางจิต ด้าน

การดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองที่ใช้ในการศึกษาของพัชณา ชันลา (2548) ที่พัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของรัชนี ศรีศิริ (2541) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดพฤติกรรมดูแลตนเองของ Orem (1991) โดยมีรายละเอียดในแต่ละด้านดังนี้

1. ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่ครอบคลุมเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาโรค การงดใช้สารเสพติด ทั้งบุหรี่ สุรายาบ้า ฯลฯ
2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่ครอบคลุมเรื่องการจัดการกับความเครียด และอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สบายใจ
3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่ครอบคลุมเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีงานทำ การใช้เวลาว่าง การเข้าร่วมกิจกรรม ในชุมชนและการพักผ่อน
4. ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่ครอบคลุมเรื่องการสังเกตอาการเตือน การตรวจตามนัด การรับรู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

**ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F.20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10

**การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน** หมายถึง การใช้แผนการปฏิบัติการพยาบาลที่ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลสำหรับทำให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม การสอนการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการประเมินย้อนกลับ ซึ่งผู้ศึกษาได้มีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และช่วยให้เกิดการมีสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์มาจากการศึกษาของการศึกษาของนารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) ที่ปรับปรุงมาจากโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านจากการศึกษาของพัชณา ชันลา (2548) ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตตะ (2541) และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะคือ 1) ระยะการสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) 2) ระยะดำเนินการกลุ่ม (Working Phase) และ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

(Terminating the Group) โดยดำเนินการติดต่อกัน การสอนดำเนินเป็นรายกลุ่ม ครอบครัวยละ 3 ครอบครัว โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย และครอบครัว 3) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วยใช้เวลากิจกรรมละ 40-60 นาที ติดต่อกันนาน 4 ครั้ง โดยเพิ่มกิจกรรมที่ 6) การติดตามทางโทรศัพท์ หลังสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละครั้ง ใช้การติดตามทางโทรศัพท์เป็นเวลา 15 นาที 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 กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยการสอนแนะนำ และ สาธิต และ ใช้ใบความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยเนื้อหาประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคและการรักษา 2) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการดูแลทั่วไป 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยา ได้แก่ การรับประทานยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาและการงดใช้ สารเสพติด

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

**กิจกรรมที่ 5** การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็น กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้สังเกต สอบถาม และประเมินภาวะวิกฤติและฉุกเฉินของผู้ป่วยที่บ้าน

พร้อมทั้งหาวิธีการป้องกัน โดยให้ความรู้ แนะนำวิธีการช่วยเหลือ และวิธีการเผชิญปัญหา เมื่อเกิดภาวะเครียด และป้องกันภาวะวิกฤตฉุกเฉิน เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น

**กิจกรรมที่ 6** การติดตามทางโทรศัพท์ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์นาน 15 นาที การติดตามทางโทรศัพท์ ถือเป็นการจัดสิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา (Mcintosh & Worley, 1994) เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาใช้โทรศัพท์ในการกระตุ้น การแนะนำ การเสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจและเป็นທີ່ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้น

โดยในการเยี่ยมบ้านแบบกลุ่ม กลุ่มละ 3 ครอบครัว เพื่อใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ผู้ศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยตนเองทั้ง 6 กิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้ การเยี่ยมในครั้งที่ 1 ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) แล้วดำเนินกิจกรรมที่ 1, 2, 3 ในครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2, 4 ในครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 2, 5 และในครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 2, 3, 4, 5 ผู้ศึกษาประเมินเพื่อกำกับการศึกษาทันที โดยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จิตเภทสำหรับญาติ ผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมกิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง ติดตามทางโทรศัพท์เป็นเวลา 15 นาทีเพื่อเป็นการกระตุ้น การแนะนำ และเสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจให้กับสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท 3 วัน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทุกครั้ง ผู้ศึกษาติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอีกครั้งเพื่อทำการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) โดยใช้แบบประเมินชุดเดิม

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ และมีอัตราการป่วยซ้ำลดลง
2. ได้รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่สามารถนำไปใช้หรือประยุกต์เข้ากับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอื่น ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้