

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุดคือร้อยละ 23.34 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2545) มีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 11.5 ของประชากรโลก (Kaplan & Sadock, 1998) โรคจิตเภทจัดเป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรงเนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มักมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกำเริบได้บ่อยและทำให้ต้องใช้ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างสูง (กรมสุขภาพจิต, 2547) โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติด้านความคิดการรับรู้ อารมณ์ การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมและการเคลื่อนไหว เช่น พูดคนเดียว หวาดระแวง หลงผิด ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน ไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า หงุดหงิด บางรายมีอาการรุนแรง ทบทำลายข้าวของ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากโดยเฉพาะในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลตนเอง เกิดผลกระทบต่อ ครอบครัว ชุมชน ตามมา (สุมนทนา บุญชัย, 2545)

การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช มุ่งเน้นในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากกว่าจะให้อยู่ในสถานพยาบาล (กรมสุขภาพจิต, 2547) สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลตนเองได้ เมื่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนจากโรงพยาบาลมาสู่ครอบครัวและชุมชน มีการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชเหล่านั้นกลับเข้าสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความผิดปกติบางอย่างหลงเหลืออยู่เช่น ความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การไม่สามารถสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเรียนและการทำงานบกพร่อง รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์บกพร่อง ซึ่งภาวะบกพร่องดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การติดยาเสพติดและการเป็นเหยื่อทางเพศได้ความบกพร่องในการดูแลตนเองดังกล่าว ก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยกับครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างมาก

ปัญหาดังกล่าวข้างต้นนี้พบในผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอท่าหลวงด้วยเช่นกัน จากการศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทอำเภอท่าหลวง จากรายงานสรุปผลงานประจำปี 2547 ของงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลท่าหลวงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 49 คน โดยในรายงานระบุถึงปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยคือปัญหาเรื่องผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ปัญหาการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยไม่ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยแยกตัวเองไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีปัญหาเรื่องการใช้สารเสพติดและจากการที่ผู้ศึกษาทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกจำนวน 10 รายเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2548 (รายละเอียดในภาคผนวก) พบว่าปัญหาผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน ปัญหาการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ขาดความต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุเหล่านี้เกิดจากความไม่พร้อมในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่ถูกต้อง โดยมีการใช้การดื่มสุราและการสูบบุหรี่เพื่อคลายความเครียด ผู้ป่วยจิตเภททุกรายที่สัมภาษณ์จะมีปัญหาเรื่องการสร้างสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสารเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจะเก็บตัวอยู่แต่ในบ้านหลีกเลี่ยงการพูดคุยกับผู้อื่น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะคอยให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาต่างๆ ปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่พบคือผู้ป่วยไม่สามารถจัดสรรการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจะใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการนอนหรือการแยกตัวอยู่ตามลำพัง จากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยทุกคนไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ทำให้ขาดแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และปัญหาเรื่องผู้ป่วยมีลักษณะภายนอกที่ดูสกปรก เนื่องจากการไม่ดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งทำให้เป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องคอยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ให้

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าหลวงมีปัญหาทั้งในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการใช้เวลา ด้านการเผชิญปัญหา การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมรวมถึงความไม่พร้อมในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา ศตวรรษธำรง และประยุทธ์ เสรีเสถียร (2543) ที่ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการทางจิตเวชโรงพยาบาลสมเด็จพระยาพบปัญหาด้านความสามารถในการดูแลเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางแจ้งเป็นรายด้านคือ เรื่องการนอน การดูแลรักษาของที่มีค่า การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและอาการเจ็บป่วยทางจิต การควบคุมอารมณ์ความรู้สึก การแก้ไขปัญหาตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมในครอบครัว เป็นคนว่างงาน ด้านการติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วยมักแยกตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน มีสัมพันธภาพกับครอบครัวที่ไม่ดี จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าหลวง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งยังไม่มีการจัดบริการที่สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองให้ดีขึ้น

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อการทำหน้าที่และพัฒนาการของบุคคล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองต้องเกิดจากความสมัครใจในการกระทำเพื่อดูแลตนเอง โดยใช้ศักยภาพความสามารถของตนเอง การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มขึ้นในสถานการณ์หนึ่งๆ และกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพและความผาสุกอย่างต่อเนื่อง บุคคลที่ถือว่าเป็นผู้ดูแลตนเองได้ จะต้องมีความสามารถที่จะคิดริเริ่มและตั้งใจกระทำพฤติกรรมอย่างมีจุดประสงค์ เพื่อมุ่งหวังให้เกิดประโยชน์ เพื่อตอบสนอง

ความต้องการของตนเอง โดยการควบคุมปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ (Orem, 2001) ซึ่งการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน มีความแตกต่างจากการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล เมื่ออยู่ในชุมชนผู้ป่วยจะต้องมีการจัดระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเรื่องความจำเป็นทางด้านร่างกายทั่วไปและความจำเป็นในการจัดการกับอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ โดยสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทต้องเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัดต้องปรับบทบาททางสังคมที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากขณะก่อนป่วยและต้องปฏิบัติบทบาทปกติให้ได้มากที่สุดตามกำลังความสามารถเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน (ปรีวัตรไชยน้อย, 2546) ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการพัฒนาการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นแล้ว ปัญหาการมีอาการกำเริบ การกลับป่วยซ้ำย่อมลดลง สอดคล้องกับ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ซึ่งกล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีอิทธิพลต่อการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า สาเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมคือเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการจัดการกับอาการ(ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล, 2540; ชุตินา ผังชัยมงคล, 2544; จันทนา ทองชื่น, 2545) การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทของตนที่เคยกระทำลดน้อยลง เกิดความรู้สึกว่าศักยภาพตนเองด้อยลง (ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2542) รวมทั้งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ก็เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; เพชรี คันธสายบัว, 2544; เสวิกุล จำสนอง, 2546) จากสาเหตุปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวข้างต้น มีผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

โรงพยาบาลท่าหลวง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่มีภารกิจในการดูแลทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิตั้งแต่ต้น ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีคลินิกจิตเวชให้บริการในลักษณะผู้ป่วยนอก เปิดให้บริการทุกวันอังคาร การจัดการให้บริการในคลินิกเน้นการให้รับยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวช ด้านบริการพยาบาลมีการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาคำแนะนำเฉพาะในรายผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือเมื่อผู้ป่วยและญาติมีข้อสงสัย ชักถามเท่านั้น การรักษาพยาบาลมุ่งเน้นในด้านการบรรเทาอาการทางจิตของผู้ป่วยมากกว่าการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย ยังไม่มีการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมเพียงพอที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเองได้ จากสภาพปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการการดูแลที่

ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่เป็นองค์รวม

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตัวหลังได้รับการรักษาให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย การป้องกันอาการกำเริบป่วยซ้ำ ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง การร่วมมือในการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและปฏิบัติหน้าที่ได้ตามศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ระบบการให้การพยาบาลในปัจจุบันเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีการผสมผสานคุณสมบัติของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณกับสิ่งแวดล้อมมากกว่าการมองการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติเฉพาะส่วน(จินตนา ยูนิพันธุ์และนพรัตน์ ไชยธานี,2547) การให้การพยาบาลให้ความสำคัญกับการเข้าใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าของผู้รับบริการในฐานะมนุษย์ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ของบุคคลที่จะทำให้เกิดพลังและความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง แนวทางในการดูแลดังกล่าวสอดคล้องกับการพยาบาลองค์รวม ซึ่งหลักในการปฏิบัติการพยาบาลองค์รวม คือ การให้ข้อมูลและการให้การศึกษแก่ผู้ใช้บริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้ร่วมตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง พยาบาลและผู้ใช้บริการตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลตามความเป็นจริงและปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย จุดเน้นคือ ผู้ใช้บริการเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีขึ้น ดังเช่น ผลการวิจัยของ อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการศึกษาของเพลิน เสี่ยงโชคอยู่(2548) เรื่องการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมเหมาะสมกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยจิตเภทในงานผู้ป่วยนอกให้เข้ากับสภาพปัญหา พยาบาลผู้ป่วยนอกจึงควรมีการปฏิบัติการพยาบาลองค์รวมโดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่เป็นที่ปกติสุขของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2547) และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแล

ตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยมีการพัฒนาเป็นโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรมคือ สัมพันธภาพบำบัด การสร้างความรู้ความเข้าใจในโรคและการรักษา การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน การฝึกทักษะในการผ่อนคลาย การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน และการส่งเสริมความผาสุกทางใจและจิตวิญญาณ รูปแบบการจัดกิจกรรมใช้กระบวนการกลุ่มมาจัดกิจกรรมครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบของการเรียนรู้ ได้แก่ การจัดประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและอภิปราย ความเข้าใจและความคิดรวบยอด และการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543) โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับการสมดุลโดยการติดตาม กระตุ้น สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงวิธีการดูแลตนเอง เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า ส่งเสริมกระบวนการฟื้นฟู และการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปโดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งตอบคำถามว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นหรือไม่หลังจากได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

### แนวเหตุผลและสมมุติฐานในการจัดดำเนินโครงการ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีผลอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอันเป็นเป้าหมายสำคัญของการให้การดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคการดำเนินและการจัดการกับอาการ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีผลให้ผู้ป่วยจิตเภท บกพร่องในพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ศึกษาได้ศึกษาและทบทวน การจัดดำเนินโครงการ ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2547) เป็นแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่มุ่งตอบสนองความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไป 4 ประเภทคือ ความต้องการเพื่อการอยู่รอด ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณและความต้องการด้านสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคล ซึ่งความต้องการดังกล่าวครอบคลุมความเป็นองค์รวม การดูแลแบบองค์รวมนั้นเป็นการดูแลแบบคนทั้งคน เป็นการดูแลที่ให้บริการครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกให้บริการสุขภาพเป็นส่วนๆ ได้ ทั้งนี้เพราะการดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเองหรือ สภาพของบุคคลนั้น (Hill and Smith, 1990) และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) โดยในโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพบำบัด เป็นกิจกรรมรายบุคคลใช้แนวคิดของ Peplau (1952) สัมพันธภาพบำบัดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองมีคุณค่า มีความเข้าใจในตนเองและสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมที่ 2-6 จัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มจัด กิจกรรมครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบของการเรียนรู้ ได้แก่ การจัดประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและอภิปราย ความเข้าใจและความคิดรวบยอด และการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้มีส่วนร่วม รวมไปถึงการสร้างเสริมประสบการณ์ สร้างแรงจูงใจ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี (กองการพยาบาล, 2540) โปรแกรมใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

1. สัมพันธภาพบำบัด ตามแนวคิดของ Peplau (1952) สัมพันธภาพบำบัดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการเป็นการจัดกิจกรรมรายบุคคล ในการสร้างสัมพันธภาพแบบวิชาชีพที่มีเป้าหมายเพื่อการช่วยเหลือบำบัดแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยทั้งที่เป็นปัญหาด้านอาการและการดำรงชีวิตซึ่งรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้ยา การปฏิบัติตามบทบาท การปฏิบัติกรพยาบาลมี 4 ขั้นตอนที่เป็นไปตามลำดับและหล่อมซ้อนกันได้ โดยเริ่มต้นที่การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ(Trust)และทำความเข้าใจกับปัญหาร่วมกัน การร่วมกันแก้ไข ปัญหา พยาบาลจะเน้นที่การลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างความสามารถในการใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกตนในการแก้ปัญหา เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ สัมพันธภาพบำบัด เป็นกิจกรรมรายบุคคล 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30 นาทีในกระบวนการดังกล่าวเมื่อผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง เขาจะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระในการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง และเป็นการสนับสนุน ผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเองตามศักยภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เป็นข้อมูลในการตัดสินใจและปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง ยังช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลจากโรคและการรักษา (Kaplan & Sadock, 1995) ดำเนินการโดยสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้ป่วยรับรู้เป็นกลุ่มโดยให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารความรู้ร่วมกันในกลุ่ม อภิปรายแสดงความคิดเห็นสรุปความเข้าใจและวิธีการประยุกต์นำไปใช้ เมื่อมีความรู้ความเข้าใจแล้ว ผู้ป่วยจะเข้าใจ จะรู้วิธี ทดลองทำ เกิดกำลังใจ เกิดกระบวนการของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม (กองการพยาบาล, 2540) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

3. การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน เป็นกิจกรรมที่ต่อยอดจากกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด โดยในขั้นตอนนี้การดำเนินการเป็นกิจกรรมกลุ่มให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการสาธิตการติดต่อสื่อสารทางบวก อภิปรายและสรุปความคิดการนำไปใช้ผู้ป่วยจะเรียนรู้การดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนโดยผ่านเรื่องราวและประสบการณ์ของผู้อื่น จะทำให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเอง เกิดการเรียนรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารเพื่อบอกความต้องการของตนเองและการรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิด และความต้องการของผู้อื่น เกิดการเรียนรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

4. การฝึกทักษะในการผ่อนคลาย เป็นกิจกรรมกลุ่มที่มีการให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติมีกิจกรรมการฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาส่งเสริมให้จิตใจผู้ป่วยมีความสุข มีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยเหตุผลและปัญญา เพื่อป้องกันภาวะเครียดมากหรือนานเกินไป Mandel, Jacobs, Arcari, Domar (1996) อ้างในเพลินเสียงไชคอยู่ (2548) กล่าวว่า เทคนิคการผ่อนคลายสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายและจิตใจมีความพร้อมในการเผชิญกับปัญหา

5. การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง โดยการจัดกิจกรรมในขั้นตอนนี้จะให้สมาชิกร่วมกันบอกข้อดีข้อเสียของตนเอง สมาชิกได้รู้จักและยอมรับความเป็นตัวตนของตนเองและเรียนรู้วิธีการพัฒนา แก้ไขจากประสบการณ์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการรู้จักตนเอง เข้าใจ ยอมรับและรับรู้ศักยภาพของตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเองและมีแรงจูงใจในการเสริมสร้างและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง เพนเดอร์ (Pender, 1982: 159) กล่าวว่าคุณค่าของตนเองเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่ช่วยค้ำจุนให้มีความพยายามที่จะช่วยเหลือตนเองเพราะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งในการจูงใจให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองนั้นเกี่ยวเนื่องมาจากทุกกิจกรรมข้างต้นส่งเสริมกัน

6. การส่งเสริมความผาสุกทางใจและจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นชุมพลังของสุขภาพ ที่สามารถทำให้นุคคลนั้นมีความเป็นตัวของตัวเอง มีชีวิตที่มีเป้าหมายชัดเจน (Bolander,

1994; Craven & Hirnle, 2000) การส่งเสริมความผาสุกทางใจและจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็งต่อสู้หรือเผชิญกับความเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีและยังช่วยให้จิตใจสงบสบาย การจัดกิจกรรมโดยให้สมาชิกเล่าค่านิยม ความเชื่อของตนเอง ให้สมาชิกในกลุ่มฟัง ร่วมกันอภิปรายแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่กำหนดให้สรุปความคิดรวบยอดและการนำไปใช้

จากการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว ทั้ง 6 กิจกรรมสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกถึงปัญหาและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาและการสังเกตอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ การทราบและสามารถใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนการมีทักษะการสื่อสารที่ดีมีเป้าหมายในชีวิต ยอมรับความจริง และพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ของตนเอง มีความหวังที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ผลของการปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ด้วยแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมุติฐานในการศึกษาว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

#### ขอบเขตของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pre-post test design )
2. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ในเขตอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี จำนวน 20 ราย
3. ตัวแปรที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระประกอบด้วย
  - 3.1 ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม
  - 3.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลตนเอง

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยมุ่งส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการสอน ให้ความรู้ ข้อมูล ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา โดยการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่เป็นที่ปกติสุข ของจินตนา ยูนิพันธ์ (2547) ซึ่งเป็นแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่มุ่งตอบสนองความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไป 4 ประเภทคือ ความต้องการเพื่อการอยู่รอด ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ ความต้องการทางด้าน



จิตใจและจิตวิญญาณ และความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ครอบคลุมความเป็นองค์รวมของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผสมผสานแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) โดยในโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้เวลา 4 สัปดาห์ คือ

กิจกรรมที่ 1. สัมพันธภาพบำบัด หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทุละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที โดยทำที่บ้านหรือที่แผนกผู้ป่วยนอก แล้วแต่ความเหมาะสมด้านเวลาโดยมีจุดมุ่งหมายไม่ให้ผู้ป่วยเสียเวลามากมาย ลักษณะของกิจกรรมแบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ 1.ระยะเริ่มต้นเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยคุ้นเคยและเกิดความไว้วางใจพยาบาล 2.ระยะระบุปัญหา พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายความคิด ความรู้สึก เชื่อว่าการสำรวจและค้นหาปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจตนเองและส่งผลถึงการพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วย 3.ระยะแก้ไขปัญหา เป็นระยะที่ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ตนเองดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในทางสร้างสรรค์ ริเริ่มและเป็นประโยชน์ 4.ระยะสุดท้าย เป็นระยะที่ผู้ป่วยปลดปล่อยตนเองจากการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล ผู้ป่วยเรียนรู้และเสริมสร้างความสามารถของตนในการตอบสนองความต้องการของตนเอง

กิจกรรมที่ 2. การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา อากาศจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การดูแลตนเองด้านการใช้ยาและสารเสพติด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยจัดเป็นกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมโดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นและเป็นตัวแทนในการนำเสนอผลการอภิปรายกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน

กิจกรรมที่ 3. การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านร่างกายที่ครอบคลุมความต้องการของบุคคลในด้านการได้รับสารอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย และการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยการสนับสนุนและสอนให้ผู้ผู้ป่วยได้รู้จักวิธีขอความช่วยเหลือจากครอบครัว สังคมและชุมชน ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยพูดบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบ และมีการฝึกทักษะในการติดต่อสื่อสาร โดยจัดเป็นกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและทดลองฝึกปฏิบัติจริงจากสถานการณ์จำลอง

กิจกรรมที่ 4. การฝึกทักษะในการผ่อนคลาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยพยาบาลสอนและสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึก

การหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน พยาบาล ประเมินผลการฝึกปฏิบัติผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยจัดทำเป็นกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 5. การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การปฏิบัติ กิจกรรมของพยาบาลในการให้ผู้ป่วยเปิดเผยตนเอง พยาบาลสอนให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดี ข้อเสียของตนเองเพื่อให้ค้นพบจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง กลุ่มช่วยสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเองได้ทำให้รู้สึกมีคุณค่ามีความหวังและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยจัด กิจกรรมเป็นกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 6. การส่งเสริมความผาสุกทางใจและจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติ กิจกรรมของพยาบาล พยาบาลพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือศรัทธาร่วม สนับสนุนส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามที่ผู้ป่วยนับถือ ศรัทธาตาม ความเหมาะสม โดยจัดกิจกรรม เป็นกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

**พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง** หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำกิจกรรมใด กิจกรรมหนึ่งเกี่ยวกับตนเอง และลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ที่ดี ตามการรายงานของผู้ป่วย ใช้แนวคิดการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill & Smith (1990) แนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งพัฒนาเพิ่มเติมจากแนวคิดของ Hill & Smith ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ได้รับการพัฒนาโดย เพชร คันธสายบัว (2544) ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) และกรอบแนวคิดการดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของ Hill & Smith (1990) และจากแบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ใช้วัดในผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 7 ด้านดังนี้

1. การรู้จักตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยตาม การรายงานของผู้ป่วยในการที่จะรู้จักรูปร่าง ลักษณะของตนเอง การเข้าใจยอมรับและรับรู้ถึง ศักยภาพของตนเอง รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง

2. การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยตาม การรายงานของผู้ป่วยในการใช้ภาษาในการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อความต้องการของตนเอง รวมทั้งเพื่อให้รับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่นได้อย่างถูกต้องตรงกัน

3. การใช้เวลา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยตามการรายงานของผู้ป่วยในการที่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

4. การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยตามการรายงานของผู้ป่วยในการที่กล้าตัดสินใจในปัญหาที่เกิดขึ้น การบอกถึงวิธีในการแก้ไขปัญห และผ่อนคลายตนเองจากความเครียดและวิตกกังวล

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยตามการรายงานของผู้ป่วยในการสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลใกล้ชิด และการรักษาสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยตามการรายงานของผู้ป่วยในการพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมให้จิตใจมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหในชีวิตประจำวันและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา

7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยตามการรายงานของผู้ป่วยในการดูแลตนเองด้านร่างกาย เพื่อสร้างความแข็งแรง ดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย

7.1 การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองด้านต่างๆในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารและน้ำ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย เป็นต้น

7.2 ความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการรักษา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล รวมทั้งการดูแลตนเองดใช้สารเสพติด

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.เป็นแนวทางให้พยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2.เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า เพื่อพัฒนาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป