

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

โครงการศึกษาอิสระ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เป็นการศึกษาแบบ กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง(One group pretest - posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรม สนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

สมมุติฐานการศึกษา

พฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางพลี จังหวัด สมุทรปราการหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มี ภูมิลำเนา ในเขต อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังรายเก่าที่มีอายุ 20-59 ปี จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับคัดเลือกแบบจำเพาะ เจาะจงตามเกณฑ์ คุณสมบัติคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน ไม่จำกัดการศึกษา สามารถสื่อสารเข้าใจ ระยะของโรคอยู่ในอาการสงบควบคุมตนเองได้เข้าร่วมโครงการด้วยความ สัมผัสใจ และให้ความร่วมมือทั้งการเยี่ยมบ้านและการโทรศัพท์ติดตาม

2. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้คือ สามารถพูดคุย หรือสื่อสาร ได้รู้เรื่อง ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาแต่ในการศึกษานี้จะทำการ ประเมินผลการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้มี ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษาคือ ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน โดยได้ปรับปรุงจากโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านของนารถดี วัชรศิษย์ (2550) ที่ปรับมาจากการศึกษาของ พัทธนา ชันลา (2548) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ (2541) มาประยุกต์ใช้และมีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยโดยเพิ่มการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อติดตามประเมินปัญหาความต้องการหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม มีกิจกรรมในโปรแกรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการรักษาด้วยยาทางจิต

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ผู้รับผิดชอบการรักษาพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของนารถดี วัชรศิษย์ (2550) ประกอบด้วยพฤติกรรมดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิตด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะเป็นแบบประเมินค่า

(Rating Scale) 4 ระดับ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัดและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ .83 และมีค่าความเที่ยงในการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ .88

3. เครื่องมือที่ใช้กับการศึกษา

3.1. แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นแบบทดสอบที่นำมาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ของนารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรม ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 15 คะแนน หรือร้อยละ 75

(จันทรา ชีระสมบุรณ์, 2542) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัดและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ .95 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คนและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

3.2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลัก เป็นแบบทดสอบที่นำมาจากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลักของ

นารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 28 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมใน โปรแกรม ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 21 คะแนน หรือร้อยละ 75 (จันทรา ชีระสมบุรณ์, 2542) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัดและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ .92 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คนและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. ระยะเตรียมการศึกษา เตรียมและพัฒนาเครื่องมือ ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา และนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ จากนั้นขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนเขตอำเภอบางพลี โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการ เมื่ออนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการศึกษาและจัดเตรียมการดำเนินการศึกษากับกลุ่มการพยาบาล ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คนและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว จำนวน 20 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อตกลง ขั้นตอนและระยะเวลาในการทำกิจกรรม ทำความเข้าใจและขอความร่วมมือในการศึกษา หากผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักตอบตกลงเข้าร่วมการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ให้ซักถามข้อสงสัย นัดวันเวลาในการทำกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาดำเนินการตามโครงการ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งการสนับสนุนให้ความรู้รายครอบครัวที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง ระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท ครั้งที่ 1 ในวันที่ 20-23 มีนาคม 2552 ครั้งที่ 2 ในวันที่ 27-29 มีนาคม 2552 และครั้งที่ 3 ในวันที่ 3-5 เมษายน 2552 ครั้งที่ 4 ในวันที่ 10-12 เมษายน 2552 หลังสิ้นสุดโปรแกรมมีการกำกับการศึกษาทันที โดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลัก

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นแล้ว 1 สัปดาห์ ผู้ศึกษาทำการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้าน ด้วยแบบประเมินชุดเดิม ในวันที่ 19 เมษายน 2552

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษา นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการศึกษาทั้งก่อนและหลังการศึกษามาคำนวณหาค่าสถิติ โดย ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้ว เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน และรายด้านโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการศึกษา

ผู้ศึกษาสรุปผลการศึกษาเป็นลำดับดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน มีคะแนนการดูแลตนเองทั้งโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.823, 13.316, 12.689, 14.038$ และ 7.018 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่าภายหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการศึกษา

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษา การใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีผลการศึกษาที่สำคัญและอภิปรายโดยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามที่กล่าวมาและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ประเมินจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความสมัครใจ และให้ความร่วมมือ และมีผู้ดูแลหลักที่สามารถพูดคุย สื่อสารได้รู้เรื่อง ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางพลี จำนวน 3 ตำบล คือตำบลบางพลีใหญ่ ตำบลบางแก้ว และตำบลราชาเทวะ จำนวน 20 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงมี จำนวน 12 ราย มีอายุระหว่าง 31-40 ปีมากที่สุด จำนวน 6 ราย เรียนจบชั้น มัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด จำนวน 8 ราย และส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ จำนวนมากถึง 12 ราย และสถานภาพสมรสโสด มากที่สุดถึง 15 ราย ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา มากถึง 11 ราย และผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่คือ บิดา มารดา มากถึง 11 ราย ระยะเวลาการเจ็บป่วยนานมากกว่า 10 ปีขึ้นไปถึง 13 ราย และการรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมากกว่า 4 ครั้งขึ้นไปถึง 10 ราย อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย โสด วัยผู้ใหญ่ อายุ 31-40 ปี และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานๆ ทำให้ไม่มีรายได้ จึง

เป็นการแก้บิดา มารดา ตามผลการศึกษาข้อมูลดังกล่าว

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังใช้โปรแกรมสนับสนุน และให้ความรู้ที่บ้าน

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลัง การศึกษาการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านสูงกว่าก่อน โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 7) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการใช้โปรแกรม สนับสนุนแล้ให้ความรู้ที่บ้านจำแนกรายด้าน ดังนี้

1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติดหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางพลี มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติดดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจากคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 23.90$) เพิ่มขึ้นเป็น ระดับสูง ($\bar{X} = 34.50$) ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน จากการ มีสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ทำให้เกิดความไว้วางใจและ การได้รับการให้คำปรึกษา การร่วมกันสำรวจปัญหา และการแสวงหาวิธีแก้ปัญหาาร่วมกัน รวมถึงการให้ ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต การปฏิบัติเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาทาง จิต รวมถึงการงดใช้สารเสพติด เมื่อเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวแล้ว ทำให้ ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้น อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน ได้อย่าง เหมาะสม (Kaplan & Sadock, 1995)

2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ผู้ป่วยจิต เภทในชุมชนอำเภอบางพลี มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการดูแลสุขภาพจิตดีขึ้น จากคะแนน เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 19.00$) เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ($\bar{X} = 34.50$) จะเห็นได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านนี้สูงขึ้นมากเนื่องมาจากการได้รับการให้คำปรึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมถึงการ ใช้ใบความรู้ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยจิตเภท สามารถเลือกวิถีจัดการกับพฤติกรรมที่ เป็นปัญหา และการจัดการกับความเครียด เช่นเมื่อรู้ว่าตนเองกำลังเครียด จะหลบหนีสงบนอก และ ปรึกษานุคคลใกล้ชิด หรือการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ รอให้อารมณ์สงบก่อนแล้วจึงกลับมาเผชิญ ปัญหาใหม่ และการรู้จักสร้างอารมณ์ขัน รวมถึงการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่นการฝึก หายใจ ซึ่งในโปรแกรมนี้ผู้ศึกษาได้นำทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มาฝึกปฏิบัติร่วมกันเพื่อเกิดความ ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดความพึงพอใจที่ได้ทำกิจกรรมร่วม เมื่อติดตามทาง โทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยังปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางพลี มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นจากคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X} = 9.55$) เพิ่มขึ้นเป็นคะแนนเฉลี่ยระดับสูง ($\bar{X} = 15.30$) ซึ่งจะเห็นได้จากการให้คำปรึกษาเรื่องการพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตในสังคม การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ที่มีตัวอย่าง ทั้งทางบวกทางลบ และการติดต่อขอความช่วยเหลือ รวมทั้งบทสาธิตการสื่อสารบอกความต้องการ และร่วมกันฝึกปฏิบัติ ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกความต้องการของตนเองได้ รวมถึงการให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และหลังจากได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน สภาพแวดล้อมโดยรวมดีขึ้นทั้งทางกายภาพและด้านบุคคล

4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางพลี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำดีขึ้นจากคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 7.70$) เพิ่มขึ้นเป็นคะแนนเฉลี่ยระดับสูง ($\bar{X} = 10.85$) เนื่องมาจาก การได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ครบทั้ง 6 กิจกรรม โดยเฉพาะการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท การสังเกตอาการเตือนที่พบได้บ่อย การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ด้านการดูแลตนเองด้านการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น และเกิดความมั่นใจและปลอดภัย

ผลการศึกษาแสดงว่าโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านมีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มขึ้นตามสมมติฐาน เนื่องมาจากกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านซึ่งเป็นกิจกรรมที่มุ่งทำให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนทำการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา จงสกุล (2540) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ การป้องกันการป่วยซ้ำและการจัดการกับภาวะวิกฤตทางจิตเวช และการมีส่วนร่วมของชุมชน

แม้ผู้ป่วยจิตเวชจะเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อตนเอง มีการปรับตัวที่ล้มเหลว (สมศรี เชื้อหิรัญ, 2532 อ้างใน สุวิมล สมัดถะ, 2541) แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจนสามารถควบคุมอาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติได้แล้วผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิต

ที่บ้านได้ ถ้าผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยจะไม่เกิดในการดำเนินชีวิต แต่ส่วนใหญ่พบว่าภายหลังการบำบัดรักษาแล้วผู้ป่วยยังหลงเหลือพยาธิสภาพอยู่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วย เกิดความด้อยสมรรถภาพลง (สุวิมล สมัตตะ, 2541) ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ เช่น ด้านการใช้จ่ายทางจิต ด้านการดูแลสุขภาพจิตด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีอิทธิพลต่อการกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำ อยู่ไม่น้อย ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ผู้ศึกษาได้ประยุกต์โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านของ นารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) ที่ปรับมาจากการศึกษาของ พัชรา ชันลา (2548) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตตะ (2541) และมีการปรับเพิ่มเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและเพิ่มการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อติดตามประเมินปัญหาความต้องการหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุน และให้ความรู้ที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการรักษาด้วยยาทางจิต การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการติดตามทางโทรศัพท์ การดำเนินกิจกรรมทั้งหมดเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักที่บ้าน ครอบคลุมเรื่องการชี้แนะ สนับสนุน ด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม การสอนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การประเมินย้อนกลับ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านที่เป็นปัญหา 1) ด้านการใช้จ่ายทางจิตและสารเสพติด ครอบคลุมเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต และงดใช้สารเสพติด ทั้งบุหรี่ สุรา ยาบ้า ฯลฯ 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิตที่ครอบคลุมเรื่องการจัดการความเครียดและอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สบายใจ 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ครอบคลุมเรื่อง การมีงานทำ การใช้เวลาว่าง การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการพักผ่อน 4) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ครอบคลุมเรื่องการสังเกตอาการเตือน การตรวจตามนัด การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดเป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่มุ่งส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย อบอุ่น เป็นกันเอง สามารถปรึกษาเรื่องต่างๆ ได้ อย่างเป็นธรรมชาติ พยาบาลได้พบเห็นการดำเนินชีวิต ตรงตามความจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม

ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ทั้งในด้านการรับประทานยา มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รู้วิธีป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ดูแลหลักเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจวิธีการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามศักยภาพ

จากค่าคะแนนแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพิ่มขึ้น หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านและแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบทดสอบเกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลัก ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เป็นการช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัว ลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด หมดหวัง ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับกรดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข

ตอนที่ 3 โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน สามารถทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นจากค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองหลังการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่าโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้น โดยโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง ยิ้มทักทาย ร่วมการสนทนา และร่วมแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อกิจกรรมต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยอมรับการเจ็บป่วย แต่ยังมีปัญหา การดูแลตนเองในเรื่อง การรับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทานยา แอบทิ้งยา เบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยานานๆ บางรายดื่มสุราและ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ไม่มีสามารถร่วมงานกับคนอื่น และไม่สามารถหารายได้เพื่อช่วยแบ่งเบาระครอบครัว หลังจากได้รับโปรแกรมผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาดีขึ้น บางรายสามารถจัดหารับประทานเอง ช่วยเหลืองานบ้านมากขึ้น และผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ศึกษาจึงเน้นการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อเกิดความตระหนัก และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม และการแนะนำการใช้ใบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้ดูแลหลักอย่างละเอียด เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น และจากการให้ผู้ป่วยบอกว่าสามารถ

ปฏิบัติกิจกรรมอะไรได้บ้าง และสามารถบอกรายละเอียดของกิจวัตรประจำวันได้ ในขณะที่ผู้ดูแลสามารถบอกถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ สภาพแวดล้อมโดยรวมดีขึ้นรวมถึงการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้สภาพแวดล้อมในบ้านสะอาดเรียบร้อย และปลอดภัย มีอากาศถ่ายเทสะดวกขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นารฤดี วัชรศิษย์ (2550) พบว่าภายหลังที่ได้ทำกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก เรื่องการให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต พบว่าการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายใน-นอกบ้านของผู้ป่วยจิตเภท ในเรื่องการปรับตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเกิดผลชัดเจนทำให้สิ่งแวดล้อมใน-นอกบ้านของผู้ป่วยสะอาด เรียบร้อย และปลอดภัย

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่าปัญหาการป่วยซ้ำเกิดจาก การขาดความรู้เรื่องการกลับเป็นซ้ำ การสังเกตอาการเตือน และการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวช ภายหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อาการเตือนและการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ผู้ดูแลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรค แลการสังเกตอาการเตือนที่บอกให้รู้ว่าผู้ป่วยกำลังจะมีอาการกำเริบ และให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และสามารถจัดการเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น และ การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น ตลอดจนทรัพย์สิน เกิดความมั่นใจ และปลอดภัย

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้รับความรู้จากการให้คำปรึกษา ชี้แนะ การสนทนา จากพยาบาลเป็นอย่างมาก คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อ่านแล้วเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านดีขึ้น และมีความมั่นใจ มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองมากขึ้น และเกิดความต่อเนื่องของพฤติกรรม ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งขณะปกติและเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

ดังนั้นสรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน มีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ศึกษาเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากพยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น และเกิดความตั้งใจในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ การสนับสนุนและให้ความรู้ การได้ฝึกปฏิบัติ การสอน การชี้แนะ การให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองและเกิดทักษะในการดูแลตนเอง ไม่เกิดการป่วยซ้ำ อยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านแก่ผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษา จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การนำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านไปใช้ ผู้ที่จะนำไปใช้ควรมีคุณสมบัติ คือ ต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ที่ผ่านการอบรม/ฝึกปฏิบัติงานด้าน สุขภาพจิตจนมีความชำนาญ/เชี่ยวชาญ ที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

2. ก่อนนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านแก่ผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ ควรมีการ อบรมแก่บุคลากร ในด้านบทบาทและทักษะด้านต่างๆ กระบวนการและขั้นตอนการสนับสนุนและ ให้ความรู้ที่บ้าน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการกำหนดคุณสมบัติที่ชัดเจน และพยาบาลควรพิจารณาแนวทางการพยาบาลร่วมกันในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการนำ โปรแกรมไปใช้

3. การสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านแก่ผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ควรมี การติดตามประเมินผลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อความคงอยู่ของพฤติกรรม การดูแลตนเอง และ ติดตามอัตราการป่วยซ้ำ มีการติดตามอย่างต่อเนื่องทาง โทรศัพท์ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาล สามารถกระทำได้เอง ในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง มีการติดตาม ผลระยะยาวเพื่อเป็นการประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม และการติดตามหลังการรักษาเพื่อ ช่วยเหลือและลดอัตราการป่วยซ้ำ

2. ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ในระหว่างการรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ก่อนกลับไปสู่ชุมชน ในเรื่องการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกันการ กำเริบของโรคจิตเภทและพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา

3. ควรมีการศึกษาผลการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เรืองรังกลุ่มอื่นๆ ในชุมชน เพื่อให้เกิดการเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท