

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด โดยมีความชุกร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5 - 5 : ประชากร 100,000 คนต่อปี (Kaplan & Sadock, 1998) ถึงแม้ว่าโรคจิตเภทจะไม่ใช่สาเหตุของการตายแต่เป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีผลกระทบมากต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่เรื้อรัง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ ,2543) จากการศึกษาการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระของโรค (Global Burden of Disease) พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระของโรรมากที่สุดถึงร้อยละ 11 โดยพิจารณาตามเกณฑ์จำนวนปีที่สร้างความเสียหายให้กับชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคนั้นๆ (Disability Adjustment Life Years : DALYs) และคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2020 (Murray and Lopez ,1996 อ้างใน ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ ,2546) ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและมีพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) มักเกิดอาการตั้งแต่อายุน้อยๆ การดำเนินโรคมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและไม่หายขาดเป็นปกติเหมือนเดิม (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,2536) โดยมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับมาซ้ำ มีร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆอย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหายๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานหรือต้องดูแลตลอดชีวิต (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี,2531) โดยแนวคิดในปัจจุบันที่เชื่อว่าสาเหตุสำคัญหนึ่งของการป่วยเป็นโรคจิตเภท คือ ปัจจัยด้านชีวเคมีในสมอง ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเนื่องจากยาสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ (เพชร คันธสายบัว, 2544) และปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาด้านโรคจิต นับว่าเป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในลำดับแรกและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่วยลดความรุนแรงของโรค ควบคุมอาการ และส่งผลกระทบต่อการรักษา โดยเฉพาะช่วยป้องกันการเกิดเป็นซ้ำหรือเกิดอาการใหม่ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องรับการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตอย่างต่อเนื่องและยาวนาน จึงทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 80 ต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกภายหลังที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว (Kaplan&Sadock, 1995) ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องลดลงตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น โดยพบว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องประมาณร้อยละ 50 ในปีแรกของการเจ็บป่วย และลดลงเหลือร้อยละ 15 ในปีถัดไป

(Rusher, Wit and Mazmanian, 1997) โดยสาเหตุที่พบมากที่สุด คือผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา มีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ถูกต้องเนื่องจากการรับประทานยาทางจิตเวชนั้น ต้องใช้ระยะเวลายาวนานและอาจเกิดอาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายขาดแรงจูงใจในการรักษา (Sadock & Sadock, 2000) นอกจากนี้ การศึกษาของ กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ยังพบว่าปัจจัยที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา สอดคล้องกับ การศึกษาของ สาธุพร พุฒขาว (2541) พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มาจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและขาดแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Kaplan & Sadock, 2000)

Favarod (1993) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา รักษาอาการทางจิต เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาอาการทางจิต สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย (Macpheson, 1996) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นจุดสำคัญในการปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจที่จะนำไปสู่พฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าความรู้นั้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจ นำไปใช้ได้จริง จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (Bond & Husser, 1991) และจากการศึกษาของ Litt (2000) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า แรงจูงใจ (motivation) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการรักษาในระดับสูง ซึ่งจากการศึกษาของ Deci & Ryan (1991) ได้ให้ความสำคัญของแรงจูงใจว่าเป็นปัจจัยทางจิตใจที่กระตุ้นและชี้แนะให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย แรงจูงใจจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การรับรู้ถึงความสามารถแห่งตน (competence) และการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (self-determination) ในภาวะปกติบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเนื่องจากแรงจูงใจภายในมากกว่าแรงจูงใจจากภายนอก แต่ในบางภาวะบุคคลอาจแสดงพฤติกรรมเนื่องจากมีแรงจูงใจจากภายนอก แต่บุคคลนั้นได้เลือกกระทำบนพื้นฐานความต้องการกับเป้าหมายของตนแล้ว เช่น ในภาวะที่มีการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยของตน เป้าหมายของผู้ป่วยคือต้องการหายป่วยหรือบรรเทาจากการเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติตนเพื่อจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเป็นต้น ซึ่งสภาวะของจิตใจที่รับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วย จนมีการเข้ารับการรักษาเพื่อจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยนั้น เรียกว่าแรงจูงใจ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Ryan, Plant & O'Malley (1991) ว่าการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา นอกจากจะมีแรงจูงใจภายในและภายนอกแล้วยังมีความ

มั่นใจในการรักษา และการแสวงหาความช่วยเหลืออีกด้วย อาจกล่าวได้ว่าแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แรงจูงใจจะเป็นตัวพลัง เป็นแรงเสริม และจะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่กำหนดได้ด้วยตนเอง ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทเพื่อลดการป่วยซ้ำและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยรับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปีงบประมาณ 2549 – 2551 มีจำนวน 4,057 ราย , 3,650 ราย และ 4,040 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 2,062 ราย 1,915 ราย และ 2,125 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.83 , 52.47 , 52.60 ตามลำดับ(แหล่งข้อมูล: สารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2551) และเมื่อศึกษาเพิ่มประวัติของผู้ป่วยเพิ่มเติม พบว่าส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องขาดการมารักษาและร้อยละ 56 รับประทานยาไม่ต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำซึ่งสอดคล้องกับสถิติข้างต้นที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยทางจิตไม่ลดน้อยลงผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่รับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันฯ จึงได้นำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) มาใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน เป็นชาย 5 คน หญิง 5 คน ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ 10 มกราคม 2552 ถึง 10 กุมภาพันธ์ 2552 ณ หอผู้ป่วยมะลิวัลย์ และหอผู้ป่วยรสสุคนธ์ ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยทั้ง 10 คนมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับที่ไม่เหมาะสม จนมีอาการกำเริบตามมา โดยเมื่อทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่าปัญหาการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาดังกล่าวนี ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิต และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยคิดว่าอาการป่วยของตนเองหายดีแล้วจึงหยุดรับประทานยา กลัวคิดยาเนื่องจากต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน มีความรู้สึกไม่สุขสบาย มีอาการตัวแข็ง ลึนแข็ง ง่วงนอนทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน และปัญหาขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง เช่น มีความเบื่อหน่ายไม่อยากรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา สุนทรระกูลและมาลี แจ่มพงษ์(2532)พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน และผลจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2542) โดยร้อยละ 30 มีอาการป่วยซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าภายใน 2 ปี (Marlan and Cash, 2001)

ปัจจุบันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ได้ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อมุ่งสู่มาตรฐาน จึงมีการพัฒนาระบบบริการต่างๆ ในสถาบันฯ โดยกลุ่มการพยาบาลเป็นหน่วยงานหลักของสถาบันฯ ได้มีการนำตัวชี้วัดมาพัฒนา งานการพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่ทางสถาบันฯ ต้องเร่งปรับปรุงเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำที่มาใช้บริการ นอกจากนี้กลุ่มการพยาบาลได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารักษาในสถาบันฯ ลักษณะของการบำบัดจะใช้กลุ่มกิจกรรมเป็นหลักโดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น ทักษะการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ทักษะทางสังคม ทักษะการเผชิญปัญหา การพัฒนาคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ และพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้จากโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้ดีในระดับหนึ่งแต่ยังไม่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการใช้ยาและการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเห็นได้จากสถิติจำนวนผู้ป่วยข้างต้นที่ยังกลับมารักษาซ้ำเป็นจำนวนมาก ดังนั้นเพื่อสนองนโยบายในการลดจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำที่มารับบริการ และนำไปสู่บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต้องใช้กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการในการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองใหม่ กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยได้ตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษานั้นจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้นได้ เนื่องจากเป็นผู้เลือกที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง (พิชัย แสงชาญชัย, 2548)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาจึงสนใจนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) โดยประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller & Rollnick (1991) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นองค์ประกอบของการให้สุขภาพจิตศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยใช้เทคนิค OARS

กิจกรรมที่ 2 : การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ “FRAMES” เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ นำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาเทคนิคที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ FRAMES

กิจกรรมที่ 4 : ฝึกทักษะการจัดยารับประทานด้วยตนเองอย่างถูกต้องโดยใช้หลักเสริมแรงทางบวก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และมีแรงจูงใจในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างมีความสุข ลดการป่วยซ้ำได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การขาดทักษะในการจัดการกับอาการ รวมทั้งการขาดการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม การขาดแรงจูงใจในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สารุพร พุฒขาว, 2541) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาและการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นรูปแบบที่เน้นการประคับประคองและการบริการด้านความรู้ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skills) และการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นรูปแบบการบำบัดอย่างมีระบบ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาการบำบัดทางจิตสังคมในด้านการบริการผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษา โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อชักจูงโน้มน้าว ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาอย่างถูกต้อง เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้ ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) และโดยประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller & Rollnick (1991) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดยาและรับประทานยาด้วยตนเองที่ถูกต้องทั้งขนาด เวลา ชนิด และวิธีการ โดยสามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการแก้ไขเบื้องต้น ใช้หลักการเสริมแรง

ทางบวก โดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยการที่ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภท การทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้น การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประวัติการเจ็บป่วยและอาการสำคัญที่ทำให้ได้มารักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้ โดยการใช้เทคนิค OARS ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) การสรุปความ (Summarization) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก สิ่งที่ผู้ศึกษาอยากให้ผู้ผู้ป่วยกล่าวออกมาในการสนทนา คือ การพูดเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง (Self Motivational Statement: SMS) (Miller & Rollnick, 1991 ; พิชัย แสงชาญชัย, 2548) การพูดคุยและอภิปรายประเด็นปัญหาเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยตามแนวคิดและประสบการณ์ของผู้ป่วย เชื่อมโยงให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงการขาดยาและการป่วยซ้ำจากการหยุดยาและกลับมารักษาในโรงพยาบาลจะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Perkin (2002) ที่กล่าวว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการรักษาและการใช้ยาตามคำแนะนำ

2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเป็นการให้ความรู้ที่สำคัญตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง เพื่อให้เกิดความกระตือรือร้นว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี การให้ความรู้เกี่ยวกับยา พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และอาการข้างเคียงจากยา สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทได้ และเป็นการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สาธุพร พุฒขาว, 2541; อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) ในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองใหม่ เทคนิคที่สำคัญคือ “FRAMES”

Feed back คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและสะท้อนความรุนแรงของโรค

Responsibility คือ การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจว่าจะร่วมมือในการรักษาด้วยยา

Advice คือ การให้คำแนะนำที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจที่มีผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตอย่างไร

Menu คือ การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ ได้แก่ การรักษาด้วยยารับประทาน การรักษาด้วย ยาฉีดและการรักษาด้วยยารับประทานร่วมกับยาฉีดควบคู่กันไปและการบำบัดด้วยวิธีการอื่น เช่น การรักษาทางจิตสังคม และการรักษาด้วยไฟฟ้าในคนที่รักษาด้วยยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น

Empathy คือการแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย

Self-efficacy คือการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย เพื่อให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วย สามารถรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้ มีการสนับสนุนให้ความหวังและกำลังใจ

3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) ปัญหาพฤติกรรมการใช้ ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ คือ การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิต ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญ และจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภทจะต้องทราบถึงอาการข้างเคียงของยาและสามารถจัดการกับอาการที่เป็น ปัญหาดังกล่าวได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Todd (1981) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่รับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น โดยไม่ทราบว่าป็นผลข้างเคียงของยาส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการกำเริบ ดังนั้นการพัฒนา ทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุ และวิธีการ จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการ ข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม(Lazarus & Folkman, 1984 ; Montgomery et al, 1985) และเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทำให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง (Ran, Xiang & Chan, 2003) การเสริมสร้างแรงจูงใจมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Feed back คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาได้แก่ การกลับมารักษาซ้ำ

Responsibility คือ การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจว่าจะจัดการอย่างไร เช่น การสังเกตอาการข้างเคียงของยา และการแก้ไขเบื้องต้น

Advice คือการให้คำแนะนำที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจในการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง แพทย์จะใช้ยาที่มีขนาดค่อนข้างสูงทั้งยาฉีดและ ยารับประทาน และแพทย์จะปรับยาลดลงเมื่ออาการทางจิตสงบ

Menu คือ การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ ได้แก่การรักษาด้วยยารับประทาน การรักษาด้วย ยาฉีดและการรักษาด้วยยารับประทานร่วมกับยาฉีดควบคู่กันไป

Empathy คือ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วยว่าการไม่ร่วมมือในการรักษา ด้วยยาไม่ใช่นิสัยที่ไม่ดี ขอมรับว่าผู้ป่วยอาจจะยังไม่ตระหนักในปัญหา เพราะยังมองไม่เห็นข้อเสีย จากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

Self-efficacy คือการส่งเสริมศักยภาพเดิม ที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ว่าสามารถรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้ มีการสนับสนุนให้ความหวังและกำลังใจ

4. การพัฒนาทักษะการจัดการและรับประทานยาด้วยตนเองถูกต้องทั้งขนาด เวลา ชนิด และวิธีการ โดยใช้หลักเสริมแรงทางบวก เอื้ออำนวยด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น คลับใส่ยา แผ่นพับ และคู่มือการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะกระทำ และมีความภูมิใจจากการ ได้รับความสามารถของตนเอง เช่นเดียวกับการ ศึกษาของ ปรารธนา คำมีสินนท์(2549) พบว่าการ ใช้การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาเพิ่มขึ้นในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสรินทร เชี่ยว โสธร(2545) พบว่าการมีขั้นตอน การฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง โดยทดลองปฏิบัติจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น

สมมติฐานการศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยา ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการ เสริมสร้างแรงจูงใจในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีขอบเขต การศึกษาดังนี้

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่แพทย์รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตาม บัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ดังนี้ คือ F20.0 ถึง F20.9 มีประวัติการขาดยา และ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มารักษาซ้ำครั้งที่ 2 และป่วยเรื้อรังมานานกว่า 2 ปีขึ้นไปเข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยชายและหญิง มีอาการอยู่ระยะเรื้อรังบำบัดและบำบัดระยะยาว ซึ่งใช้เกณฑ์การ จำแนกผู้ป่วยทางจิตของกรมสุขภาพจิต ที่นำมาใช้โดยกลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว ควบคุมตนเองได้ สามารถดูแล ตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและทักทายผู้ป่วยอื่นหรือบุคลากรได้

สามารถฟังและแสดงความคิดเห็นหรือบอกความรู้สึกของตนเองได้ ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยจิตเวชทั้งชายและหญิงสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 20 คน โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังต่อไปนี้ อายุระหว่าง 20 – 59 ปี ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามเวลาที่กำหนดได้ และมีพฤติกรรมไม่รับการรักษาด้วยยาตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 อย่าง คือ หยุคใช้ยาเอง ใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาไม่ตรงตามเวลา ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ไม่มาตรวจตามที่แพทย์นัด โดยมารักษาซ้ำครั้งที่ 2 และป่วยเรื้อรังมานานกว่า 2 ปี

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่ผู้ศึกษากำหนดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้ และการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller & Rollnick (1991) เป็นองค์ประกอบของการให้สุขภาพจิตศึกษา ระยะเวลาดำเนินการ 3 สัปดาห์ติดต่อกันจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยสัปดาห์แรก ดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 ดำเนินการใช้เวลากิจกรรมละ 60 นาที จนครบ 4 กิจกรรมดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทโดยการที่ผู้ศึกษาเข้าไปสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การทำความรู้จักคุ้นเคย เพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้น การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทและใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประวัติการเจ็บป่วยและอาการสำคัญที่ทำให้ได้มารักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้

2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเป็นการให้ความรู้ที่สำคัญตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความ

กระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี การให้ความรู้เกี่ยวกับยา พดติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และอาการข้างเคียงจากยา สามารถเพิ่มพดติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทได้ และเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพดติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) เนื่องจากสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษารั้งนี้มีปัญหาพดติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ คือ การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิต ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภท จะต้องทราบถึงอาการข้างเคียงของยา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาดังกล่าวได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค โดยการให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะในการสังเกตอาการและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุ และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท มีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่ข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจว่าจะร่วมมือในการรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจที่มีผลต่อสุขภาพกายและจิต การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและกำลังใจว่าสามารถรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้

4. การพัฒนาทักษะการจดยาและรับประทานยาด้วยตนเองถูกต้องทั้งขนาด เวลา ชนิด และวิธีการ สามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยา และการแก้ไขเบื้องต้น โดยใช้หลักเสริมแรงทางบวก ผู้ศึกษาได้สร้างความมั่นใจในความสามารถด้านการจัดการกับปัญหาการใช้ยา เอื้ออำนวยด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น คลับใส่ยา แผ่นพับ และคู่มือการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะกระทำ และมีความภูมิใจจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยทดลองปฏิบัติ รวมทั้งการสังเกตอาการกำเริบของโรคจะช่วยส่งเสริมพดติกรรมของผู้ป่วยให้เกิดการบริหารยาได้ด้วยตนเอง

พดติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชตามการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดจากแบบวัดพดติกรรมการ

ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร(2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้แก่ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ดังนี้ คือ F20.0 ถึง F20.9 และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ โดยการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ มีความมั่นใจ การยอมรับ เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วย

2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการกลับมารักษาซ้ำจากสาเหตุการการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวชและนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาระบบทางการพยาบาล พัฒนาระบบของพยาบาลโดยใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base) รวมทั้งนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบของผู้นำทางการพยาบาลเพื่อความเจริญทางวิชาชีพต่อไป