

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบที่เป็นบ่อยในจำนวนโรคทางจิตเวชทั้งหมด เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและมีพฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) มักเกิดอาการตั้งแต่อายุน้อยๆ การดำเนินโรคลมึลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและไม่หายขาดเป็นปกติเหมือนเดิม (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536) โดยมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับมารักษาซ้ำอีก ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานหรือต้องดูแลตลอดชีวิต (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2531) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่และมีการกลับมารักษาซ้ำทุกปี (พหล วงศาโรจน์, 2541) เป็นโรคที่รุนแรง เรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ซึ่งสาเหตุการเกิดมีหลายปัจจัยประกอบกัน แยกได้เป็นสาเหตุทางร่างกาย ได้แก่ สาเหตุทางพันธุกรรมและความผิดปกติทางชีวเคมีในสมอง สาเหตุทางจิตใจและบุคลิกภาพซึ่งเป็นสาเหตุเฉพาะบุคคล และสาเหตุทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อมต่างก็มีผลกระทบต่อกันและกันอย่างสลับซับซ้อน (อุษา ชูชาติ และคณะ, 2536) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกิดจากตัวผู้ป่วย ญาติ และชุมชน แต่สาเหตุของการเจ็บป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บกพร่อง (Sadock & Sadock, 2000) ส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย โดยสาเหตุที่พบมากที่สุดคือ การที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ถูกต้อง ซึ่งการรับประทานยาทางจิตเวชนั้นต้องใช้ระยะเวลายาวนานและอาจเกิดอาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายขาดแรงจูงใจในการรักษา

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว (อำพัน หิรัญอุทก, 2547) สอดคล้องกับที่ กาญจนา ชัยเจริญ (2547) กล่าวว่า ปัจจัยของความไม่ร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้รับบริการ ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษาและจากลักษณะอาการของโรคจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรัง มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำสูง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ก่อให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ การดูแลตนเองในด้านต่างๆ คือ ไม่สนใจรับประทานอาหารเช้า ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและไม่ยอมทำงาน (จิรารัตน์ พิมพีศิต, 2541)

จากการเปลี่ยนแปลงนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล ที่รักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะสั้นลง ทำให้การรักษาเน้นในด้านบรรเทาอาการทางจิตเป็นสำคัญ เพื่อลดจำนวนวันของการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความพร้อมในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ จันทรา ธีระสมบุญ (2542) กล่าวว่า ในระยะของการปฏิรูปสุขภาพการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพจิตแบบใกล้บ้านใกล้ใจ กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมีแนวคิดว่าการครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยและตระหนักว่าการไปเยี่ยมบ้านของพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองที่บ้านได้ดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2546) และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 9 ได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักในการปฏิรูปการพัฒนาสุขภาพไว้ประการหนึ่ง คือ การบริการจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ เป็นโครงสร้างพื้นฐานในการบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นส่งเสริมให้ประชาชนได้เรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาสุขภาพ เกิดการระดมพลังร่วมกันในการพัฒนาสุขภาพ โดยมีระบบสุขภาพที่ดีเป็นตัวเกื้อหนุนส่งเสริมให้สร้างสุขภาพมีพฤติกรรมวัฒนธรรมทางสุขภาพที่ดีการปฏิรูปสุขภาพ โดยการบริหารจัดการกับความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพจะสำเร็จได้นั้น กลวิธีที่สำคัญวิธีหนึ่ง คือ การให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชน

สถิติกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ที่มาใช้บริการสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในลักษณะผู้ป่วยนอก ในปี 2546 จำนวน 115,953 ราย ปี 2547 จำนวน 118,471 ราย ปี 2548 จำนวน 118,016 ราย ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ย้อนหลัง 3 ปี มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ ในปี 2547 จำนวน 45,008 ราย รับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2,303 ราย ปี 2548 จำนวน 47,332 ราย รับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2,099 ราย ปี 2549 จำนวน 49,367 ราย รับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2,014 ราย และมีผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำ 221,167,158 ราย ตามลำดับ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2548) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ และมีการกลับมารักษาซ้ำทุกปี (พหล วงศาโรจน์, 2541) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อมุ่งสู่มาตรฐาน จึงมีการพัฒนาระบบบริการต่างๆ ในสถาบันฯ กลุ่มการพยาบาลเป็นหน่วยงานหลักของสถาบันฯ ได้มีการนำตัวชี้วัดมาพัฒนางานการพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่ทางสถาบันฯ ต้องเร่งปรับปรุงเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำที่มารับบริการ และกลุ่มการพยาบาลได้พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลองค์กรร่วมในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารักษาในสถาบันฯ ลักษณะของการบำบัดจะใช้กลุ่มกิจกรรมเป็นหลัก โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเข้าสังคม การแก้ปัญหา การคิด โดยใช้เหตุผลตามสภาพความ

เป็นจริง การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง แต่ยังคงพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก

การดูแลแบบองค์รวมนั้นเป็นการดูแลคนแบบทั้งคน เป็นการดูแลที่ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกให้บริการเป็นส่วนๆ ได้ทั้งนี้เพราะการดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันควบคุมหรือรักษาโรคซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเองหรือสภาพของบุคคลนั้น (Hill & Smith, 1990) และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวเมื่อพาผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยในพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี และเมื่อผ่านระยะเวลาช่วงหนึ่งไปผู้ป่วยจะเริ่มมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เริ่มไม่รับประทานยา โดยคิดว่าตนเองหายดีแล้ว ปฏิเสธการเจ็บป่วย บางรายพบว่าเมื่อรับประทานยาแล้วมีอาการข้างเคียงของยาจึงทำให้ไม่สนใจที่จะรับประทานยาต่อ ไม่สนใจกิจวัตรของตนเอง แยกตัวนอน ไม่สนใจผู้อื่นในครอบครัว ทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัว เอะอะอาละวาด ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ดังนั้นความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจำเป็นต้องช่วยเหลือและส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) จากข้อมูลข้างต้นนั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บกพร่อง ซึ่งเนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท

จากสภาพการณ์ในปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด ต้องหมุนเวียนเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้รับการรักษาถึงระดับที่สื่อสารพอรู้เรื่องและควบคุมตัวเองได้บ้าง จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้ทันที มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ตัวผู้ป่วยเองยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายที่กลับบ้าน ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ มีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เป็นเหตุให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น (มนัสสินธุ์ บุญยทรัพย์, 2536) และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก ซึ่งอาการหลงเหลือที่ปรากฏเป็นความแปรปรวนของในลักษณะของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง ละเลยในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน หรือไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งซ้ำ ๆ เช่นเค็ม เช่น ล้างมือบ่อย พูดจาวนเวียนซ้ำ ๆ เดินกลับไปกลับมา มีความคิดหมกมุ่นเรื่องใด เรื่องหนึ่ง มีความคิด หลงผิด หวาดระแวงกลัวคนอื่นแกล้งตนหรือมีคนเอายาพิษมาใส่ในอาหารให้รับประทาน นั่งคนเดียวไม่พูดคุยกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวหรือมีพฤติกรรมที่แยกตัวอยู่คน

เดียว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และบางครั้งพูดโต้ตอบคนเดียว ผู้ป่วยบางคนก็คุ้นเคยกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งมากเกินไป ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้ ขณะเดียวกันผู้ป่วยจิตเภทมักจะปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง จึงรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้อาการทางจิตกลับทวีความรุนแรงมากขึ้น (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543)

พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บกพร่องนั้น พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกวิธี จากการศึกษาของ อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งคือปัจจัยเรื่องผู้ป่วยจิตเวชขาดความรู้เรื่องการรักษา โดยคิดว่าตนเองหายดีแล้ว จึงไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาของอำพัน หิรัญอุทก (2547) ได้กล่าวถึงปัญหาเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บกพร่องไว้ว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วยนั้นนอกเหนือจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา การรับประทานยาไม่ถูกต้อง และเกิดความเบื่อหน่ายและขาดแรงจูงใจในการรักษาแล้ว ผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ไม่สามารถสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบที่ต้องมาพบแพทย์ การขาดความรู้ยังอาจนำไปสู่การปฏิเสธการเจ็บป่วยและการขาดความสนใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้จากการศึกษาของอำไพชนิษฐ์ สมานวงศ์ไทย (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ปัจจัยหนึ่งก็คือปริมาณของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ วัชณี หัตถพนมและคณะ (2539) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการรักษา และละเอียดย โรคจิตเภทและคณะ (2542) ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง ฉะนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงบทบาทในด้านการสอนให้มากขึ้นกว่าเดิม

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำโดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บกพร่อง และขาดความรู้ความเข้าใจในภาวะโรคและการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังการเจ็บป่วย พบว่ามีการเสื่อมของบุคลิกภาพ และประมาณร้อยละ 20.35 มีเชาวน์ปัญญาลดลง ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง (พันธ์ศักดิ์ วราธิศวปติ และคณะ, 2536) แต่ผู้ป่วยก็ยังสามารถในการที่จะเรียนรู้ เพื่อช่วยให้มีชีวิตอยู่ในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัยและมีความสุข (อรนันท์ หาญยุทธ, 2532)

การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และการรักษามุ่งพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 2001; Hill & Smith, 1990; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกวิธี จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยในขั้นแรก เป็นส่วนประกอบในการสร้างหรือก่อให้เกิดความสามารถหรือทักษะในขั้นต่อ ๆ ไป (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) และเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดแนวคิดและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (ทัศนีย์ พงกษาชีวะ, 2535) ฉะนั้นก่อนที่บุคคลจะปฏิบัติอะไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ก่อน และพึงพอใจที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น วิธีที่นิยมใช้โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะสมาชิกกลุ่มมากขึ้น และมีผลดีมากกว่าวิธีหนึ่งคือ วิธีให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นการให้ความรู้ในลักษณะการมีส่วนร่วม ให้ผู้ป่วยทุกคนมีโอกาสแสดงความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตน ได้แลกเปลี่ยนและรับฟังความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นโดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (De Mello, 2001) การให้คำแนะนำและความรู้จะทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องโรค การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พร้อมกับส่งเสริมสุขภาพ จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน รวมทั้งได้รับการส่งเสริมหรือสนับสนุนจากสมาชิกกลุ่ม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคหรือทำให้บุคคลไม่มีความสุข ปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีและถูกต้อง และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจากกลุ่ม ทำให้เกิดแนวคิดในการแก้ปัญหาาร่วมกันและมีการเลียนแบบอย่างในการปฏิบัติตัวที่ดีจากสมาชิกกลุ่ม เมื่อผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และประสบการณ์ ที่ได้รับนั้นมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อนำไปเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้องและมีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (มณีรัตน์ เรื่องโรจน์ และ อากาศ สุปัญญา, 2541)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจโปรแกรมการให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ คือ การประคองประคอง (Support) และการบริการด้านความรู้ (Education) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill) การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และการสร้างเครือข่าย (Net work) และใช้แนวคิดทฤษฎีการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) ที่กล่าวว่า การพัฒนาของกลุ่มประกอบด้วย ขั้นตอน 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ ระยะสิ้นสุด

การทำกลุ่ม มาใช้ในกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยโปรแกรมการให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท การรักษาและการดูแลตนเองเกี่ยวกับการติดตามการรักษา

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องยาและการติดตามการรักษา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 4 การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และการผ่อนคลายความตึงเครียด

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง

ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ได้ดีขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุขและลดการป่วยซ้ำ

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่ม

#### แนวเหตุผลและสมมติฐาน

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องกลับมารักษาซ้ำมีสาเหตุหนึ่งเกิดจากการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา การแสดงออกทางอารมณ์ได้ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจิตเภทประสบปัญหาในด้านการติดต่อสื่อสาร ไม่เข้าใจคำแนะนำของบุคลากร ไม่บอกญาติให้ทราบ เมื่อมีอาการเตือน มีปัญหาการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และการปรับตัวเข้ากับญาติและสังคม (พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช และคณะ, 2542) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ Hill & Smith (1990) ที่เชื่อว่า การฟื้นฟูของโรคขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละคน

นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น มีการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง ประกอบกับการที่ผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การดูแลตนเอง การเผชิญปัญหา การสื่อสาร การดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย เป็นตราบาป ขาดความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้ลดการกลับมา

ป่วยซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างปกติสุข ที่ผ่านมามีการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษามีความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น การศึกษาของ โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น การศึกษาของ พัทธนา ชันลา (2548) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคอง จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น และสุนันท์ ทรงจรินทร์ (2548) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการ ให้ความรู้แบบกลุ่มมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น

ดังนั้น โปรแกรมให้ความรู้ประทับประคองแบบกลุ่มในการศึกษาคั้งนี้ ได้ใช้โปรแกรม การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของ โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการพัฒนา กลุ่มของ Marram (1978) ผู้ศึกษาได้นำมาปรับปรุงเป็น โปรแกรมให้ความรู้ประทับประคองแบบ กลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยได้ปรับเปลี่ยนกิจกรรม การฝึกทักษะการจ้ดยารับประทานเองและการสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำให้สามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ คั้งนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและ การรักษา เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เกิด การเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และผู้ป่วยสามารถรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย ของตนเองตามความเป็นจริง เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้าน ได้อย่าง เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเรียนรู้และรู้จักตนเองในทางที่เป็นจริงมากขึ้น ตระหนักใน ความสามารถและศักยภาพของตนเองอย่างที่เป็นอยู่ และยังเป็น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจดูแล ตนเองและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้ เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ลดปัญหาเรื่องการกลับเป็นซ้ำ (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องยาและการติดตามการรักษา เป็นการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับเรื่องยาและการจัดการกับ อาการข้างเคียงของยา การติดตามการรักษาอย่างถูกต้องและฝึกทักษะการจ้ดยารับประทานเองเพื่อ เพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาได้ มีแรงจูงใจที่จะ ดูแลตนเอง เป็นการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ในเรื่องนี้จะช่วยลด ความรุนแรงจากอาการกำเริบของโรคและลดการป่วยซ้ำได้ (Kennedy, Schepp, & Connor, 2001)

**กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม** เป็นการฝึกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถ มีทักษะในการรับ-ส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงการสร้างเครือข่ายการดูแล หรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรคันธสายบัว, 2544) ผู้ป่วยที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมและมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก รวมทั้งได้รับข้อมูลย้อนกลับ จะส่งผลต่อการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การติดต่อสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวเป็นไปได้เหมาะสม

**กิจกรรมที่ 4 การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และการผ่อนคลายความตึงเครียด** เป็นการสอนการดูแลสุขภาพร่างกายแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ จะทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อน้ำที่ของตนเองในการดูแลกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความตึงเครียด เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เหลืออยู่ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยเหลือตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

**กิจกรรมที่ 5 การสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเอง** เป็นการให้ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรับผิดชอบ การตัดสินใจในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยตนเอง เข้าใจตนเอง รวมทั้งทำให้มองเห็นข้อดีและข้อเสียของตนเอง ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้มีความเข้มแข็งในตน มีพลังและสามารถดูแลตนเองได้ (Nathaniel, 1997 อ้างในสุทธีณี พัดวิสัย, 2545)

### สมมติฐานการศึกษา

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ หลังจากได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ ปรึกษาปรึกษาแบบกลุ่ม จะดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ปรึกษาปรึกษาแบบกลุ่ม

### ขอบเขตของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

2. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม ICD 10 มีอายุ 20-59 ปี เข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยในและมีประวัติว่ามีการกลับมารักษาซ้ำ ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

3. ตัวแปรที่ศึกษา      ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่ม  
 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่ม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล โดยจัดให้มีการเรียนรู้แบบเป็นกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีระบบ มีจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกร่วมกันคิดหาเหตุผล เลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เรียนรู้ปัญหา ค้นหาปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ในบรรยากาศที่ผ่อนคลายนำไปสู่ความเข้าใจ ให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมของโชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) ซึ่งได้ดำเนินการ 5 กิจกรรม ดังนี้คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ การรักษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อการรักษา โดยพยาบาลส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจในการรักษา และนำความรู้ที่ได้จากกลุ่มไปประยุกต์ใช้กับตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องยาและการติดตามการรักษา เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการเตือนก่อนมาพบแพทย์ สามารถจัดยารับประทานเอง และแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นการสนับสนุนและสอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการสื่อสารกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ เรียนรู้วิธีการของความช่วยเหลือจากครอบครัว สังคม และชุมชน เมื่อมีอาการเตือน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้บอกถึงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นได้รับทราบ

กิจกรรมที่ 4 การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และการผ่อนคลายความตึงเครียด เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองทางด้านร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมความต้องการของบุคคล ส่งเสริมและสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยได้ดูแลตนเองและให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองโดยใช้พลังกลุ่ม

กิจกรรมที่ 5 การสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเอง เป็นการให้ผู้ป่วยได้มองเห็นข้อดี ข้อเสียของตนเอง รู้ถึงจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเอง สามารถมองเห็นถึงการพัฒนาตนเองได้ ทำให้รู้สึกมีคุณค่านำไปสู่การมีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

ซึ่งในกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วย ขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกันและให้ความรู้ผู้ป่วย มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มขนาด 5-10 คน มีปฏิสัมพันธ์กัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิดร่วมกันค้นหาปัญหา แนวทางการแก้ไข โดยมีผู้ศึกษาเป็นผู้นำกลุ่ม รวมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นการให้ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มสรุปความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิดและการแก้ไขปัญหาคที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม โดยผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ

**ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ** หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามการจำแนกโรค ICD 10 (International Classification of Disease) และเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 28 วัน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (กรมสุขภาพจิต, 2547)

**พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำด้วยตนเองโดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ร่างกายและจิตใจเข้มแข็ง ดำรงชีวิตอยู่ภายในครอบครัวและชุมชนของตนได้โดยไม่ต้องกลับไปรับการรักษาในโรงพยาบาลอีก ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดของ Orem (2001) การดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill & Smith (1990) ร่วมกับแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินดนา ยูนิพันธ์ (2534) มาเป็นแนวทาง แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองนี้ประกอบด้วย

1. การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติเพื่อให้เข้าใจถึงความสามารถและข้อจำกัดของตนเองรวมทั้งมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติเพื่อให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเองและผู้ป่วยรับรู้ความต้องการของผู้อื่น ได้อย่างถูกต้องตรงกันและสามารถอธิบายความรู้สึกของตนเองได้

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวันได้ โดยใช้เวลาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและมีเวลาเป็นส่วนตัวได้อย่างเหมาะสม

4. การเตรียมการเผชิญปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในการแก้ปัญหาเมื่อเริ่มมีอาการทางจิต หรือเมื่อมีอาการนำก่อนจะมีอาการทางจิตมากขึ้นจนกระทั่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลใกล้ชิด และสามารถขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้น เมื่อตนเองมีความทุกข์ ตลอดจนสามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ ซึ่งหลีกเลี่ยงการทำผิดและให้อภัยผู้อื่น

7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติเพื่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี โดยประเมินการสร้างความแข็งแรงของร่างกายและความเข้มแข็งของจิตใจ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มการสอนสุขภาพจิตศึกษา มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขและลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วย

2. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต

3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาระบบบริการทางการพยาบาล พัฒนาระบบของพยาบาล โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Base) รวมทั้งนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบของผู้นำทางด้านการพยาบาล เพื่อความเจริญก้าวหน้าของวิชาชีพ