

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษารูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน ซึ่งผู้ศึกษาดังสมมติฐานการศึกษาไว้ ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน จะสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาในเขต ชุมชนเมือง จังหวัดอ่างทอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการคัดเลือกจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาในเขตชุมชนเมือง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ คือ มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต เขตชุมชนเมือง จังหวัดอ่างทอง และมีประวัติว่าเคยมีปัญหาในกรณีใดกรณีหนึ่ง หรือหลายๆกรณี ดังนี้ คือ ขาดนัดเกิน 2 เดือน มีอาการกำเริบภายใน 3 เดือน และ/หรือ มีประวัติเข้ารับการรักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน ซึ่งเป็นผู้ที่มีอาการสงบ สามารถให้ความร่วมมือ ตามกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมได้ และไม่เคยได้รับการพยาบาล ตามโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านมาก่อน มีความสมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือ ในการดำเนินการศึกษารั้งนี้

#### เครื่องมือที่ใช้ในโครงการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในโครงการศึกษารั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานโครงการ ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน และ คู่มือการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลตนเองและสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองตามแนวคิดของ Orem (1991) มาประยุกต์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของสุวิมล สมัตถะ (2541) ร่วมกับทิพวรรณ น่วมทอง (2547) ที่มีแนวคิดว่าการพยาบาลควรเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยการเป็นผู้ที่สอนให้คำแนะนำมีการเตรียมพร้อมครอบครัวในการดูแลที่บ้าน ซึ่งวิธีการในการพยาบาลแบบให้ความรู้และระดับประคองนั้นยังมีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ รวมทั้งติดตามให้การชี้แนะ

สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลายวิธีผสมผสานกันนั้นก็ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ และระดับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเมือง จังหวัด อ่างทอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดอ่างทอง ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาและโครงสร้างของคู่มือและโปรแกรม รูปแบบกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน มีกิจกรรมใน โปรแกรมทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 การให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างโดย พวง เพ็ญ เจริญปัญญาธิราช และคณะ (2542) ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1995) เพื่อประเมิน พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 35 ข้อ และข้อความทางลบ 9 ข้อ ดังนี้ ด้านอากาศ / อาหาร / น้ำ จำนวน 9 ข้อ ด้านการขับถ่าย จำนวน 1 ข้อ ด้านการดูแลความสะอาด ของร่างกายจำนวน 7 ข้อ ด้านการพักผ่อนและนันทนาการจำนวน 6 ข้อ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จำนวน 6 ข้อและด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ จำนวน 15 ข้อ เป็น แบบสอบถาม มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า มีการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าเท่ากับ .88 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยหา สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach'AlphaCoefficient) คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

## 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทซึ่งเป็นแบบทดสอบที่ นำมาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และหาดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .80 ขึ้นไป เพื่อ

นำมาเป็นข้อคำถามในแบบทดสอบและนำแบบสอบถามที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาสูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

3.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ เป็นแบบสอบถามที่คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปรับปรุงมาจากแบบทดสอบความรู้ของญาติผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของ จันทรา ชีระสมบุรณ์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และหาดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .80 ขึ้นไป เพื่อนำมาเป็นข้อคำถามในแบบทดสอบและนำแบบสอบถามที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาสูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

#### การดำเนินการศึกษา

1. ระยะก่อนการศึกษา ใช้เวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ ในการประยุกต์เครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้าง พัฒนาเครื่องมือ ตามกระบวนการบริหารเครื่องมือ จากนั้นขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดระยะเวลาในการศึกษา เตรียมผู้ช่วยศึกษา จัดกลุ่มตัวอย่าง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน แจกวัสดุประสงค์การศึกษา และขอความร่วมมือในการศึกษา อธิบายขั้นตอนการศึกษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

2. ระยะดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ตามโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน ที่ได้ประยุกต์ขึ้นโดยการใช้การติดตามเยี่ยมบ้านรายครอบครัว จำนวน 3 ครั้ง รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 20 ครอบครัว ตั้งแต่วันที่ 3-6 มีนาคม 2549 ครั้งที่ 2 ในวันที่ 10-13 มีนาคม 2549 และครั้งที่ 3 ในวันที่ 17-20 มีนาคม 2549 ดังนี้

2.1 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 1 ในวันที่ 3 - 6 มีนาคม 2549 ผู้ศึกษาและผู้ช่วย ศึกษาพร้อมทีมสาธารณสุขไปที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายครอบครัวและได้ปฏิบัติกิจกรรมที่ 1 (สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว) รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยผู้ศึกษาอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลก่อนที่จะดำเนินการ พร้อมชี้แจงให้ทราบว่าสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธก็ได้ และมี

สิทธิยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลใดๆต่อผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งข้อมูลของผู้ป่วยที่ศึกษาไม่เปิดเผยให้เกิดความเสียหายทั้งในงานและส่วนตัว หลังจากนั้นได้ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก(Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพยาบาลจิตเวชผู้ช่วยศึกษาจะเก็บรวบรวมข้อมูลและนักศึกษาจะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามกิจกรรมที่2(การให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว) และกิจกรรมที่ 3 (การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท) โดยใช้เวลาในการเยี่ยมแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที

2.2 ผู้ศึกษาร่วมกับพยาบาลจิตเวชผู้ช่วยศึกษาติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่2 ในวันที่ 10-12 มีนาคม 2549 ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามกิจกรรมที่1 กิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 4 (การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว)

2.3.ผู้ศึกษาร่วมกับพยาบาลจิตเวชผู้ช่วยศึกษาติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่3ในวันที่ 17-20 มีนาคม 2549 ห่างจากครั้งที่สอง1สัปดาห์และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 5 (การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทาง จิตเวช)

3. ระยะเวลาหลังการศึกษา หลังสิ้นสุดโปรแกรมการศึกษา มีการกำกับการศึกษาทันที หลังจากนั้นอีก 2 สัปดาห์ ผู้ศึกษาจะทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (post-test) ด้วยแบบประเมินชุดเดิม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่บ้าน หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านและรายด้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## สรุปผลการศึกษา

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ( $\bar{X} = 2.74$ ) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้าน ( $\bar{X} = 2.21$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการศึกษานี้ ตอบสมมติฐานในการศึกษา ดังนี้ คือ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการดูแล ตามโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้าน จะสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้าน

## อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดอ่างทอง มีผลการศึกษาที่สำคัญ และอภิปรายได้ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้าน หลังการศึกษาสูงกว่าก่อนการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกรายด้านในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ภายหลังจากการศึกษา ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ

จากผลการศึกษา พบว่า การที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้ เนื่องมาจากโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองนั้น เป็นการดูแลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ตามอรรถภาพของตนเอง มีการให้คำแนะนำ คำปรึกษาแบบปรับประคองเมื่อผู้ป่วยหรือญาติเกิดความคับข้องใจ ซึ่งถือว่าเป็นการดูแลด้านจิตใจ มีการสอนและให้คำแนะนำ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริม

สุขภาพจิตครอบครัว การจัดการกับภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช รวมทั้งมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วย ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาลมีความสัมพันธ์กันอยู่ในขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งจัดว่าเป็นสัมพันธภาพของผู้ประกอบวิชาชีพให้การช่วยเหลือ หรือบำบัด โดยทั้งพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว รับรู้และเข้าใจตรงกันว่า จะร่วมกันตั้งเป้าหมายที่ตกลงจะให้ การช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับตนเอง และองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดที่ทำให้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน ประสบผลสำเร็จ คือ การติดตามเยี่ยม และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยเอง ซึ่งในบริบทของชุมชนนั้นส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นสังคมที่มีการแข่งขันสูง ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยเองค่อนข้างขัดสนเพราะดกงานบ้าง ไม่มีงานทำบ้าง และไม่ทำงานบ้าง หรือบางรายมีอาชีพรับจ้างแต่รายได้ของครอบครัวไม่แน่นอน ทำให้การเดินทางมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลเป็นเรื่องลำบาก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด อีกทั้งการที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ติดตามเยี่ยมและปฏิบัติกรพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยนั้น ยังช่วยให้การประเมินสภาพอาการและปัญหาของผู้ป่วย มีความแม่นยำและเที่ยงตรงมากขึ้น ทำให้สามารถวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้อย่าง ถูกต้องตรงกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง จึงทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมดูแลตนเอง เป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ โดยลดการป่วยซ้ำและการเป็นภาระกับญาติ ซึ่งการดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่บุคคลสมัครใจ ทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่และเกิดจากความตั้งใจของตนเอง โดยแสวงหาคำแนะนำ คำชี้แจง หรือความรู้เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมของตนให้เหมาะสม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสารและวัฒนธรรมในสังคม (Potter and Perry , 1989) เพราะการที่จะให้ผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวที่บ้านดูแลตนเองได้นั้น ผู้ป่วยควรเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของตนเอง ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านได้นั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำเป็นต้องให้ความรู้และความเข้าใจในประเด็นต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว และความรู้ในการจัดการกับภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการอยู่ร่วมกัน เห็นใจซึ่งกันและกัน มีการปรับตัวเข้าหากัน และมีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อลดการป่วยซ้ำให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท และลดการเป็นภาระให้แก่

ครอบครัวของผู้ป่วยเอง โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้คอยให้คำปรึกษาและคำแนะนำ เมื่อผู้ป่วยกับครอบครัวได้นำไปปฏิบัติแล้วมีปัญหาหรือความคับข้องใจที่ไม่สามารถแก้ไขเองได้ ให้ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือก และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หรือการฟื้นหายจากความเจ็บป่วยด้วยตนเอง

จากการที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน ในลักษณะของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นรายครอบครัวนั้นเป็นวิธีการที่ช่วยวิเคราะห์ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้มีการวางแผนให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างถูกต้อง ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านสูงขึ้นกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน นอกจากนี้การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคนที่มีคุณค่ามีคนคอยห่วงใย และมีกำลังใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้น เพื่อลดการป่วยซ้ำ และการเป็นภาระแก่ครอบครัว และทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดอ่างทองมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ให้บริการในโรงพยาบาล มีจำนวนเท่าเดิม ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ในส่วนของการให้ความรู้ คำแนะนำ รวมทั้งการให้คำปรึกษา เมื่อผู้ป่วยและญาติมารับบริการที่โรงพยาบาลไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นการจัดตั้งทีมสุขภาพเพื่อให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านในรายที่มีปัญหา เช่น ไม่มาตามนัดเกิน 2 เดือน มีการป่วยซ้ำ หรืออาการกำเริบภายใน 3 เดือน โดยการให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านก็จะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาการป่วยซ้ำและการเป็นภาระให้แก่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทได้ จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรายที่มีปัญหาที่มีการป่วยซ้ำบ่อยๆ โดยการให้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดอ่างทองอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น ภายหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน ดังนั้น โปรแกรมนี้จึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อื่นๆที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เช่น พื้นที่ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีปัญหาเรื่องความพร้อมในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว ปัญหาผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น และ ผู้ที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ ควรเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้การนำโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคับประคองที่บ้านไปใช้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินติดตามผลเป็นระยะๆ เช่น 3 เดือน, 6เดือน และ 1 ปี เพื่อดูความคงทนของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง
2. ควรมีการจัดกระทำเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน
3. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคับประคองที่บ้าน สำหรับ ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กลุ่มอื่นๆ เช่นผู้ป่วยจิตเวชทางอารมณ์ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนกลุ่มอื่นๆ