

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุด มีความรุนแรงและเรื้อรังความชุกของโรคในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 0.5-1 (National Institute of Mental Health [NIMH], 1999; Kaplan and Sadock, 2000) สำหรับประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในช่วงปีงบประมาณ 2547-2552 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่เพิ่มขึ้นจากปี 2551-2552 เป็นจำนวน 4,856 ราย พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นลำดับที่ 1 ของทุกปีงบประมาณ จากการจัดอันดับ 10 อันดับภาวะโรคเรื้อรังทางจิตเวชของกรมสุขภาพจิต จำแนกได้เป็นจำนวนผู้ป่วย เพศชาย ร้อยละ 12 เพศหญิงร้อยละ 9 (กรมสุขภาพจิต, 2552) แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่พบได้มากและมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น พบทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขตลอดมา (กรมสุขภาพจิต, 2545) เนื่องจากก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศเป็นจำนวนมาก โรงพยาบาลจิตเวชเกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายซึ่งไม่สามารถเรียกเก็บจากหน่วยงานใดได้ (อเนก สุภิรพันธ์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และ นุปพวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิดแต่มีผลถึงการรับรู้อารมณ์และพฤติกรรม การตัดสินใจและความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม โดยผู้ป่วยไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือสูญเสียการทำงานของสมองส่วนใด (อรพรรณ ถีอนุชวณิชชัย, 2549; WHO, 2006) อาการมีทั้งเฉียบพลันรุนแรง และการดำเนินของโรคเรื้อรัง (Sadock and Sadock, 2005) ปัจจุบันยาด้านโรคจิตเภทมีประสิทธิภาพสูง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตเป็นอันดับแรกทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 80 ได้รับการรักษาด้วยยาแบบผู้ป่วยนอก (Kaplan and Sadock, 1996; Kumar and Sedwick, 2001) การรักษาด้วยยาสามารถควบคุมอาการทางจิต และลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Dolder, Leckband, and Jeste, 2003; Rittmannsberger et al., 2004) โดยผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ Sullivan et al. (1995) พบว่าผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน ส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมที่ไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่า หนึ่งในตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ คือ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการขาดยาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำถึงร้อยละ 63.33 จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการมี

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หากผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบเกิดการป่วยซ้ำ จำต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในถึงร้อยละ 84.7 (สารุพร พุฒขาว, 2541) ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้นและเป็นภาระต่อสังคม (Thieda et al., 2003) ดังนั้น การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจึงมีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อการรักษา ไม่ได้หมายความว่าเพียงการรับประทานยา แต่หมายถึงวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อการรักษาทั้งความยินยอมในการรักษา การไปตรวจตามนัด (Sackett ed al. 1985; Kumar and Sedwick, 2001) ส่วนพฤติกรรมที่แสดงถึงการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปฏิเสธการใช้ยาในการรักษา ใช้ยาเฉพาะเวลารู้สึกมีอาการผิดปกติ เมื่ออาการแสดงของโรครุนแรงขึ้น ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาก่อนกำหนด ใช้ยาไม่ถูกขนาดใช้น้อยหรือเพิ่มขนาดมากกว่าแผนการรักษา ใช้ยาไม่ถูกเวลา (Kumar and Sedwick, 2001; Perkins , 2002) รวมถึงไม่มาตรวจตามแพทย์นัด (Davidhizar, 1982) ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอและหยุดการรักษา เริ่มจากผู้ป่วยจิตเภททั่วไปร้อยละ 46 จนถึงชนิดที่มีความผิดปกติจากอาการทางจิตร้อยละ 40 ส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการป่วยซ้ำ (Weiden and Olfson , 1995) จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องกลับมารักษาซ้ำจากการขาดการรักษาเป็นจำนวนร้อยละ 50-85 (Davis and Andriukaitis, 1986; Kissling, 1991; Weiden et al., 1994) สอดคล้องกับ Sulligan (1996) ที่พบปัญหาผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย อาการกำเริบ อย่างน้อยร้อยละ 40 ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ปัจจุบันแม้ว่ายารักษาโรคจิตเภทมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น แต่ยังพบว่า ร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 15 ของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้นที่รักษาแล้วอาการดีขึ้นภายใน 1 ปี ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 60-70 (Sodock and Sadock, 2000) มีรายงานระบุว่าผลการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่พบได้ในปัจจุบันแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1) รักษาหายโดยไม่กลับเป็นอีกพบเพียงร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 4 เท่านั้น 2) มีอาการดีขึ้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้แต่อาจมีอาการกลับเป็นซ้ำเป็นบางครั้ง 3) มีความผิดปกติของบุคลิกภาพแต่ยังคงสามารถดูแลตนเองได้และต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4) มีอาการของโรคตลอดเวลาและ 5) มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพอย่างถาวร มีการศึกษาผลการรักษาที่เกี่ยวข้องกับอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การป่วยซ้ำในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทเมื่อหยุดยาจะพบร้อยละ 80 (Gaultiere, 1999) ผู้ป่วยจิตเภทที่พฤติกรรมรักษาไม่ต่อเนื่องจะทำให้มีอาการกำเริบทางจิต การกำเริบทางจิตบ่อยครั้งในแต่ละครั้ง มีผลทำให้มีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้อย่างถาวร (สันชัย วสุนทราราม, 2547) เกิดปัญหาเรื่องเรียนหรือการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน การดูแลตนเองลดลง ไม่สนใจสุขอนามัยตนเอง แต่งกาย สกปรกแปลกประหลาด

สูญเสียทักษะทางสังคม (Moller and Murphy, 2001) สร้างความหวาดกลัวให้กับคนรอบข้างมีการทำร้ายผู้ดูแลและญาติ จากรายงานพบว่า ผู้ป่วยนอกจิตเภทหุคยามีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงใช้ของมีคมทำร้ายบุตรจนถึงแก่ชีวิต 2 ราย และภรรยาบาดเจ็บสาหัส (จารุวรรณ ชีรสิทธิ์, 2551; รายงานการตายโรงพยาบาลปลวกแดง, 2554) การเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเกิดความพิการทางจิต (Gray et al, 2001; Marder, 2003; leucht and Heres, 2006) เกิดผลเสียทางด้านเศรษฐกิจต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยจากการศึกษาของ ครุณี หอมแก่นจันทร์ (2548) เรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรคที่พบบ่อย 5 อันดับโรค ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลรามารัตนบุรี ปีงบประมาณ 2548 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการนอนเท่ากับ 56,388.44 บาท ส่งผลกระทบต่อญาติและตัวผู้ป่วยที่สูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาซึ่งทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม (สินชัย วสุนธรา, 2547) พิจารณาตามเกณฑ์จำนวนปีที่สร้างความเสียหายให้กับชีวิตผู้ป่วย ด้วยโรคนั้นๆ (Disability Adjusted Life Year: DALYs) เกิดภาวะสูงถึงร้อยละ 11 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ไม่มาตรวจรักษาตามนัด เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท ให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และมาตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญส่งผลต่อการรักษาในระยะยาว ป้องกันการป่วยซ้ำหรือเกิดอาการทางจิตขึ้นใหม่ (Kaplan and Sadock, 1995) จากการศึกษาของ Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมี 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทถ้ามีอาการทางจิตผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิดการรับรู้และปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่มาตรวจรักษาตามนัด 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม 3) ปัจจัยด้านการรักษา การรักษาและระยะเวลาในการรักษาส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรักษาของผู้ป่วย การรักษาที่ใช้เวลานานนั้นส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย (สาธิตพร พุฒขาว, 2541; จีรพรรณ สุริยวงศ์ และคณะ, 2552) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเบื่อหน่ายในการรักษาการรับประทานยาและฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา 4) ปัจจัยด้านที่มสุขภาพสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัดสัมพันธภาพที่ไม่ดีทั้งจากแพทย์และพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความไว้วางใจ และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Corrigan et al., 1991; Fleisch et al., 1994)

จากการศึกษาพบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยนั้น เนื่องจาก 1) ความรู้สึกเป็นตราบาป ทำให้ขาดความมั่นใจและ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง (Fung et al., 2007) 2) ผู้ป่วยขาดความเข้าใจและความตั้งใจรวมถึง

ความตระหนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และแรงจูงใจให้เห็นประโยชน์ของการรักษาอีกทั้งได้รับข่าวสารที่บั่นทอนความเชื่อ (McEvoy et al., 1981; Amador et al., 1991; Aguglia et al., 2002; Yu-Cheng Kao and yia-Ping Liu, 2010; ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, 2544) และ 3) ผลข้างเคียงของยาจิตเวช (Llorca, 2008) ที่ส่งผลต่อร่างกายเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาจิตเวช เช่น ตัวแข็ง คอเขียว ง่วงนอน ปากคอแห้ง น้ำหนักเพิ่ม ความผิดปกติทางเพศ สัมพันธ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรูสึกว่าการรักษาทำให้สุขภาพแย่ลง (Fenton, Blyer and Heinssen , 1997; Awad and Hoge , 1994) 4) ทศนคติต่อการรักษา ต้องใช้ยาในการรักษาเป็นเวลานานๆนั้น ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย (สารุพร พุฒขาว, 2541) 5) ความรูสึกว่าการรักษาทำให้สุขภาพแย่ลง กลัวตนเองจะเป็นอันตราย (Fleischhacker et al., 2003) และในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์, สารเสพติดมีส่วนเกี่ยวข้องส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ดีพอ (Heyscue et al.,1998; Dixon, 1999; George and Krystal, 2000; Olfson et al., 2000) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด จึงใช้กลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกิดความตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เกิดแรงจูงใจเห็นประโยชน์และทัศนคติที่ดีต่อการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม Kyung- Hee Shon and Si-Sung Park (2002) ได้ศึกษาการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โดยนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับ Ray et al. (2005) ที่นำโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจกว่าโปรแกรมทั่วไป มีผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Ventura, et al., 2004) และจากการศึกษาของ สุภาวดี บุญชู (2551) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้น จะเห็นได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถใช้เป็นตัวทำนายแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ และวิถีชีวิตได้มากที่สุดทุกด้านของชีวิตสามารถอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมได้โดยตรง (Kelly et al.,1991; วัฒนาภรณ์ พิบูลลาภลักษณ์, 2549) เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งโรคจิตเภทก็มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง (Black, 2003) และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด ต้องเกิดจากบุคคลรับรู้และมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน Bandura (1986) การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีความ

สำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด

จากการค้นคว้าที่ผ่านมาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท ยังไม่มีผู้ศึกษาในประเทศไทยนำกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Litt, 2000) ผู้ศึกษาจึงพัฒนากลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) มาใช้เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้ากลุ่มหรือไม่
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลในปัจจุบัน มุ่งเน้นรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง ในระยะเฉียบพลันเท่านั้นเมื่ออาการสงบลงจะจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2550) โดยผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท (Valenstein et al., 2004) ผลการรักษา คือ สามารถควบคุมอาการและลดการป่วยซ้ำ (Keppelmuller and Wancata, 2004) แต่จากการศึกษาของ Sullivan et al (1995) ผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องของพฤติกรรม

ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ร้อยละ 40 ถึง ร้อยละ 60 สอดคล้องกับ Perkins (1999) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภท เพียงร้อยละ 50-60 เท่านั้นที่รับประทานยาต่อเนื่องในปีแรก และมีแนวโน้มจะลดลงเหลือร้อยละ 15-25 ในปีต่อไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นภายใน 1 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องจะมีอาการรุนแรงขึ้นเพียงร้อยละ 25 (Ayusio-Gutierrez and Del, 1994) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะมีอาการป่วยซ้ำภายใน 2 ปี (Lindstrom and Binfeors, 2000) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยนอกจิตเภท โดยสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีหลายสาเหตุ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการใช้ยาและการรักษา ความเข้าใจ ความตั้งใจ ความตระหนัก ความมั่นใจและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง (Aguglia et al., 2002; Fung et al., 2007; Yu-Cheng Kao and yia-Ping Liu, 2010; สาธุพร พุฒขาว, 2541; ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, 2544) การใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้นและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ นับเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากการรักษาต้องใช้ระยะเวลาาน ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีความมั่นใจในการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสามารถในการสังเกตอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา มีความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วยพฤติกรรมดังต่อไปนี้คือ การมารับยาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเอง สังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง (Johnstone and Geddes, 1994) และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อการตัดสินใจพิจารณาของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะทำการตอบสนองบางอย่าง โดยเฉพาะ การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกของพฤติกรรมจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสภาวะนั้นๆ Bandura (1986) ได้กล่าวถึง การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 4) การใช้คำพูดชักจูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความมั่นใจของบุคคล ในความสามารถของตนที่รับมือกับความต้องการ หรือเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์หนึ่งหรือการเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นความตั้งใจ ความรู้สึกมั่นคงของบุคคลในความสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด โดยที่ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นสามารถทำให้ดีขึ้น หรือ ชิดขวางได้โดยการกระตุ้น ชักจูงบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมักจะประสบความสำเร็จในการเลือกปฏิบัติ แม้ว่าการปฏิบัตินั้นทำหายและต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติอย่างมาก (Schwarzer and Jerusalem, 1995)

ด้วยเหตุนี้การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีของ Bandura (1986) ซึ่งได้กล่าวถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าเป็นการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งบุคคลจะกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถทำสิ่งนั้นได้สำเร็จโดยจัดกิจกรรม 4 ด้าน ที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1. การกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การถูกกระตุ้นทางอารมณ์ทางด้านลบจะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด เนื่องจากความกังวลทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง (Bandura, 1986) ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ โดยจัดกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพพูดคุยแนะนำตัวระหว่างสมาชิกเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจความวิตกกังวลลดลง และการอภิปรายกลุ่มเรื่องประโยชน์ของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด ความรู้และคำแนะนำ เกี่ยวกับการรักษาสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาได้ (ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, 2544) สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ เล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อประเมินความรู้ ความคิดพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยแต่ละคน จากนั้นจึงให้ความรู้เพื่อให้ตรงจุดแต่ละคนการได้รับรู้ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทางบวก เป็นการสร้างความรู้สึกว่ามีผู้ป่วยหลายคนที่ประสบความสำเร็จจากการเจ็บป่วยทางจิต มีประสบการณ์การเจ็บป่วยเช่นเดียวกับตนเอง (สุภาวดี บุญชู, 2551) การประเมินความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วย เพื่อกระตุ้นให้ตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพจิตของตนเองว่ากำลังมีปัญหา ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง

2. การใช้ตัวแบบ การที่ได้สังเกตตัวแบบที่เป็นตัวอย่างแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้ผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าตนเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ตามตัวแบบนั้น (สุภาวดี บุญชู, 2551) Bandura (1986) เชื่อว่าคนเราส่วนใหญ่จำเป็นต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น และ พรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) ทำการศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการใช้ตัวแบบ สัญลักษณ์มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น การเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบประกอบด้วย 1) กระบวนการตั้งใจซึ่งเป็นตัวกำหนดว่า บุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น 2) กระบวนการเก็บจำ โดยบุคคลจะแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น 3) กระบวนการกระทำ เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกต แปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้มาเป็นการกระทำ 4) กระบวนการจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจของผู้เรียนจะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบที่ตนสังเกตเนื่องจากคาดหวังว่าการเลียนแบบ จะนำประโยชน์มาให้โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ (Engagement and education) ภายในกลุ่มให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ

รักษาและมาตรฐานนัด เล่าเรื่องประสบการณ์การใช้ยาตามเกณฑ์ในการรักษาและการมาตรฐานตามนัด ร่วมกันอภิปรายสัมภาษณ์ตัวแบบผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับฟังประสบการณ์ของตัวแบบและซักถามได้จากตัวแบบโดยตรง การได้เรียนรู้จากตัวแบบแล้วมีการวิเคราะห์ถึงลักษณะของตัวแบบที่ควรเป็นแบบอย่างเพื่อนำมาใช้กับตนเอง นำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความตั้งใจในการมาตรฐานตามนัด

3. การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นการฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้รับรู้ว่ามีความสามารถที่จะกระทำเช่นนั้น โดยจัดกิจกรรมภายในกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยฝึกระบุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำของแต่ละคนคืออะไร สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอะไร ทบทวนสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำของแต่ละคน สามารถป้องกันได้อย่างไร กล่าวถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การมาตรฐานตามนัด ซึ่ง Bandura (1986) เชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์ เพื่อให้มีแนวทางการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การมาตรฐานตามนัด นำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานตามนัดต่อไปในอนาคต

4. การใช้คำพูดชักจูง การใช้คำพูดชักจูงเป็นการสืบค้นหาสิ่งที่เป็นแรงจูงใจ ฟังพอใจของแต่ละบุคคลมาใช้เป็นแรงเสริมสนับสนุน ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเลิกพฤติกรรมไม่ดี (อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, 2553) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการชักจูงด้วยคำพูดมี 4 วิธี ได้แก่ การแนะนำ การกระตุ้นชักชวน การชี้แนะและการอธิบาย ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ โดยจัดกิจกรรมการสนับสนุนการนำไปใช้ โดยภายในกลุ่มให้ผู้ป่วยอธิบายประสบการณ์ของการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การมาตรฐานตามนัด มีการแนะนำ ซักถาม ชี้แนะและอธิบาย ชมเชยและให้กำลังใจ รวมทั้งสนับสนุนสิ่งที่ได้เรียนรู้ให้นำไปใช้อย่างต่อเนื่อง กระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานตามนัด

จากการจัดกิจกรรม 4 ด้าน ดังกล่าวส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้ในระดับใด ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ (Bandura, 1977) ในการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และมาตรฐานรักษาตามนัด

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง เพื่อศึกษาผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทรักษาแบบ ผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลระยองคัดกรองผู้ป่วยเข้ากลุ่มคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนนจำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

ตัวแปร ที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ตัวแปรต้น คือ กลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ของ Bandura (1986) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด

สถานที่ทดลอง แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลระยอง (เนื่องจากความจำกัดด้านสถานที่ จึงขอใช้ห้องประชุมแผนกทันตกรรมที่อยู่ใกล้กันแทน)

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ การมารับยาอย่างสม่ำเสมอ ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมิน

อาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาแก้ทึมสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ประเมินได้จากแบบวัดของ สรินทร เชื้อวโสธร (2545) ที่สร้างจากแนวคิดของ Farragher (1999)

ความตั้งใจมาตรวจตามนัด หมายถึง ความคิด ความรู้สึกและความมุ่งมั่นในการมาตรวจตามนัด ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดแบบวัดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด ของ ยูพาพร มีหนองหว้า (2552) ที่สร้างตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ ไอเซ็น และ ฟิชบายน์ (1980)

กลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1986) ประกอบด้วยปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 ปัจจัยได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) ทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 4) การใช้คำพูดชักจูงมาสร้างเป็นกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีเนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัด ความรู้เรื่อง โรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำและการป้องกัน การดำเนินกิจกรรมเน้นลักษณะการอภิปรายกลุ่ม การสังเกตและการสัมภาษณ์ตัวแบบร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1970) ซึ่งได้กล่าวถึงการทำกิจกรรมกลุ่มโดยทั่วไปจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมจะประมาณ 6-10 คน ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งประมาณ 60-120 นาที สำหรับจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยนอกหรือในคลินิก จะทำกลุ่มกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ความถี่ในการเข้าร่วมกลุ่มควรจัดกลุ่มให้มากที่สุดผู้ป่วยจะได้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่องทำให้กลุ่มมั่นคงยิ่งขึ้น สำหรับการจัดกลุ่มครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 กิจกรรมจำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การกระตุ้นทางอารมณ์ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและอภิปรายกลุ่มเรื่องประโยชน์ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด หมายถึง การสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและความตึงเครียด โดยการสนทนาของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์คล้ายกัน แล้วอภิปรายร่วมกันเรื่องประโยชน์ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการป่วยซ้ำเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้ความรู้ให้ตรงจุดแต่ละคน การประเมินความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วย เพื่อกระตุ้นให้ตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพจิตส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 2 การใช้ตัวแบบ กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ผ่านตัวแบบ หมายถึงการใช้ตัวแบบเล่าประสบการณ์ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ (Engagement and education) ภายในกลุ่ม ให้ตัวแบบคือ

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด เล่าเรื่องประสบการณ์การใช้ยาตามเกณฑ์ในการรักษาและการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยสัมภาษณ์ตัวแบบ เพื่อให้ผู้ป่วยในกลุ่มได้รับฟังประสบการณ์ของตัวแบบและเปิดโอกาสให้ซักถามได้จากตัวแบบโดยตรง การได้เรียนรู้จากตัวแบบ แล้วมีการวิเคราะห์ถึงลักษณะของตัวแบบที่ควรเป็นแบบอย่างเพื่อนำมาใช้กับตนเอง

ครั้งที่ 3 การทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จ กิจกรรมที่ 3 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์ หมายถึงให้ผู้ป่วยฝึกระบุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ สาเหตุ สิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ การป้องกัน และกล่าวถึงพฤติกรรมการใช้ยา การมาตรวจตามนัด

ครั้งที่ 4 การใช้คำพูดชักจูง กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนการนำไปใช้ หมายถึง การให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของพฤติกรรมการใช้ยา การมาตรวจตามนัด การแนะนำ กระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด และให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่า สามารถแสดงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด ได้ด้วยตนเอง ซักถาม ชี้แนะ อธิบาย ชมเชย และให้กำลังใจ รวมทั้งสนับสนุนสิ่งที่ได้เรียนรู้ให้นำไปใช้ อย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 5 การทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จ กิจกรรมที่ 5 การทบทวนความสำเร็จและความมั่นใจในพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด หมายถึงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ โดยประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ ในการแสดงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัดที่บ้านได้อย่างประสบความสำเร็จ จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การมาตรวจตามนัด ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดการป่วยซ้ำส่งเสริมให้มีคุณค่าในตนเองเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความตั้งใจมาตรวจตามนัด

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD10

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระยอง ประกอบด้วย การคัดกรองเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ การรับยาและการให้คำแนะนำในการรับประทานยา การนัดหมายเพื่อมาพบแพทย์ครั้งต่อไป การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด ไม่เกิดการป่วยซ้ำ

2. เป็นแนวทางในการศึกษา วิจัย และพัฒนาด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความตั้งใจมาตรวจตามนัด