

การส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์
เรื่อง

การส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

กรรณา รัตนภิรมย์

นาง วรรณ รัตนภิรมย์
ผู้ศึกษา

อติรัตน์ วัฒนไพลิน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพลิน,
กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

ประภา ยุทธไธร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไธร,
พย.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ยาใจ สิทธิมงคล

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2553

..... กรรณิศา รัตนภิรมย์

นาง วรณา รัตนภิรมย์

ผู้ศึกษา

.....

รองศาสตราจารย์ อัจฉราพร สิริบุญวงศ์,

พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพลิน,

กศ.ค. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

นาย ชีระ ถีนานันทกิจ,

พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร,

พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ช่วยตรวจสอบและช่วยปรับข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการทำสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์ และนายแพทย์ ชีระ ลีตานันทกิจ คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้ทุนสนับสนุนสำหรับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผน ข (ภาคพิเศษ) ขอขอบคุณผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยราตรี ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ระหว่างศึกษา ที่ให้โอกาสและสนับสนุนในการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบคุณ พี่สาว ที่สนับสนุน และเป็นกำลังใจ ให้การทำสารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จตามเป้าหมายด้วยดี

ท้ายสุดนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการทำสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาจะนำไปพัฒนาวิชาชีพ พัฒนาองค์กรเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อไป

วรรณภา รัตนภิรมย์

การส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

INTERVENTION TO BUILD HOPE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: EVIDENCE-BASED NURSING

วรรณ รัตนภิรมย์ 4836953 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด., ประภา ยุทธไตร, พย.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนศึกษา ดังนี้ คือ กำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิก การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และสืบค้นด้วยมือ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 7 เรื่อง เป็นงานวิจัย randomized controlled trials 2 เรื่อง งานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการบำบัดโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ 2 เรื่อง และงานวิจัยเชิงคุณภาพ 3 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สรุปเป็นข้อเสนอแนะ ดังนี้คือ การส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นตัว การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการควบคุมอาการ ความเครียดและการจัดการกับความเครียด การฝึกทักษะและเอื้ออำนวยให้ประสบความสำเร็จ การสร้างการสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมความหมายและตั้งเป้าหมายในชีวิต การบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นการบำบัดรายกลุ่มในชุมชน

ข้อเสนอแนะ ควรเลือกวิธีการบำบัดให้เหมาะสมกับ ปัญหา ความต้องการ และลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่รับการบำบัด และมีการทดลองใช้ในหน่วยงานโดยการศึกษาในรูปแบบนำร่อง (Pilot Study) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัด และขยายสู่หน่วยงานอื่น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท / ความหวัง / การฟื้นตัว / การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

INTERVENTION TO BUILD HOPE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: EVIDENCE-BASED NURSING

WANNA RATTANAPIROM 4836953 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ATIRAT WATTANAPAILIN,
Ed.D., PRAPA YUTTATRI, D.N.S.

ABSTRACT

The aim of this study was to conduct empirical evidence for analysis and synthesis to develop interventions to inspire hope in patients with schizophrenia. The steps were identifying the clinical problem, searching for evidence from databases electronically and manually. Seven research studies were obtained: two randomized controlled trials, two non-controlled pre/post-test experiments, and three qualitative research studies.

The evidence was analyzed and synthesized, and yielded the following recommendations: building supportive relationships and enhancing motivation, recovery education, schizophrenic knowledge and illness control education, stress and stress management, skills training and success facilitation, establishing social support, promoting life meaning identification and life target setting. Most therapeutic interventions were organized as group therapy sessions in the community. It is recommended that this hope intervention method be used in patients with schizophrenia. It should be chosen if found to be appropriate according to the problems, needs, and characteristics of target patients with schizophrenia. A pilot study should be implemented in a clinical setting to evaluate the effectiveness of the program before extending implementation to other organizations.

KEY WORDS: SCHIZOPHRENIA / HOPE / RECOVERY / EVIDENCE-BASED NURSING

125 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิก	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	9
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	10
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	10
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	11
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	11
2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	12
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	16
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	16
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	17
3.3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	70
3.4 ข้อเสนอแนะ	79
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	85
สรุปการศึกษา	85
ข้อเสนอแนะ	86
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	87
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	101
รายการอ้างอิง	115
ภาคผนวก	122
ประวัติผู้ศึกษา	125

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ตารางแสดงผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	18
2 ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table)	70

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิก (Clinical problem)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายมีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในปีพ.ศ. 2549 มีจำนวน 19 ราย ปีพ.ศ. 2550 มีจำนวน 27 ราย และปีพ.ศ. 2551 มีจำนวน 49 ราย ตามลำดับ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทพยายามฆ่าตัวตายได้แก่ รู้สึกท้อแท้ หดหู่ในชีวิต เปื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วยและการรับประทาทยา ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ เช่น ความคิดหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว และทำร้ายผู้อื่น และมีอาการกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ (Harrow, Grossman, Jobe, & Herbener, 2005; Harrow, Sands, Silverstein, & Goldberg, 1997; Jobe, Harrow, 2005; Hardinget, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 1987; World Health Organization, 2006) ซึ่งสาเหตุสำคัญของอาการกลับเป็นซ้ำคือการขาดยา โดยพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วย จะเป็นซ้ำในเวลา 9-12 เดือนหลังจากหยุดยา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำบ่อยๆทำให้ ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง รวมกับความเลื่อมถอยของบุคลิกภาพจะมีมากยิ่งขึ้น และถ้าป่วยซ้ำนานๆมีโอกาที่จะมีพยาธิสภาพถาวรมากยิ่งขึ้น (Sadock, & Sadock, 2000)

การป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตีตราว่า “บ้า” หรือ “โรคจิต” ต้องรับประทาทยาต้านโรคจิต เป็นระยะเวลานานทั้งชีวิต และต้องทนกับอาการข้างเคียงและความไม่สุขสบายจากยาต้านโรคจิต และการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ เป็นสาเหตุให้บุคคลเหล่านี้ท้อแท้และสิ้นหวัง (Littrell, Herth, & Hinte, 1996) อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคนาน (longitudinal course) และผลลัพธ์การดำเนินโรคไม่ดี (poorer outcome) ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนน้อยที่หายจากการเจ็บป่วย (remission) อย่างเต็มที่ (World Health Organization, 2006) ผู้ป่วยจิตเภทที่สิ้นหวังจะรู้สึกว่ ชีวิตและสถานการณ์ความเจ็บป่วยอยู่นอกเหนือการควบคุมของตนเอง ช่วยตนเองไม่ได้ ละเลยปัจจัยที่ทำให้การดำเนินโรคดี ปฏิเสธความรับผิดชอบและการเผชิญปัญหาของตนเอง (Kylma, Juvakka, Nikkonen, Korhoen, & Isohanni, 2006) ซึ่งเมื่อบุคคลสิ้นหวังจะพบว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองลดลง (Miller, 1985) ในผู้ป่วยจิตเภทที่สิ้นหวัง อาจสังเกตได้จากการแสดงออกในด้านต่างๆ เช่นการไม่ดูแลตนเอง ไม่รวมมือในการรับประทาทยา และไม่มา

ตรวจตามนัด (มณีรัตน์ โพธิ์นิล, 2546) นอกจากนี้ภาวะสิ้นหวัง อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง เนื่องจากความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า และต้องการจะหนีจากภาวะทางจิตที่เป็นอยู่ (Friedman, 2002) จากการศึกษาของ Drake & Cotton (1986) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกสิ้นหวัง มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองในผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 20-40 และผู้ที่เป็โรจิตเภทที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายจะฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ร้อยละ 50 (Mortenson & Juel, 1993) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสนาม บินชัย (2543) ที่พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็โรจิตเภทจะพยายามฆ่าตัวตาย และยังพบอีกว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ ความสิ้นหวัง การแยกตัวจากสังคม การรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ก่อนป่วยมีการทำหน้าที่ได้ในระดับสูง และเมื่อหลังป่วยมีความเสื่อมถอยทางสุขภาพ สูญเสียหรือถูกปฏิเสธ มีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่จำกัด มีความเครียดในครอบครัวหรือครอบครัวไม่มั่นคง ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความกลัวว่าตนเองจะมีความเสื่อมถอยทางจิตใจและการทำหน้าที่ด้านต่างๆในอนาคต ต้องพึ่งพาการรักษาในระดับสูงหรือไม่ศรัทธาต่อการรักษา การตระหนักรู้ในความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยเสี่ยงอีกปัจจัยหนึ่งต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม และเคยมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดีและมีความปรารถนาในชีวิตสูง จะมีความเจ็บปวดจากการรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ด้านต่างๆทำให้รู้สึกสิ้นหวัง และพยายามฆ่าตัวตาย (Pompili et al., 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Caldwell & Gottesman (1990) ที่พบว่าความสิ้นหวังเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภท

ความหวัง (hope) เป็นความรู้สึก ความต้องการ และความคาดหวังในทางบวก ซึ่งเป็นไปได้ตั้งแต่ ความต้องการให้เกิดสิ่งดีๆขึ้นในวันพรุ่งนี้ หรือการสวดอ้อนวอนให้เกิดสันติสุขขึ้นในโลก (Mauk & Sclemidt, 2004) บุคคลที่มีความหวังคิดว่าตนเองจะได้รับผลลัพธ์ที่ต้องการในอนาคต และพยายามหาทางเลือก ในการจัดการกับสถานการณ์แวดล้อม (Farran, herth, & Popvich, 1995) ความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต เป็นสิ่งที่มีคุณค่า มีลักษณะที่เป็นพลวัตรเปลี่ยนแปลงตามอายุ เวลาและสถานการณ์ชีวิต ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่ยู่ยากได้ (ชลธิชา สิมะวงศ์, 2545) บุคคลที่มีความหวัง จะไว้วางใจในสัมพันธภาพกับผู้อื่น รู้สึกว่าเป็นไปได้ที่จะบรรลุเป้าประสงค์ในอนาคต มีพลังในการเผชิญความเครียด ความเจ็บปวดและความท้อแท้ มีความผาสุก มีอิสระ มีเป้าหมายและความหวังในชีวิต (Mauk & Sclemidt, 2004; Miller, 2000; Moore, 2005) ความหวังประกอบด้วย 10 องค์ประกอบคือ 1) ความผูกพันซึ่งกันและกัน (mutuality-affiliation) หมายถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีลักษณะเอื้ออาทร แบ่งปัน ไว้วางใจ ได้รับความรักอย่างไม่มีเงื่อนไข รู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง และรู้สึกเป็นที่ต้องการ 2) ความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ (sense of the possible) ซึ่งเป็นความรู้สึกต่อต้านความรู้สึกหมดหวัง 3) หลีกเลียงความเป็นที่

(avoidance of absolutism) คือหลีกเลี่ยงมุมมองของชีวิตที่เข้มงวดอย่างที่สุด (rigid all) หรือไม่มีกฎเกณฑ์ใดๆ (non criteria) 4) การคาดหวัง (anticipation) คือการมีความเชื่อว่าจะเกิดสิ่งดีๆ ในอนาคต หวังให้ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในทางบวก รวมทั้งยอมรับความจำเป็นของความอดทนในการรอ 5) สร้างและไปให้ถึงเป้าหมาย (establishment and accomplishment of goals) การประสบกับเป้าหมาย (achieving goals) 6) ความผาสุกทางด้านจิตใจ และการเผชิญความเครียด (psychological well-being and coping) หมายถึงความสามารถของบุคคลในการเคลื่อนย้ายพลังงาน เพื่อดำรงรักษาความหวัง 7) เป้าหมายและความหมายในชีวิต (purpose and meaning in life) หมายถึงการมีชีวิตอยู่เพื่อบางสิ่งบางอย่าง การเสียสละบางสิ่งบางอย่างเพื่อให้ได้มาซึ่งความพึงพอใจ เป้าหมายและความหมายในชีวิตซึ่งมีความสัมพันธ์กับตัวตนทางจิตวิญญาณอย่างใกล้ชิด 8) ความมีอิสระ (freedom) หมายถึงความเชื่อมั่นว่าอุปสรรคมีทางออก 9) การมองโลกในแง่บวกที่อยู่บนความจริง (reality surveillance-optimism) ได้แก่ การแสวงหาสัญญาณในการยืนยันและดำรงรักษาความเป็นไปได้ของความหวัง ขณะที่ดำรงรักษาการมองโลกในแง่ดี ปัจจุบัน และอนาคตในทางบวก 10) การใช้พลังงานทางด้านจิตใจ และร่างกายในการต่อสู้กับความหมดหวัง (mental and physical activation and energy) (Miller, 2007; Miller, 1988)

Noh, Choe, & Yang (2008) ได้สำรวจความหวังของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 25 คนในประเทศเกาหลี ผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลทั้งหมดมีความเข้าใจว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท มีอาการทางจิตคงที่ในและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งหมดได้ให้ความหมายของความหวังว่า 1) ความหวังเป็นความหมายในชีวิต (meaning of life) เป็นความคาดหวังในทางบวกที่ช่วยให้ดำเนินชีวิตต่อไป 2) ความหวังเป็นความผาสุกในชีวิต (happiness) เป็นความเชื่อว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นความยากลำบากในชีวิตปัจจุบัน และมีความผาสุกที่จะได้มีชีวิตอยู่กับบุคคลซึ่งเป็นที่ยรักในบั้นปลายของชีวิต ความหวังเป็นความพยายามอย่างแรงกล้าที่จะพัฒนาและดำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ใกล้ชิด 3) ความหวังเป็นความคาดหวังต่ออนาคตที่ดี (anticipation of a better future) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุความหวังนั้น 4) ความหวังเป็นพลังงานในชีวิต (energy of life) ความหวังเป็นพลังงานในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่กับความทุกข์จากการเจ็บป่วยทางจิตเวชเมื่อมีความหวังผู้ป่วยรู้สึกมีชีวิตชีวา โลกน่าอยู่ ดอกไม้และใบไม้ที่ร่วงหล่นมีความสวยงาม ความหวังในผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินชีวิตในอนาคตของผู้ป่วยร่วมกับการเจ็บป่วยทางจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทั้งผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และทีมสุขภาพต่างมีความเห็นร่วมกันว่า ความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการฟื้นตัวและการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยทางจิต (Byrne, Woodside, Landeen, Kirkpatrick, Bernado, & Pawlick, 1994) การส่งเสริมและการดำรงรักษาความหวังของผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแรงจูงใจในการ

ดูแลตนเอง เรียนรู้กลยุทธ์ต่างๆในการจัดการกับอาการทางจิตและสถานการณ์ความเครียดที่ประสบในชีวิต และตั้งเป้าหมายในชีวิตที่เป็นจริงให้กับตนเอง และพบว่าการบำบัดที่ส่งเสริมการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Barbic, Krupa, & Armstrong, 2009; Mueser, Meyer, Penn, Clancy, Clancy, & Salyers, 2006; Hasson-Ohayon, Roe, & Kravetz, 2007; Salyers, Godfrey, McGuire, Gearhart, Rollins, & Boyle, 2009)

Kirkpatrick, et al. (1995) ได้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อระบุวิธีการที่บุคลากรทางสุขภาพจิตใช้ส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท พบว่าบุคลากรทางสุขภาพจิตใช้วิธีการดังต่อไปนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ บุคลากรทางสุขภาพจิตที่รับฟังและให้คุณค่าแก่ผู้ป่วย เข้าใจโลกทัศน์ของผู้ป่วย และยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลอย่างที่เขาเป็นทำให้เกิดความหวัง ร่วมกับความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถทำได้และผ่านพ้นไปได้ 2) การเอื้ออำนวยให้ประสบความสำเร็จ โดยการเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ของการตั้งเป้าหมาย และการบรรลุเป้าหมายในสถานการณ์การดำเนินชีวิตประจำวัน และสถานการณ์อื่นๆ เมื่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่าคุณสมบัติชีวิตของตนเองได้ และเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น การฝึกอาชีพที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การทำงานแต่ละขั้นตอน จะช่วยให้ผู้ป่วยภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง 3) การติดต่อกับผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบความสำเร็จในชีวิต ด้านใดด้านหนึ่ง การจัดให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ติดต่อกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาลดคล้ายคลึงกัน จะช่วยลดความรู้สึกว่าเหว่และเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เป็นตัวแบบ 4) การจัดการกับความเจ็บป่วย การควบคุมอาการ และการบริหารยารักษาโรคจิต เป็นวิธีการที่สำคัญวิธีการหนึ่งในการสร้างความหวังแก่ผู้ป่วย 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและสมาชิกในชุมชน ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตด้านอาการ การควบคุมอาการ การฟื้นตัว ช่วยให้ผู้ป่วยและชุมชนมีความเข้าใจว่า ผู้เจ็บป่วยทางจิตสามารถมีชีวิตอย่างมีความสุขได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังในชีวิต ลดการแยกตัวตนเองลง และมีความหวังในชีวิตต่อไป

Kirkpatrick, Landeen, Woodside, & Byrne (2001) ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในเวลาต่อมา เพื่อค้นหาวิธีการที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้สร้างและดำรงรักษาความหวังให้แก่ตนเอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีการดังต่อไปนี้ในการสร้างและดำรงรักษาความหวังให้แก่ตนเอง 1) การดำรงรักษาสัมพันธภาพ (maintaining relationships) สัมพันธภาพที่ช่วยในการทำให้เกิดความหวัง เป็นสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวที่ใกล้ชิด บุคคลสำคัญในชีวิต และกลุ่มเพื่อนที่ให้ความช่วยเหลือในการอยู่เป็นเพื่อน (being there) การให้กำลังใจ (providing encouragement) การแสดงความเข้าใจ (showing understanding) การให้การสนับสนุน (giving support) ครอบครัวที่ให้ความเข้าใจ การสนับสนุน ความศรัทธาแก่ผู้ป่วยอย่างมาก ความเข้าใจว่าผู้ป่วยสามารถทำอะไรและไม่สามารถทำอะไรได้ การ

รับฟังจากครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า สัมพันธภาพกับบุคลากรในทีมสุขภาพจิตที่สนับสนุนความหวังของผู้ป่วย ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การรับฟังอย่างเป็นธรรมชาติ ในช่วงวิกฤตที่บุคลากรในทีมสุขภาพแสดงความรู้สึกเอื้ออาทร และใช้เวลาในการสื่อสารว่ามีความหวังต่อสิ่งดีที่จะเกิดขึ้นได้ เช่น ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็ตามคุณจะดีขึ้น หรือการแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักผู้ป่วยอื่น หรือ ทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขกับผู้ป่วยอื่น 2) ประสบการณ์ของความสำเร็จ (experiencing success) การประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย หรือมีประสบการณ์ของความสำเร็จเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยที่สำคัญให้เกิดความหวัง 3) การควบคุม (taking control) ผู้ป่วยที่ตระหนักและเรียนรู้การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังขณะเดียวกันประสบการณ์ที่ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงความคิดของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ 4) การหาความหมาย (finding meaning) การหาความหมายในชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง ความเชื่อทางจิตวิญญาณ เป็นแหล่งของความหวังที่สำคัญในผู้ป่วย เช่นความเชื่อในพระเจ้า หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้แก่ สวดมนต์ หรือ การอ่านคัมภีร์ ความเชื่อในพระเจ้า ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วย ความเชื่อว่าเป็นพระประสงค์ของพระเจ้าช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง

McCann (2002) ได้ศึกษาวิธีการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภทที่พยาบาลสุขภาพจิตชุมชนใช้ พบว่ากลยุทธ์ในการช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหวัง 2 วิธีการคือ 1) การเพิ่มแรงจูงใจ (enhance motivation) ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขสัมพันธภาพที่มีลักษณะสนับสนุน และประทับประคองซึ่งกันและกัน (supportive and mutual-relationship) โดยพยาบาลพยายามค้นหาปรัชญาในชีวิต และระบุสิ่งที่มีความหมายหรือสิ่งที่เป็นความหวังในอนาคตของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองมีความหวังที่เป็นจริงในอนาคต จะเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และ 2) พัฒนาวิถีสู่ความผาสุก (developing pathway to wellness) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ เกิดขึ้นภายใต้บริบทของสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการวางแผนอนาคตร่วมกัน นอกจากนี้ Spencer, Davidson & White (1996) ได้ศึกษาถึง กลยุทธ์ทางคลินิกที่บุคลากรในทีมสุขภาพร่วมมือกับผู้ป่วยในการพัฒนาความหวัง ซึ่งประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมายและทำให้ประสบความสำเร็จ การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและมีความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จร่วม กับความพยายามให้ประสบความสำเร็จในเป้าหมายนั้น ได้แก่ การประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมาย การจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมายและการกำหนดวิธีการในการบรรลุเป้าหมาย 2) การเปลี่ยนแปลงในงานอาชีพ การพัฒนาความหวังในผู้ป่วยจิตเภทโดยการคาดเดาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในการประกอบอาชีพและการแก้ปัญหาเพื่อกำหนดว่าผู้ป่วยควรประกอบอาชีพเดิมหรือเปลี่ยนแปลงการประกอบอาชีพ 3) การทบทวนชีวิตที่ผ่านมา การทบทวนชีวิตที่ผ่านมาทำให้ผู้ป่วยมองเห็นอนาคตจากอดีต ขณะที่ Cutcliffe & Barker (2002) ได้ศึกษาการเข้าถึงและการสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย

(engagement and inspiring hope) พบว่าการเข้าถึงและกระบวนการสัมพันธภาพ เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความคิดฆ่าตัวตายของตนเอง สัมพันธภาพเป็นสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายาบาลสนใจดูแลและเชื่อว่าชีวิตของผู้ป่วยมีคุณค่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นกระบวนการในการเข้าถึงผู้ป่วย เป็นการติดต่อกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เป็นการยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และอดทนต่อผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นสัมพันธภาพที่สื่อสารแสดงความจริงใจต่อผู้ป่วย การสร้างความหวังเกิดขึ้นภายใต้สัมพันธภาพของความเป็นมนุษย์และการเชื่อมต่อทางจิตวิญญาณระหว่างบุคคลที่ใกล้ชิด 2) การสื่อสารการยอมรับและการอดทนต่อผู้ป่วย 3) การรับฟังและทำความเข้าใจผู้ป่วย

Barbic, Barbic, Krupa, & Armstrong (2009) ได้ศึกษาผลของแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม (recovery workbook group intervention) ฉบับปรับปรุงจากแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่มของ Spaniol และคณะ (1993) ในบุคคลที่ป่วยทางจิตอย่างรุนแรง (severe mental illness) จำนวน 33 คน ผู้วิจัยสุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม จำนวน 16 คน โดยให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นจำนวน 12 ครั้ง โปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม ประกอบด้วย 7 บท คือ 1) บทนำเกี่ยวกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ การบำบัดทั้ง 12 สัปดาห์ 2) การฟื้นตัว มีเนื้อหาเกี่ยวกับ กระบวนการฟื้นตัว ระยะของการฟื้นตัว ลักษณะที่สำคัญของกระบวนการฟื้นตัว 3) การเพิ่มความรู้และการควบคุม โดยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับ ผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ระบบบริการทางสุขภาพจิตที่ให้บริการการฟื้นตัว ความสำคัญของระบบบริการทางสุขภาพจิตที่ให้บริการการฟื้นตัว 4) การจัดการกับความเครียดในชีวิต มีเนื้อหาเกี่ยวกับ อาการแสดงของความเครียด ระดับความเครียด ปฏิกริยาตอบสนองทั่วไปต่อความเครียด กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด ความผาสุกทางด้านร่างกาย 5) ส่งเสริมความหมายในชีวิตของบุคคล มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การดูแลและการเพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง พัฒนาความเชื่อหรือทัศนคติต่อชีวิตที่เป็นประโยชน์ (useful philosophy of life) ให้คุณค่ากับความต้องการของตนเอง 6) สร้างการประทับประคองต่อตนเอง มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ทักษะการสื่อสารพื้นฐาน การโต้ตอบต่ออารมณ์ ขั้นตอนในการค้นหา ริเริ่ม ดำรงรักษา และรับสนับสนุนทางสังคม การสร้างขอบเขตของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 7) การตั้งเป้าหมายในชีวิต มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การทบทวนประเด็นความเครียดและปัญหาของบุคคลที่ได้ระบุไว้ในบทก่อนๆ การเรียนรู้การระบุปัญหาหรือประเด็นความเครียดซ้ำ การเรียนรู้การพัฒนาเป้าหมายในชีวิต การระบุข้อมูลทักษะหรือการสนับสนุนทางสังคมที่ต้องการเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายในชีวิต การพัฒนาแผนการเพื่อให้ประสบความสำเร็จในเป้าหมายในชีวิต พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความหวังในแบบประเมิน Herth Hope Index และคะแนนองค์ประกอบความเชื่อมั่นในตนเอง และความหวังในแบบประเมินการฟื้นตัว (The

recovery Assessment Scale) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลอง ($p = 0.05$, $p = 0.03$)

Mueser, et al. (2006) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) ในผู้ป่วยโรคจิตเภท หรือโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน ประกอบด้วยเนื้อหา 9 หัวข้อ บำบัดโดยใช้ การให้การศึกษา การสร้างแรงจูงใจ กลยุทธ์การสอนทางการรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งสามารถบำบัดเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 9 เดือน ประกอบด้วย 1) กลยุทธ์การฟื้นตัว มีวัตถุประสงค์เพื่อ นำผู้ป่วยเข้าสู่กลุ่ม เพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับการฟื้นตัว ตั้งเป้าหมายการฟื้นตัว และพัฒนาแผนเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) ความจริงเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อ ระบุอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท กำจัดความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท ระบุตราบาป ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักกับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีชีวิตอยู่อย่างสร้างสรรค์ (productive lives) 3) แนวคิดความเครียด ความเปราะบาง และกลยุทธ์การรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ความเครียดและความเปราะบางทางชีวภาพเป็นสาเหตุของอาการโรคจิตเภท อภิปรายกลยุทธ์ในการลดความเครียดและความเปราะบางทางชีวภาพ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา 4) การสร้างการสนับสนุนทางสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการสร้างการสนับสนุนทางสังคมสามารถเอื้ออำนวยให้เกิดการฟื้นตัวได้อย่างไร สอนกลยุทธ์ในการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม เช่น การไปพบปะผู้คน ในสถานที่ต่างๆ การทักทาย การสนทนา การสร้างความใกล้ชิดกับบุคคล 5) การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงของยาโรคจิต เพิ่มทักษะในการอภิปรายกับแพทย์เกี่ยวกับประเด็นการใช้ยาโรคจิต ช่วยผู้ป่วยประเมินผลดีและผลเสียของการรักษาด้วยยา สอนการปรับพฤติกรรมเพื่อเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา 6) การลดการกลับเป็นซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อ สอนผู้ป่วยให้มีความเข้าใจว่า การกลับเป็นซ้ำสามารถทำนายและป้องกันได้ วางแผนการป้องกันกลับเป็นซ้ำที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย 7) การเผชิญความเครียด มีวัตถุประสงค์เพื่อ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยสามารถลดความเครียดและพัฒนาความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบุและฝึกปฏิบัติกลยุทธ์ในการป้องกันและการเผชิญความเครียด 8) การเผชิญกับปัญหาและอาการทางจิตที่ยังคงอยู่ มีวัตถุประสงค์เพื่อ สอนรูปแบบการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยระบุปัญหาทั่วไปและอาการทางจิตที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ ฝึกปฏิบัติกลยุทธ์การจัดการกับอาการทางจิตที่คงอยู่ 9) การตอบสนองความต้องการของตนเองในระบบบริการสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนระบบบริการสุขภาพจิตต่างๆ ที่มีอยู่ ระบุสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาจากการประกันตนที่ผู้ป่วยมีอยู่ ช่วยให้ผู้ป่วยระบุกลยุทธ์ในการต่อรองให้กับตนเองในระบบบริการสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว มีคะแนนการฟื้นตัวโดยรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) และมีคะแนนเฉลี่ยของคัมภ์ประกอบย่อความเชื่อมั่นในตนเองและความหวัง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$)

Hasson-Ohayon, Roe, & Kravetz (2007) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูตัว ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและฟื้นฟูทางจิตเวชและได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตด้วยตนเอง การตั้งเป้าหมายในชีวิต การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูตัวมีจำนวนทั้งหมด 119 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 95 คน (80%) ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติมีจำนวนทั้งหมด 91 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 81 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูตัว มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและการไปสู่เป้าหมายของบุคคลภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.05$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและการไปสู่เป้าหมายของบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, $p < 0.001$)

Salyers, et al. (2009) ได้ศึกษาการขยายผลโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูตัวในผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง เพื่อให้ห้องกรที่ให้บริการสุขภาพจิตใช้โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูตัวในการบำบัดอย่างยั่งยืน โดยศึกษาในศูนย์สุขภาพจิตชุมชน 7 แห่งในรัฐอินเดียนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เจ็บป่วยทางจิตจำนวน 324 คน พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูตัวมีคะแนนความหวังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 6 เดือน และระยะติดตามผล 12 เดือน

ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยราตรี สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้สัมภาษณ์และประเมินความสิ้นหวังของผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วยจำนวน 10 ราย โดยใช้แบบประเมินความสิ้นหวังของ Beck (Beck Hopelessness Scale) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อให้ตอบถูกหรือผิด เพื่อประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยต่ออนาคตในทางลบ ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงการมีความหวังจำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามที่แสดงถึงความสิ้นหวังจำนวน 11 ข้อ การให้คะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-20 คะแนน และมีจุดตัดของคะแนน ที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน ผู้ป่วยที่ได้รับการสัมภาษณ์ทั้ง 10 ราย มีอายุระหว่าง 31 ปี ถึง 59 ปี (เฉลี่ย 47.5 ปี) มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่ 10 ปี ถึง 30 ปี (เฉลี่ย 15.6 ปี) เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในตั้งแต่ 7 ครั้ง ถึง 38 ครั้ง (เฉลี่ย 14.7 ครั้ง) พบว่า ผู้ป่วยมีความสิ้นหวังในระดับปานกลางจำนวน 1 ราย (14 คะแนน) ผู้ป่วยอีก 9 ราย มีคะแนนความสิ้นหวังอยู่ในระดับรุนแรงคือ มีคะแนนความสิ้นหวังตั้งแต่ 17 คะแนน ถึง 20 คะแนน และผู้ป่วยให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ว่า การป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ถ้าหยุด

รับประทานยาจะมีอาการกำเริบ ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง ต้องออกจากงานที่เคยทำ ไม่สามารถทำหน้าที่และดูแลครอบครัวเช่นก่อนป่วยได้ คิดว่าตนเองเป็นภาระและทำให้ครอบครัวเดือดร้อน สงสารครอบครัว ไม่คาดหวังและไม่มีแผนการในอนาคตเพราะคิดไปก็ไม่มีประโยชน์ เนื่องจากไม่สามารถทำตามหวังได้ และถ้าหวังจะทำให้รู้สึกไม่สมหวังได้ หมกนอนคิด ไปสมัครงานที่ไหนก็ไม่มีใครรับ เบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาโรจิตเป็นระยะเวลานาน ยาโรจิตโรจิตทำให้สมองตื้อ คิดช้า และมีอาการข้างเคียงจากการรักษาโรจิต เช่น มือสั่น ตัวแข็ง ผู้ป่วยส่วนหนึ่งรับรู้ว่ามีสมาธิในครอบครัวเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนไม่ปกติ ทำงานอะไรไม่ได้ รู้สึกสงสาร ขณะที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งรับรู้ว่ามีสมาธิในครอบครัวรู้สึกเบื่อหน่าย และเป็นภาระต้องดูแลผู้ป่วยตลอด คนรอบข้างและสังคมไม่ยอมรับ ผู้ป่วยเหล่านี้มีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึมเศร้าไม่คิดอยากจะทำอะไรแม้กระทั่งการกิจวัตรประจำวันรวมถึงการรับประทานยาโรจิต เพราะคิดว่าการรับประทานยาหรือไม่รับประทานยาก็ไม่แตกต่างกัน ไม่ช่วยทำให้โรจิตหายขาด บางรายเคยมีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง

พยาบาลประจำหอผู้ป่วยราตรีแต่ละคน ได้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทรายที่มีความรู้สึกหมดหวังโดยการสร้างสัมพันธภาพ สนทนาเพื่อการบำบัดเพื่อหาแรงจูงใจในชีวิต ให้กำลังใจ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ประสานงานกับงานสังคมสงเคราะห์และงานจิตเวชชุมชนเพื่อให้ความช่วยเหลือและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม พยาบาลประจำการแต่ละคน ยังใช้วิธีการส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันไปตามประสบการณ์และการศึกษาของพยาบาลแต่ละคน ไม่มีแนวทางส่งเสริมความหวังให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน และไม่มีการประเมินระดับความหวังของผู้ป่วยจิตเภททั้งก่อนและหลังการสร้างสัมพันธภาพและการสนทนาเพื่อการบำบัด ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยราตรีจึงต้องการสืบค้นวิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาวิธีการในการส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและมีความเสื่อมในการทำหน้าที่ ต้องพึ่งพาอาศัยครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ จากการสนทนา พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกหมดหวังจากการป่วยด้วยโรคจิตเภท เนื่องจากต้องรับประทานยาทางจิตตลอดชีวิต เมื่อหยุดรับประทานยาจะกลับมามีอาการทางจิตและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ไม่สามารถเรียนต่อเพื่อประกอบอาชีพได้ ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ ได้รับปฏิกริยาในทางลบจากครอบครัวและญาติ ได้รับความรังเกียจจากคนในชุมชนที่อยู่อาศัย ทำให้รู้สึกท้อแท้และหมดหวัง

ปัจจุบันหอผู้ป่วยราตรี ยังไม่มีแนวทางการส่งเสริมความหวังให้กับผู้ป่วยจิตเภท เมื่อมีผู้ป่วยจิตเภทที่ท้อแท้ สิ้นหวังหรือ มีประวัติพยายามทำร้ายตนเอง พยาบาลผู้ดูแล จะใช้วิธีการสนทนากับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ชักถามถึงเป้าหมายในชีวิต ความภาคภูมิใจ การรู้จักตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ค้นหาสาเหตุของความสิ้นหวัง ประเมินความคิดทำร้ายตนเอง อีกทั้งค้นหาแรงจูงใจหรือความหวังในชีวิตของผู้ป่วย จากนั้นพยาบาลจะใช้แรงจูงใจ (ที่ค้นพบ) เป็นตัวกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความหวังในชีวิตต่อไป ซึ่งการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความหวัง มีความแตกต่างกันขึ้นกับประสบการณ์ ความรู้และทักษะของพยาบาลแต่ละคน แต่บางครั้งภายหลังการสนทนากับผู้ป่วยแล้วพบว่าผู้ป่วยยังรู้สึกไร้ค่า หดหู่ ไม่มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ผู้ศึกษาจึงต้องการหาแนวทางส่งเสริมความหวังให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจในการรักษาตัว ดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์
2. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการส่งเสริมความหวัง และมีความหวังเพิ่มมากขึ้นหลังการบำบัด

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งวิธีดำเนินการศึกษานี้ประกอบด้วย วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และวิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

- กรอบการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา จึงกำหนดคำถามทางคลินิกว่า “แนวทางการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะอย่างไร” นำไปสู่การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบ PICO (Melnik & Fineout-Overholt, 2002) ในการสืบค้น

P - Population : กำหนดกลุ่มประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยจิตเภท

I - Intervention : กิจกรรมการพยาบาล คือ การส่งเสริมความหวัง

C - Comparison intervention : ไม่มีการเปรียบเทียบ

O - Outcome : กำหนดผลลัพธ์: ความหวัง

- ขอบเขตการสืบค้น

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

P : schizophrenia

I : hope instillation, hope fostering, inspire hope

C : -

O : hope, hopelessness

ภายหลังจากผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นงานวิจัยแล้ว พบว่าการส่งเสริมการฟื้นตัวแก่ผู้ป่วยจิตเภท ทำให้คะแนนความหวัง คะแนนองค์ประกอบความเชื่อมั่นในตนเองและความหวังในแบบประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ศึกษาจึงเพิ่มคำสำคัญในการสืบค้นในกิจกรรมการพยาบาล อีก 1 คำ คือ recovery program

ฐานข้อมูล/แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น

1. ฐานข้อมูล Electronic

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.guideline.gov
- ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au
- ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ PubMed, ProQuest Nursing & Allied Health Source, CINAHL, Ovid, ScienceDirect, Blackwell Synergy, HighWire Press, Springer Link

2. Hand search

- Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Journal of Psychosocial Nursing
- จากเอกสารอ้างอิงในบทความ/งานวิจัย จากห้องสมุดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษากำหนดประเภทของหลักฐานที่ใช้ในการบำบัด เพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภทเป็น

- การทดลองแบบ Randomized Controlled Trials งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง งานวิจัยที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี งานวิจัยที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ งานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ
- งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ตีพิมพ์โดยใช้ภาษาอังกฤษ และภาษาไทยที่ตีพิมพ์ในระยะเวลา 20 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2009

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Appraisal Method and Levels of Evidence)

การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คุณภาพและจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือดำเนินการในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กรที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงาน ตามลำดับดังนี้

2.2.1 ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Polit & Beck, 2004) เป็นการประเมินว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมา มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกหรือไม่ โดยการตอบคำถามดังนี้ งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกหรือไม่ งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลได้หรือไม่ งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกหรือไม่ งานวิจัยนั้นพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาลหรือไม่ กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้จริงในคลินิกได้หรือไม่

2.2.2 ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.2.1 งานวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แนวทางการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่เน้นเกี่ยวกับการควบคุมแหล่งของความคลาดเคลื่อนโดยระบบทั้ง 4 รูปแบบ (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) จากการตอบคำถาม ดังนี้ การกระจายกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีการสุ่มหรือไม่ มีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างในการเข้ากลุ่มหรือไม่ มีการปกปิดผู้จ่ายกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มหรือไม่ มีการอธิบายการจัดการกลุ่มตัวอย่างที่หายไปหรือถอนตัวจากการวิจัย และมีการรวมเข้ามามีในการวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่ มีการปกปิดการจ่ายกลุ่มตัวอย่างในผู้ทำการประเมินผลลัพธ์หรือไม่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันก่อนทำการทดลองหรือไม่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลที่เหมือนกันนอกจากหัตถการ/การรักษาที่ประเมินหรือไม่ การประเมินผลลัพธ์เหมือนกันในทุกกลุ่มหรือไม่ การประเมินผลลัพธ์มีความเที่ยงหรือไม่ การวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติที่เหมาะสมหรือไม่

2.2.2.2 งานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แนวทางการประเมินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Schickler, 2004 อ้างใน สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2549) โดยการตอบคำถามดังนี้ การระบุความสำคัญของปัญหาทางคลินิกและที่มาของคำถามการวิจัยมีความชัดเจนหรือไม่ วิธีการวิจัยที่ใช้มีความเหมาะสมหรือไม่ การเลือกแหล่งเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างระบุไว้ชัดเจนหรือไม่ การเก็บข้อมูลใช้วิธีใดและให้รายละเอียดเพียงพอหรือไม่ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีใด และมีการควบคุมคุณภาพอย่างไร ผลงานวิจัยเชื่อถือได้หรือไม่ ถ้าใช่ ผลของการวิจัยมีความสำคัญกับการพยาบาลหรือไม่ ข้อเสนอจากงานวิจัยคืออะไร และได้มาจากผลของการวิจัยใช่หรือไม่

2.2.3 จัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) ซึ่งแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ดังนี้

Level I หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Systematic review หรือ meta-analysis ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือ Guidelines ที่ได้มาจาก Systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

Level II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัย อย่างน้อยหนึ่งเรื่องที่เป็นงานวิจัย RCTs

Level III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี

Level V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัย อย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้มาจากความคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

2.2.4 ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ หรือดำเนินการในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กรที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานโดยใช้ เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

1. การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) คือ การประเมินว่าการนำผลงานวิจัยหรือโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในหน่วยงานเป็นสิ่งที่ดีเหมาะสมหรือไม่ โดยใช้คำถามเป็นแนวทาง ได้แก่ โครงการนั้นสอดคล้องกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในผลงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานหรือไม่ ปรัชญาในการดูแลในผลงานวิจัยแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับหน่วยงานหรือไม่ จำนวนผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากผลงานวิจัยมากพอหรือไม่ และการนำข้อเสนอที่ได้จากผลงานวิจัยไปใช้จะใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานและการประเมินผลนานหรือไม่

2. ความเป็นไปได้ (Feasibility) คือ การนำผลงานวิจัยหรือโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงานต้องคำนึงถึงประเด็นความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ บุคลากรและสิ่งเอื้ออำนวยภายในหน่วยงาน บรรยากาศและสภาพแวดล้อม และความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก และความเป็นไปได้ในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก โดยใช้คำถามเป็นแนวทาง ได้แก่ พยาบาลมีอิสระในการดำเนินโครงการ ยุติโครงการหากพบว่าไม่ได้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ การดำเนินโครงการนั้นรบกวนการทำงานตามปกติของบุคลากรหรือไม่ ผู้บริหารและบรรยากาศในหน่วยงานสนับสนุนหรือต่อต้านการดำเนินโครงการ หรือจะเกิดความขัดแย้งภายในหน่วยงานหรือไม่ พยาบาลมีทักษะในการดำเนินโครงการหรือไม่

หน่วยงานมีเครื่องมือและสิ่งเอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานหรือไม่ ถ้าไม่มีจะมีแนวทางให้ได้สิ่งเอื้ออำนวยอย่างไร มีเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของโครงการหรือไม่

3. ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) คือ การนำผลงานวิจัยหรือโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงาน ควรมีการประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการ โดยครอบคลุมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กรในภาพรวม แต่กลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วย ถ้าโครงการมีอัตราความเสี่ยงในการดำเนินการสูง ประโยชน์ที่จะได้รับต้องมีมาก และโครงการหรือนวัตกรรมนั้นต้องมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือมากๆ โดยใช้คำถามเป็นแนวทาง ได้แก่ ประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีอะไรบ้าง หากยังปฏิบัติตามที่เคยทำอยู่เดิมจะมีความเสี่ยงอย่างไร ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุในการดำเนินโครงการและหากไม่ดำเนินโครงการเป็นอย่างไร ประโยชน์ที่จะได้รับจากการนำโครงการไปใช้ต่อหน่วยงาน

บทที่ 3

ผลการดำเนินการ

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมหวังของผู้ป่วยจิตเภท ตามวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้ผลการสืบค้นตามลำดับดังนี้

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบการสืบค้น ด้วยคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นจากฐานข้อมูล Electronic ที่กำหนด ให้ผลการสืบค้นดังนี้

ฐานข้อมูล	คำสืบค้น			ผลการสืบค้น	ใช้ได้
www.guideline.gov	Schizophrenia	-hope instillation -hope fostering -inspire hope -recovery program	-hope -hopelessness	0	-
www.Cochrane.org				0	-
www.joannabriggs.edu.au				0	-
Blackwell Synergy				0	-
CINAHL				6	3
HighWire Press				2	2
Ovid				9	2
PubMed				2	ซ้ำ
ProQuest Nursing & Allied Health Source				3	ซ้ำ
ScienceDirect				0	-
SpringerLink				0	-

1. Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32 Supplement 1, S32-43.
2. Barbic, S., Krupa, T., & Armstrong, I. (2009). A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified recovery workbook program: preliminary findings. *Psychiatric services*, 60(4), 491-497.
3. Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric Services*, 58(11), 1461-1466.
4. Salyers, M. P., Godfrey, J. L., McGuire, A. B., Gearhart, T., Rollins, A. L., & Boyle, C. (2009). Implementing the illness management and recovery program for consumers with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 60(4), 483-490.
5. Kirkpatrick, H., Landeen, J., Byrne, C., Woodside, H., Pawlick, J., & Bernado, A. (1995). Hope and Schizophrenia : Clinicians Identify Hope-Instilling Strategies. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33, 15-19.
6. Kirkpatrick, H., Landeen, J., Woodside, H., & Byrne, C. (2001). How People With Schizophrenia Build Their Hope. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39(1), 46-53.
7. McCann, T. V. (2002). Uncovering Hope with Clients who have Psychotic Illness. *Journal of Holistic Nursing*, 20, 81-99.

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

เมื่อนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สืบค้นได้ ทั้ง 7 เรื่องมาจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์จัดระดับความน่าเชื่อถือของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือลำดับที่ 2 จำนวน 2 เรื่อง ความน่าเชื่อถือลำดับที่ 4 จำนวน 2 เรื่อง และความน่าเชื่อถือลำดับที่ 6 จำนวน 3 เรื่อง ดังนี้

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

อันดับ	ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง//วารสาร	ระเบียบวิธีวิจัย	ระดับงานวิจัย
1	Barbic, S., Krupa, T., & Armstrong, I. (2009). A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified recovery workbook program: preliminary findings. <i>Psychiatric Services</i> , 60(4), 491-497.	RCTs	Level II
2	Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. <i>Psychiatric Services</i> , 58(11), 1461-1466.	RCTs	Level II
3	Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 32 Supplement 1, S32-43.	งานวิจัยที่วัดผลก่อนและหลังการบำบัดโดยไม่มียา	Level IV
4	Salyers, M. P., Godfrey, J. L., McGuire, A. B., Gearhart, T., Rollins, A. L., & Boyle, C. (2009). Implementing the illness management and recovery program for consumers with severe mental illness. <i>Psychiatric Services</i> , 60(4), 483-490.	งานวิจัยที่วัดผลก่อนและหลังการบำบัดโดยไม่มียา	Level IV
5	Kirkpatrick, H., Landeen, J., Byrne, C., Woodside, H., Pawlick, J., & Bernado, A. (1995). Hope and Schizophrenia : Clinicians Identify Hope-Instilling Strategies. <i>Journal of Psychosocial Nursing</i> , 33, 15-19.	งานวิจัยเชิงคุณภาพ	Level VI

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)

อันดับ	ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง//วารสาร	ระเบียบวิธีวิจัย	ระดับงานวิจัย
6	Kirkpatrick, H., Landeen, J., Woodside, H., & Byrne, C. (2001). How People With Schizophrenia Build Their Hope. <i>Journal of Psychosocial Nursing</i> , 39(1), 46-53.	งานวิจัยเชิงคุณภาพ	Level VI
7	McCann, T. V. (2002). Uncovering Hope with Clients who have Psychotic Illness. <i>Journal of Holistic Nursing</i> , 20, 81-99.	งานวิจัยเชิงคุณภาพ	Level VI

หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้สกัดเนื้อหาตาราง และประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คุณภาพและจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือดำเนินการในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กรที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงาน ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

เรื่องที่ 1 Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia bulletin*, 32 Supplement 1, S32-43

เรื่องที่ 1 / หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์การวิจัย	ประเมินผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR)
ทุน	
สมมุติฐานงานวิจัย	
สถานที่ทำวิจัย	ทำในศูนย์สุขภาพจิต 3 แห่ง (ศูนย์สุขภาพจิต 2 ศูนย์ใน North Carolina และในศูนย์สุขภาพจิต 1 ศูนย์ในประเทศออสเตรเลีย) ให้การบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างในสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยจำนวน 13 คน เข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม IMR

เรื่องที่1 / หัวข้อ	เนื้อหา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	รายบุคคลและประเมินผลที่University of North Carolina at chapel Hill ผู้ป่วยจำนวน 9 คน เข้าร่วมกลุ่มบำบัดตามโปรแกรม IMR รายกลุ่มที่ Wake County Human Services in Raleigh โดยมี <i>เกณฑ์การคัดเข้า</i> ดังนี้ 1) อายุ 18-65 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่า มีอาการทางจิตที่รุนแรง(Axis I, และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพและสังคม) <i>ไม่มีเกณฑ์การคัดออก</i> กลุ่มตัวอย่างในประเทศออสเตรเลีย ผู้ป่วยจำนวน 10 คน เข้าร่วมกลุ่มบำบัด ตามโปรแกรม IMR รายกลุ่มที่ Newcastle Community Mental Health Service โดยมี<i>เกณฑ์การคัดเข้า</i> ดังนี้ 1) อายุ 18-65 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทหรือโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน <i>ไม่มีเกณฑ์การคัดออก</i>
การบำบัด	โปรแกรม IMR ได้รับการพัฒนาจากการทบทวนงานวิจัยที่สอนกลยุทธ์ในการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองแก่ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงและมีกลุ่มควบคุม โปรแกรม IMR ใช้กลยุทธ์ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 5 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและการรักษา 2) การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive behavior) ต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา 3) การพัฒนาแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 4) การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมโดยการฝึกทักษะทางสังคม และ 5) การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดในการจัดการกับอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ เพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยเรียนรู้ วิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยที่ดีกว่าและช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดีต่อไป (more forward in their lives) โปรแกรม IMR ประกอบด้วยเนื้อหา 9 หัวข้อ บำบัดโดยใช้การให้การศึกษา การสร้างแรงจูงใจ กลยุทธ์การสอนทางการรู้คิดและพฤติกรรม

เรื่องที่ 1 / หัวข้อ	เนื้อหา
การบำบัด (ต่อ)	ซึ่งสามารถบำบัดเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 9 เดือน ผู้บำบัดและผู้ป่วยตกลงร่วมกันในการกำหนดการบ้าน นอกจากนี้บุคคลสำคัญในชีวิต ที่ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วม ในการช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้กลยุทธ์ในการจัดการตนเองของบุคคลที่จะไปถึงเป้าหมาย และพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย อุปกรณ์ของโปรแกรม IMR สามารถเข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายที่ SAMHSA Website: http://www.mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits ทฤษฎีพื้นฐานของโปรแกรม IMR โปรแกรม IMR บูรณาการกลยุทธ์ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนในการสอนการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง มาจากทฤษฎีพื้นฐาน 2 ทฤษฎี ได้แก่ 1) Transtheoretical model และ 2) Stress-vulnerability model 1) Transtheoretical model มีสมมุติฐานว่าแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงมีการพัฒนาเป็นลำดับขั้นตอน ได้แก่ pre-contemplation, contemplation, preparation, action, maintenance และเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงให้การบำบัดที่เฉพาะเจาะจงกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงการบำบัดในขั้นตอนแรกๆ บุคคลยังไม่มีพันธะผูกพันต่อการเปลี่ยนแปลงการบำบัดจึงมุ่งไปที่การเพิ่มแรงจูงใจ โปรแกรม IMR เป็นการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจในระยะเริ่มต้นของการบำบัดและต่อเนื่องไปตลอดกระบวนการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาวิสัยทัศน์ของการฟื้นตัว เพื่อระบุเป้าหมายและไปให้ถึงเป้าหมายของบุคคลที่มาจากวิสัยทัศน์นั้น และหาวิธีการเพิ่มระดับการจัดการกับความเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) Stress-vulnerability model แนวคิดความเครียดและความเปราะบาง เชื่อว่าการดำเนินโรคและผลลัพธ์การดำเนินโรคจิตเภท ขึ้นอยู่กับกระบวนการความเปราะบางทางชีวภาพ ความเครียด และการเผชิญความเครียด โปรแกรม IMR มีเป้าหมายเพื่อหยุดยั้งวงจรความเครียดและความเปราะบางที่นำไปสู่การกลับเป็นซ้ำหรือการทำหน้าที่ที่ไม่ดีของผู้ป่วย

เรื่องที่1 / หัวข้อ	เนื้อหา
การบำบัด (ต่อ)	โปรแกรม IMR มีเป้าหมายในการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับพื้นฐานของการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ที่อยู่บนหลักการของ แนวคิด ความเครียดและความเปราะบาง (การปฏิบัติตามแผนการรักษา ลดการใช้สารเสพติด เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม เพิ่มการเผชิญความเครียด และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีความหมาย) เพื่อให้ผลลัพธ์การเจ็บป่วยดีขึ้น เช่น อาการทางจิต การกลับเป็นซ้ำ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผสมผสานกันระหว่างการใช้ไปถึงเป้าหมายของบุคคล และยกระดับการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง นั่นคือ การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการฟื้นตัว ทั้งวัตถุประสงค์ (objective : ได้แก่ การทำหน้าที่ในชุมชน สัมพันธภาพทางสังคม การทำงาน) และจิตวิสัย(subjective : ได้แก่ ความรู้สึกมีเป้าหมาย ความหวังและความเชื่อมั่นในตัวเอง) การใช้โปรแกรม IMR ในทุก setting ผู้วิจัยแนะนำโปรแกรม IMR แก่ผู้ป่วยโดยใช้วิดีโอเทป ซึ่งอธิบายโปรแกรมและเรื่องราวของผู้ป่วยที่มีการฟื้นตัว โปรแกรม IMR จะมีเอกสารการเรียนรู้ ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ซึ่งประกอบด้วยประเด็นสำคัญของหน่วยและใบงานเพื่อเพิ่มการเรียนรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ให้การบำบัดใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ และจดจำการเรียนรู้อย่างสูงสุด เช่นการสอนโดยการมีปฏิสัมพันธ์ และตรวจสอบความเข้าใจตลอดระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง โปรแกรม IMR เป็นการบำบัดสัปดาห์ละครั้ง เป็นระยะเวลา 9 เดือนและประกอบด้วย 9 หน่วยการเรียนรู้ที่เป็นลำดับซึ่งประกอบไปด้วยรายละเอียดดังนี้ หน่วยที่ 1 “ กลยุทธ์การฟื้นตัว ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) นำผู้ป่วยเข้าสู่กลุ่ม 2) เพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับการฟื้นตัว 3) ตั้งเป้าหมายการฟื้นตัวของบุคคล 4) พัฒนาแผนเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ใช้ระยะเวลาการบำบัด จำนวน 4 ครั้ง หน่วยที่ 2 “ ความจริงเกี่ยวกับโรคจิตเภท ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)ระบุนอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท 2) กำจัดความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) ทำความรู้จัก (address) กับตราบาป 4) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักกับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท และมีชีวิตอยู่อย่างสร้างสรรค์ (productive

เรื่องที่ 1 / หัวข้อ	เนื้อหา
การบำบัด (ต่อ)	lives) ใช้ระยะเวลาการบำบัด จำนวน 4 ครั้ง หน่วยที่ 3 “แนวคิดความเครียด ความเปราะบาง และกลยุทธ์การรักษา ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายว่า ความเครียดและความเปราะบางทางชีวภาพเป็นสาเหตุของอาการโรคจิตเภท 2) อภิปรายกลยุทธ์ในการลดความเครียดและความเปราะบางทางชีวภาพ 3) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา ใช้ระยะเวลาการบำบัด จำนวน 3 ครั้ง หน่วยที่ 4 “ การสร้างการสนับสนุนทางสังคม ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายเกี่ยวกับการสร้างการสนับสนุนทางสังคมสามารถเอื้ออำนวยให้เกิดการฟื้นตัวได้อย่างไร 2) สอนกลยุทธ์ในการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม เช่น การหาสถานที่ในการพบปะผู้คน การตกทาย การสนทนา การสร้างความใกล้ชิดกับบุคคล ใช้ระยะเวลาการบำบัด จำนวน 7 ครั้ง หน่วยที่ 5 “การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต 2) เพิ่มทักษะในการอภิปรายกับแพทย์เกี่ยวกับประเด็นการใช้ยารักษาโรคจิต 3) ช่วยผู้ป่วยประเมินผลดีและผลเสียของการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต 4) สอนการปรับพฤติกรรมเพื่อเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา ใช้ระยะเวลาการบำบัด จำนวน 4 ครั้ง หน่วยที่ 6 “ การลดการกลับเป็นซ้ำ ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สอนผู้ป่วยให้มีความเข้าใจว่า การกลับเป็นซ้ำสามารถทำนายและป้องกันได้ 2) พัฒนาแผนการป้องกันกลับเป็นซ้ำที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย ใช้ระยะเวลาการบำบัด จำนวน 4 ครั้ง หน่วยที่ 7 “ การเผชิญความเครียด ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยสามารถลดความเครียดและพัฒนาความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ระบุและฝึกปฏิบัติกลยุทธ์ในการป้องกันและการเผชิญความเครียด ใช้ระยะเวลาการบำบัด จำนวน 5 ครั้ง หน่วยที่ 8 “ การเผชิญกับปัญหาและอาการทางจิตที่ยังคงอยู่ ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สอนรูปแบบการแก้ปัญหา 2) ช่วยให้ผู้ป่วยระบุปัญหาทั่วไปและอาการทางจิตที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ 3) ฝึกปฏิบัติกลยุทธ์

เรื่องที่1 / หัวข้อ	เนื้อหา
การบำบัด (ต่อ)	การจัดการกับอาการทางจิตที่คงอยู่ ใช้ระยะเวลาการบำบัด จำนวน 6 ครั้ง หน่วยที่ 9 “การตอบสนองความต้องการของตนเองในระบบบริการสุขภาพ ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทบทวนระบบบริการสุขภาพจิตต่างๆที่มีอยู่ 2) ระบุสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาจากการประกันตนที่ผู้ป่วยมีอยู่ 3) ช่วยให้ผู้ป่วยระบุกลยุทธ์ในการต่อรองให้กับตนเองในระบบบริการสุขภาพจิต ใช้ระยะเวลาการบำบัด จำนวน 3 ครั้ง โปรแกรม IMR รายบุคคลและรายกลุ่ม ปฏิบัติตามโครงสร้างมาตรฐานดังนี้ 1 การให้การเรียนรู้ทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ (informal socialization) ผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วยใช้เวลาในการสร้างความไว้วางใจและอภิปราย ประเด็นต่างๆที่ต้องการในช่วงสุดท้ายของการบำบัดแต่ละครั้ง 2 การทบทวนเนื้อหาการบำบัดในครั้งก่อน ผู้บำบัดจะทบทวนเนื้อหาต่างๆในการบำบัดครั้งก่อนเพื่อประเมินความเข้าใจ การจดจำข้อมูล และทักษะต่างๆ 3 การทบทวนการบ้านของการบำบัดครั้งก่อน ผู้บำบัดจะทบทวนว่าผู้ป่วยได้ทำการบ้านที่มอบหมายในการบำบัดครั้งก่อนหรือไม่ ผู้ป่วยจะได้รับแรงเสริมเมื่อประสบความสำเร็จและทำการบ้านมาส่ง ผู้บำบัดและผู้ป่วยจะร่วมกันแก้ปัญหาหากมีอุปสรรค 4 การปฏิบัติตามเป้าหมาย ผู้บำบัดจะประเมินความก้าวหน้าในการไปถึงจุดหมายของผู้ป่วย ระบุอุปสรรคและแก้ปัญหาร่วมกัน ถ้าผู้ป่วยประสบความสำเร็จผู้บำบัดจะร่วมกับผู้ป่วยในการวางแผนขั้นต่อไปหรือตั้งเป้าหมายใหม่ 5 การกำหนดวาระการบำบัด ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันกำหนดวาระการบำบัดในเวลาที่เหลืออยู่ของการบำบัดแต่ละครั้ง 6 การสอนเนื้อหาใหม่และฝึกปฏิบัติกลยุทธ์ใหม่ ผู้บำบัด ทบทวนและสอนเนื้อหาในเอกสารแจกของโปรแกรม IMR โดยบูรณาการให้การศึกษา การสร้างแรงจูงใจ กลยุทธ์ทางการรู้คิดและพฤติกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถ ความสนใจ ความรู้เดิมและเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย

เรื่องที่1 / หัวข้อ	เนื้อหา
การบำบัด (ต่อ)	7 การตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดในการมอบหมายการบ้านของสัปดาห์ต่อไป ผู้บำบัดและผู้ป่วยตกลงร่วมกันในการมอบหมายการบ้านเพื่อทบทวนและฝึกปฏิบัติเนื้อหาที่ได้สอนไปในการบำบัดครั้งนี้หรือเพื่อให้ผู้ป่วยบรรลุถึงเป้าหมายและคาดหวังถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างสัปดาห์และวางแผนในการแก้ปัญหาเพื่อเอาชนะอุปสรรคนั้น 8 สรุปความก้าวหน้าในการบำบัดแต่ละครั้ง โปรแกรม IMR รายบุคคลในสหรัฐอเมริกา ผู้ให้การบำบัด IMR รายบุคคล เป็นนักจิตวิทยาคลินิกจำนวน 2 คน นักศึกษาจิตวิทยาคลินิก ระดับบัณฑิตศึกษาและแพทย์ประจำบ้านทางจิตเวช จำนวน 2 คน ผู้บำบัดทุกคนได้รับการนิเทศรายบุคคลเป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมงทุกสัปดาห์จากผู้วิจัย โปรแกรม IMR รายกลุ่มในสหรัฐอเมริกา ผู้นำกลุ่มเป็นนักจิตวิทยาคลินิก จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ที่มีใบประกอบวิชาชีพการบำบัดแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมงผู้นำกลุ่มหมุนเวียนกันในการบำบัดแต่ละครั้งและมีนักวิชาชีพทางสุขภาพจิต จำนวน 2 คนเป็นผู้บำบัดร่วมและผู้เอื้ออำนวยกลุ่ม ผู้ป่วยในกลุ่มบำบัดได้ รับมอบหมายการบ้านเช่นเดียวกับผู้นำกลุ่มเพื่อเพิ่มความแน่นแฟ้นภายในกลุ่ม (group cohesion) และเป็นแบบอย่างของกลุ่ม เนื้อหาของโปรแกรม IMR นำเสนอและทบทวนโดยใช้ power point โดยใช้ระยะเวลาครึ่งหนึ่งของการบำบัดหรือนำเสนอในรูปแบบของกระดาษ โปรแกรม IMR รายกลุ่มในออสเตรเลีย จิตแพทย์ทั้งหมดจำนวน 25 คน ที่ทำงานในศูนย์สุขภาพจิตนิวคาสเซิล เข้าร่วมการฝึกโปรแกรม IMR เป็นระยะเวลา 2 วัน อย่างไรก็ตามจิตแพทย์ที่ฝึกใช้โปรแกรม IMR ได้รับการแนะนำให้รู้จักกับมโนทัศน์ของแหล่งรวบรวมเครื่องมือที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ส่วนใหญ่ยังคงลังเลสงสัยและไม่สนใจการแนะนำโปรแกรม กลุ่มการบำบัดตามโปรแกรม IMR กลุ่มแรกจึงมีพยาบาลผู้ชำนาญการ(clinical nurse consultant) และนักสังคมสงเคราะห์อาวุโสเป็นผู้นำกลุ่ม และมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม

เรื่องที่ 1 / หัวข้อ	เนื้อหา
การบำบัด (ต่อ)	โปรแกรม IMR รายกลุ่ม ที่จัดในออสเตรเลียใช้วิธีการเดียวกับโปรแกรม IMR ที่จัดในสหรัฐอเมริกา มีความแตกต่างกันบางประการในระยะเวลาของการบำบัดแต่ละครั้ง ซึ่งการบำบัดในออสเตรเลียใช้เวลาครั้งละ 45 นาทีจำนวน 2 ช่วงเวลาและพักระหว่าง 2 ช่วงเวลาเป็นเวลา 30 นาที เนื้อหาการบำบัดในแต่ละหน่วยนำเสนอในรูปแบบของ power point โดยเนื้อหาของหน่วยได้รับการปรับรูปแบบโดยขยายตัวอักษรและระยะห่างของบรรทัดเพิ่มมากขึ้น ปรับภาษาตามความจำเป็น โดยเฉพาะเนื้อหาในหน่วยที่ 9 “การตอบสนองความต้องการของตนเองในระบบบริการสุขภาพ” ได้รับการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย เนื้อหาของแต่ละหน่วยพิมพ์ลงในกระดาษสี และสีของแต่ละหน่วยมีความแตกต่างเพื่อเพิ่มความสนใจภายในกลุ่ม และการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยทำเขียนลงในกระดาษ ที่มีขนาดเล็กพอที่จะใส่ลงในกระเป๋าตังค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ง่ายขึ้น ผู้นำกลุ่มบำบัดได้รับการนิเทศอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่าปฏิบัติตามโครงสร้างและกลยุทธ์หลักของโปรแกรม IMR ที่อธิบายไว้ในแหล่งรวบรวมเครื่องมือที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์
ระเบียบวิธีวิจัย	งานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการบำบัดโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ
ระดับของหลักฐาน	หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ IV
ผลการวิจัย	ในสหรัฐอเมริกา : มีผู้ป่วยจำนวน 12 คน เข้ารับโปรแกรม IMR รายบุคคล ผู้ป่วยจำนวน 10 คน รับการบำบัดจนครบ ผู้ป่วย 2 คนลาออกก่อนระยะเวลาการบำบัดอยู่ระหว่าง 3.23- 9.23 เดือน เฉลี่ย = 6.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.96) ระยะเวลาเฉลี่ยระหว่างการประเมินหลังการบำบัดและการประเมินเพื่อติดตามผล = 3.77 เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.98) และมีผู้ป่วยจำนวน 9 คน เข้ารับโปรแกรม IMR รายกลุ่ม ผู้ป่วยจำนวน 8 คน รับการบำบัดอย่างน้อยจำนวนครั้งหนึ่งของจำนวนครั้งทั้งหมดของการบำบัด ผู้ป่วยจำนวน 5 คน อยู่รับการบำบัดจนครบทุกครั้ง ผู้ป่วยออกจากกลุ่มหลังจากเดือนที่ 1 ของโปรแกรมจำนวน 1 คน ผู้ป่วยออกจากโปรแกรมเมื่อรับการบำบัดไปได้ครึ่งหนึ่งของการบำบัดทั้งหมดจำนวน 1 คนเพื่อกลับไปเรียนหนังสือ ผู้ป่วยหยุดรับการบำบัดภายหลัง

เรื่องที่1 / หัวข้อ	เนื้อหา
ผลการวิจัย(ต่อ)	เดือนที่ 6 ของการบำบัดจำนวน 1 คน ผู้ที่ลาออกจากการบำบัดและผู้ที่อยู่ครบการบำบัด มีคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลพื้นฐานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรม IMR รายกลุ่ม ให้การบำบัดเป็นระยะเวลา 9.46 เดือน และมีระยะเวลาเฉลี่ยระหว่างการประเมินหลังการบำบัดและการประเมินติดตามผล = 5.31 เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.42) ในออสเตรเลีย : มีผู้ป่วยจำนวน 10 คน เข้ารับโปรแกรม IMR รายกลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม (กลุ่มละ 5 คน) ผู้ป่วยจำนวน 6 คน ของทั้ง 2 กลุ่ม รับการบำบัดจนครบ ผู้ป่วยในกลุ่มการบำบัดที่ 1 ออกจากกลุ่มภายหลังการบำบัดครั้งที่ 2 จำนวน 1 คน ในจำนวนนี้ออกจากกลุ่มภายหลังการบำบัดครั้งที่ 5 จำนวน 1 คน และผู้ป่วยอีก 2 คน ย้ายออกจากพื้นที่ภายหลังการบำบัดครั้งที่ 6 และ 11 จึงเหลือผู้ป่วยรับการบำบัดจนครบจำนวน 1 คน ในระยะเวลา 8.54 เดือน และมีระยะเวลาเฉลี่ยระหว่างการประเมินหลังการบำบัดและการประเมินติดตามผล = 3.46 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มการบำบัดที่ 2 อยู่รับการบำบัดจนครบทั้ง 5 คนเป็นระยะเวลา 9.92 เดือนและมีระยะเวลาเฉลี่ยระหว่างการประเมินหลังการบำบัดและการประเมินติดตามผล = 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างในสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย มีลักษณะทางประชากรและตัวแปรการทำหน้าที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ การวินิจฉัยโรค เพศ และคะแนน GAF ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในการวิเคราะห์ข้อมูล ภายหลังได้รับการบำบัดตามโปรแกรม IMR ผู้ป่วยมีคะแนนการฟื้นตัวโดยรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) และมีคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบย่อยความเชื่อมั่นในตนเองและความหวัง การมุ่งสู่เป้าหมาย การไม่ถูกรบกวนด้วยอาการทางจิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04, 0.05$ และ 0.04 ตามลำดับ) เมื่อสิ้นสุดการบำบัดและในระยะติดตามผล 3 เดือน หลังการบำบัด

เรื่องที่1 / หัวข้อ	เนื้อหา
ความสอดคล้อง กับประเด็นปัญหา ทางคลินิก	งานวิจัยนี้ เป็นการประเมินผลการใช้โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว(IMR)ในผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข คือ ส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภทโดยพัฒนาความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเผชิญกับอาการทางจิต เพิ่มความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีเป้าหมายและมีความหวังเพิ่มขึ้น โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว(IMR)ในผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน เพื่อเพิ่มเป้าหมายและความหวังเป็นการบำบัดรายกลุ่มและรายบุคคลซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ กระบวนการเก็บข้อมูลและประเมินผลลัพธ์สามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้
ประเมินคุณภาพ หลักฐานเชิง ประจักษ์	1 การกระจายกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม ไม่มีการสุ่มเนื่องจาก เป็นการวิจัยที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัด ไม่มีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างและไม่มีการปกปิดผู้จ่ายกลุ่มตัวอย่าง 2 มีการอธิบายกลุ่มตัวอย่างที่หายไปหรือถอนตัวจากการวิจัยและไม่มีการรวมเข้ามาในการวิเคราะห์ข้อมูล 3 ผู้ทำการประเมินผลลัพธ์ไม่มีการปกปิดการจ่ายกลุ่มตัวอย่าง 4 เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์มีความเที่ยง เนื่องจากเครื่องมือมีความเชื่อมั่นสูง 5 ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม
ประเมินความ เป็นไปได้การ ปฏิบัติหรือ ดำเนินการใน บริบทที่ เฉพาะเจาะจงของ องค์กร	1 การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวนี้ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน ซึ่งดำเนินการเป็นระยะเวลา 9 เดือน แต่ผู้ศึกษาทำงานในโรงพยาบาลซึ่งมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหลายระยะ กรณีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ acute ซึ่งมีอาการทางจิตไม่สงบ ไม่สามารถนำเข้าไปโปรแกรมได้ ต้องรอให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบก่อน ซึ่งต้องใช้เวลาดังแต่ประมาณสัปดาห์ที่ 3 จึงสามารถเข้าร่วมบำบัดตามโปรแกรมได้ ส่วนที่เหลือจะต้องส่งต่อพยาบาลชุมชน ซึ่งพยาบาลมี

เรื่องที่1 / หัวข้อ	เนื้อหา
ประเมินความเป็นไปได้การปฏิบัติหรือดำเนินการในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร	บทบาทในการประเมินและส่งต่อโปรแกรมให้พยาบาลชุมชน 2 ความเป็นไปได้ (Feasibility) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู ใ้กับผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างอิสระในช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาล และสอดคล้องกับเจตจำนงของโรงพยาบาล นอกจากนั้นหน่วยงานมีเครื่องมือและสิ่งเอื้ออำนวยต่อการดำเนินงาน และมีแบบวัด IMR เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของโครงการ การปฏิบัติตามงานวิจัย พยาบาลต้องมีทักษะในโปรแกรม IMR แต่ก็เป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ อุปกรณ์ในโปรแกรม IMR ไม่ยุ่งยากในการจัดหา เช่น วิดีโอเทป เอกสารการเรียนรู้ ฯลฯ 3 ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู เป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีเป้าหมายในชีวิต มีความผาสุก และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ อีกทั้งอยู่ในชุมชนได้นาน ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1 โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู เป็นการบำบัดรายกลุ่มในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทหรือโรคจิตเภท อารมณ์แปรปรวนและมีอายุ 18-65 ปี อีกทั้งยังเป็นการบำบัดรายบุคคลในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีอาการทางจิตที่รุนแรง(Axis I, และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพและสังคม) 2 โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู บำบัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต มีการตั้งเป้าหมายในชีวิตและมีความหวังเพิ่มขึ้น 3 โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู เป็นการบำบัดในชุมชน บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 9 เดือน

เรื่องที่1 / หัวข้อ	เนื้อหา
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	4 โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว ประกอบด้วย 9 หน่วยการเรียนรู้ดังนี้ 4.1 หน่วยที่ 1 “กลยุทธ์การฟื้นตัว” 4.2 หน่วยที่ 2 “ความจริงเกี่ยวกับโรคจิตเภท” 4.3 หน่วยที่ 3 “แนวคิดความเครียด ความเปราะบาง และกลยุทธ์การรักษา” 4.4 หน่วยที่ 4 “การสร้างการสนับสนุนทางสังคม” 4.5 หน่วยที่ 5 “การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ” 4.6 หน่วยที่ 6 “การลดการกลับเป็นซ้ำ” 4.7 หน่วยที่ 7 “การเผชิญความเครียด” 4.8 หน่วยที่ 8 “การเผชิญกับปัญหาและอาการทางจิตที่ยังคงอยู่” 4.9 หน่วยที่ 9 “การตอบสนองความต้องการของตนเองในระบบบริการสุขภาพ” 5 การประเมินผลลัพธ์ การประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (ผู้ป่วยประเมิน) มีการประเมินที่เกี่ยวข้องกับแบบประเมินความหวังในผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ การประเมินการฟื้นตัว (ผู้ป่วยประเมิน) ประกอบด้วย - เครื่องมือประเมินการฟื้นตัว (The Recovery Assessment Scale: RAS) ใช้ในการประเมินการรับรู้การฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง มี 4 องค์ประกอบดังนี้ 1. ความเชื่อมั่นในตนเองและความหวัง 2. ความต้องการในการขอความช่วยเหลือ 3. ความสามารถในการฟังผู้อื่น 4. อาการทางจิตไม่มีอิทธิพลในการควบคุมผู้ป่วย 5. การมุ่งสู่เป้าหมายและความสำเร็จ การประเมินการฟื้นตัว (ผู้ป่วยประเมิน) ประกอบด้วย - เครื่องมือประเมินการฟื้นตัว (The Recovery Assessment Scale: RAS) ใช้ในการประเมินการรับรู้การฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยทางจิต

เรื่องที่ 1 / หัวข้อ	เนื้อหา
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ที่รุนแรง มี 4 องค์ประกอบดังนี้ 1. ความเชื่อมั่นในตนเองและความหวัง 2. ความต้องการในการขอความช่วยเหลือ 3. ความสามารถในการฟังผู้อื่น 4. อาการทางจิตไม่มีอิทธิพลในการควบคุมผู้ป่วย 5. การมุ่งสู่เป้าหมายและความสำเร็จ

เรื่องที่ 2 Barbic, S., Krupa, T., & Armstrong, I. (2009). A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified recovery workbook program: preliminary findings. *Psychiatric services*, 60(4), 491-497.

เรื่องที่ 2 / หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์การวิจัย	ศึกษาผลของแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม (recovery workbook group intervention) ฉบับปรับปรุงจากแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่มของ Spaniol และคณะ (1993) ในบุคคลที่ป่วยทางจิตอย่างรุนแรง (severe mental illness)
สมมุติฐานงานวิจัย	กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความหวัง มีพลังอำนาจ มีการฟื้นตัวและมีคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น
สถานที่ทำวิจัย	ติดผู้ป่วยนอกของศูนย์สุขภาพจิต 2 แห่งที่ให้บริการการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (ACT) ตามมาตรฐานการให้บริการของกรมสุขภาพ ในออนตาริโอประเทศแคนาดา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ Queen's University Health Science Research Ethics Board และ Providence Care Research Ethics Board กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (ACT) และได้รับการส่งต่อมาเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้จัดการทีมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน 2 ทีมจำนวน 140 คนตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2006 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มารับบริการการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน เป็นเวลานานกว่า 6 เดือน

เรื่องที่ 2 / หัวข้อ	เนื้อหา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย(ต่อ)	2) อายุระหว่าง 18-60 ปี 3) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV-TR ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) โรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน (schizoaffective disorder) โรคจิตหลงผิด (delusional disorder) หรือโรคไบโพลาร์(bipolar disorder) และมีเกณฑ์คัดออกคือ 1) ใช้ภาษาอังกฤษไม่คล่อง 2) มีระดับสติปัญญา (IQ) น้อยกว่า 65 3) ดิทยาเสพติดหรือมีอาการทางจิตเนื่องจากการเจ็บป่วยทางกาย 4) ไม่สามารถเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (ACT) มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 81คนในจำนวนนี้ผู้ป่วยจำนวน 34 คน ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยจำนวน 1คนขอถอนตัวก่อนได้รับการสุ่ม ผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลการประเมินครบทั้งก่อนและหลังการบำบัดจะได้รับค่าเดินทางและค่าดูแลบุตร ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสุ่มจะได้รับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อย่างไรก็ดี ผู้วิจัยไม่ได้ให้ผลประโยชน์ใดๆนอกจากนี้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วม ผู้วิจัยจัดกลุ่มของกลุ่มตัวอย่างตามทีมที่ได้รับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (ACT) และสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (ACT) จากทีม และกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ร่วมกับแบบฝึกหัดการฟื้นฟูเพิ่มเติมจากทีมผู้ให้การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลทางสังคม และข้อมูลทางคลินิกรวมทั้งการวินิจฉัยโรค อายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก จำนวนการเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยประเมินข้อมูลพื้นฐานก่อนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 1 สัปดาห์และภายหลังจากที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลครบเป็นระยะเวลา 3 วัน

เรื่องที่ 2 / หัวข้อ	เนื้อหา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย(ต่อ)	ผู้ประเมินจำนวน 3 คนไม่รู้สถานภาพความเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยทุกคนในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ประเมินได้รับการฝึกหัดเกี่ยวกับจุดประสงค์ของการประเมิน ความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือการประเมินเป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมงก่อนเริ่มการศึกษา ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 33 คน ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นฟูตัวรายกลุ่มจำนวน 16 คน ผู้ป่วยทั้งหมดไม่เคยได้รับการฝึกหัดตามแบบฝึกหัดการฟื้นฟูตัว ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทางประชากรไม่แตกต่างกัน ยกเว้น จำนวนปีที่ผู้ป่วยรายงานว่ามีอาการเจ็บป่วยทางจิตโดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีจำนวนปีของการมีชีวิตอยู่กับความพิการทางจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p = 0.04$) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เคยได้รับการฝึกเรื่องการฟื้นฟูตัวมาก่อน ผู้ประเมินทั้ง 3 คน ได้รับการฝึกหัดเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ใน session ที่เกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ ความเชื่อมั่น และความตรงของเครื่องมือ แต่ละอย่างก่อนเริ่มงานวิจัย
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. เครื่องมือประเมินระดับความหวัง (The Herth Hope Index) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง คำตอบแต่ละข้อให้ผู้ป่วยประเมินว่าเห็นด้วยหรือไม่ใน 4 ระดับคะแนน เครื่องมือนี้มีค่า α coefficient = 0.97 มีค่าความเชื่อมั่นในการวัดซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ = 0.91 และมีค่าความตรงตามเกณฑ์ (criterion-related validity) สูงถึง 0.81-0.92 2. เครื่องมือประเมินความมีพลังอำนาจ (The Empowerment Scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 28 ข้อ เกี่ยวกับความมีพลังอำนาจ คำตอบมี 4 ระดับ เครื่องมือนี้มีค่าคงที่ภายในสูง (Cronbach's α = 0.85- 0.90) และมีค่าความเชื่อมั่นที่ดี ($\alpha > 0.60$)

เรื่องที่ 2 / หัวข้อ	เนื้อหา
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	3 เครื่องมือประเมินการฟื้นตัว (The recovery Assessment Scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 40 ข้อ แต่ละข้อ ประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด ความรู้สึกมีพลังอำนาจ และคุณภาพชีวิต คำตอบแต่ละข้อให้ผู้ป่วยประเมินว่าเห็นด้วยหรือไม่ใน 5 ระดับคะแนน เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือประเมินการฟื้นตัว สามารถแบ่งเป็น 5 องค์ประกอบคือ 1) ความเชื่อมั่นในตนเองและความหวัง 2) ความต้องการในการขอความช่วยเหลือ 3) ความสามารถในการพึ่งพิงผู้อื่น (rely on others) 4) อาการทางจิตไม่มีอิทธิพลในการควบคุมผู้ป่วย 5) การมุ่งสู่เป้าหมายและความสำเร็จ เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นในการวัดที่ดี 0.88 ($\alpha = 0.88$) และมีค่าความคงที่ภายใน ดี (Cronbach's $\alpha = 0.93$) และการวัดในองค์ประกอบย่อยมีค่าความเชื่อถือเป็นที่พอใจ (Cronbach's $\alpha = 0.73-0.91$) 4 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (The Quality of life Index general version) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 33 ข้อ ประเมินความพึงพอใจต่อประเด็นสำคัญในชีวิต แบ่งเป็น 4 หัวข้อย่อยคือ สุขภาพและการทำหน้าที่ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม สถานะทางจิต (psychological status) และสิ่งสำคัญอื่นๆ แต่ละข้อให้ผู้ป่วยประเมินว่าเห็นด้วยหรือไม่ใน 6 ระดับคะแนน เครื่องมือนี้มีความคงที่ภายใน และความเชื่อมั่น (Cronbach's $\alpha = 0.92$) และสำหรับข้อย่อย มีความน่าเชื่อถือที่ 0.88, 0.75, 0.80 และ 0.68 ตามลำดับ
การบำบัด	แบบฝึกหัดการการฟื้นตัวรายกลุ่ม ใช้เป็นเครื่องมือในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ในการฟื้นตัว เพิ่มความรู้และการควบคุมความเจ็บป่วย เพิ่มการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของความเครียด เพิ่มความหมายในชีวิตของบุคคล สร้างการสนับสนุนต่อตนเอง พัฒนาเป้าหมายในชีวิตและวางแผนกิจกรรม การบำบัดของ Spaniol และคณะ เป็นการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นจำนวน 30 ครั้ง แต่การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยปรับปรุงให้สั้นลง เป็นการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นจำนวน 12 ครั้ง ส่วนเนื้อหาในแบบฝึกหัดและกิจกรรมเพื่อการฝึกยังคงเดิมเช่นเดียวกับต้นฉบับ

เรื่องที่ 2 / หัวข้อ	เนื้อหา
การบำบัด (ต่อ)	การบำบัดจำนวน 12 ครั้ง ใช้ระยะเวลาการอภิปรายและการฝึกปฏิบัติในกลุ่มน้อยลง อย่างไรก็ดี ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดแต่ละคน ทบทวนและฝึกปฏิบัติตาม แบบฝึกหัดระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง การบำบัดแต่ละครั้งประกอบด้วย การสอน การอภิปรายรายกลุ่ม และการปฏิบัติตามโครงสร้างการบำบัดของ Spaniol และคณะ การบำบัดรายกลุ่ม โดยใช้แบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม ประกอบด้วย การบำบัดรายกลุ่มครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยมีผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มจำนวน 7-9 คน ผู้วิจัยหลัก ซึ่งเป็นนักอาชีวะบำบัด เป็นผู้ให้การบำบัด โปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม จำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 7 บทดังนี้ บทที่ 1 “ บทนำ ” มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ทบทวนเป้าหมายและวัตถุประสงค์การบำบัดทั้ง 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยเนื้อหา 1) จุดประสงค์ของหนังสือแบบฝึกหัด ใช้ระยะเวลาการบำบัด 1 ครั้ง บทที่ 2 “ การฟื้นตัว ” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจจำกัดความและความหมายของการฟื้นตัว ประกอบด้วยเนื้อหา 1) กระบวนการฟื้นตัว 2) ระยะของการฟื้นตัว 3) ลักษณะที่สำคัญของกระบวนการฟื้นตัว ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 1.5 ครั้ง บทที่ 3 “ การเพิ่มความรู้และการควบคุม ” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย 1) มีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและระบบบริการสุขภาพจิต 2) รู้จักแหล่งบริการที่ให้บริการเพื่อการฟื้นตัวในชุมชน ประกอบด้วยเนื้อหา 1) ผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง 2) ระบบบริการทางสุขภาพจิตที่ให้บริการการฟื้นตัว 3) ความสำคัญของระบบบริการทางสุขภาพจิตที่ให้บริการการฟื้นตัว ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 1.5 ครั้ง บทที่ 4 “ การจัดการกับความเครียดในชีวิต ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ป่วยเข้าใจความเครียดและปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด 2) เรียนรู้กลยุทธ์ในการเผชิญและจัดการกับความเครียด ประกอบด้วยเนื้อหา 1) อาการแสดงของความเครียด 2) ระดับความเครียด 3) ปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปต่อความเครียด 4) กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด 5) ความผาสุกทางด้านร่างกาย ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 3.5 ครั้ง

เรื่องที่ 2 / หัวข้อ	เนื้อหา
การบำบัด (ต่อ)	บทที่ 5 “ ส่งเสริมความหมายในชีวิตของบุคคล ” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของความสำเร็จของตนเองและเพิ่มความตระหนักในกระบวนการฟื้นตัวของตนเอง ประกอบด้วยเนื้อหา 1) การดูแลตนเอง 2) การเพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง 3) พัฒนาความเชื่อหรือทัศนคติต่อชีวิตที่เป็นประโยชน์ (useful philosophy of life) 4) ให้คุณค่ากับความต้องการของตนเอง ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 1 ครั้ง บทที่ 6 “ สร้างการสนับสนุนต่อตนเอง ” มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนทักษะการสื่อสารพื้นฐานและเรียนรู้กลยุทธ์ในการค้นหา สร้างและดำรงรักษาการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยเนื้อหา 1) ทักษะการสื่อสารพื้นฐาน 2) การโต้ตอบต่ออารมณ์ 3) ขั้นตอนในการค้นหารักษาการสนับสนุนทางสังคม 4) การสร้างการสนับสนุนทางสังคม 5) การรับการสนับสนุนทางสังคม 6) การสร้างขอบเขตของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 1.5 ครั้ง บทที่ 7 “ การตั้งเป้าหมายในชีวิต ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปลี่ยนประเด็นความเครียดและปัญหาในชีวิตไปสู่เป้าหมายของการจัดการความเครียดของตนเอง ประกอบด้วยเนื้อหา 1) ทบทวนประเด็นความเครียดและปัญหาของบุคคลที่ได้ระบุไว้ในบทก่อนๆ 2) เรียนรู้การระบุปัญหาหรือประเด็นความเครียดซ้ำ 3) เรียนรู้การพัฒนาเป้าหมายในชีวิต 4) ระบุข้อมูลทักษะหรือการสนับสนุนทางสังคมที่ต้องการเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายในชีวิต 5) พัฒนาแผนการเพื่อให้ประสบความสำเร็จในเป้าหมายในชีวิต
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยแบบ Randomized Controlled trials (RCTs)
ระดับของหลักฐาน	หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ II
ผลการวิจัย	ผลการวิจัย พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวแปรความหวัง ($p = 0.05$) การมีพลังอำนาจ ($p < 0.01$) และการฟื้นตัว ($p = 0.02$) และมีการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบย่อยของการฟื้นตัว ในองค์ประกอบความเชื่อมั่นในตนเอง และความหวัง ($p = 0.03$) และองค์ประกอบการมุ่งสู่เป้าหมายและความสำเร็จ ($p = 0.01$)

เรื่องที่ 2 / หัวข้อ	เนื้อหา
ผลการวิจัย(ต่อ)	ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความหวังในแบบประเมิน Herth Hope Index และคะแนนองค์ประกอบความเชื่อมั่นในตนเองและความหวังในการประเมินการฟื้นตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลอง ($p = 0.05$, $p = 0.03$)
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่มในบุคคลที่ป่วยทางจิตอย่างรุนแรง ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข คือ ส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท โดยเพิ่มความตระหนักรู้ในการฟื้นตัว เพิ่มความรู้และการควบคุมความเจ็บป่วย เพิ่มการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของความเครียด เพิ่มความหมายในชีวิตของบุคคล สร้างการสนับสนุนต่อตนเอง พัฒนาเป้าหมายในชีวิตและวางแผนกิจกรรม การบำบัดโดยใช้แบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม เป็นการบำบัดที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ กระบวนการเก็บข้อมูลและประเมินผลลัพธ์สามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้
ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	1 การกระจายกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีการสุ่มออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างและไม่มีการปกปิดผู้จ่ายกลุ่มตัวอย่าง 2 มีการอธิบายกลุ่มตัวอย่างที่หายไปหรือถอนตัวจากการวิจัยและไม่มีการรวมเข้ามาในการวิเคราะห์ข้อมูล 3 ผู้ทำการประเมินผลลัพธ์ไม่มีการปกปิดการจ่ายกลุ่มตัวอย่าง 4 ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทางประชากรไม่แตกต่าง ยกเว้น จำนวนปี ที่ผู้ป่วยรายงานว่ามีการเจ็บป่วยทางจิตโดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีจำนวนปีของการมีชีวิตอยู่กับความพิการทางจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p = 0.04$) 5 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลพื้นฐานเหมือนกันแต่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่มเพิ่มเติม

เรื่องที่ 2 / หัวข้อ	เนื้อหา
ประเมินคุณภาพ หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	6 มีการประเมินผลลัพธ์เหมือนกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 7 เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์มีความเที่ยง เนื่องจากเครื่องมือมีความเชื่อมั่นสูง 8 ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม
ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือดำเนินการในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร	1 การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) การบำบัดรายกลุ่มโดยใช้แบบฝึกหัดการฟื้นฟูตัวรายกลุ่ม เป็นการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นจำนวน 12 ครั้ง รวม 3 เดือน สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงานของผู้ศึกษาได้ และสอดคล้องกับเจตจำนงของโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าโปรแกรมต้องเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ sub acute มีอาการทางจิตสงบ ประกอบกับปัจจุบันการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยใช้เวลาไม่เกิน 2 เดือน ดังนั้นการบำบัดรายกลุ่มโดยใช้แบบฝึกหัดการฟื้นฟูตัวรายกลุ่ม จึงไม่สามารถบำบัดให้เสร็จต้องมีการส่งต่อให้พยาบาลชุมชน 2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำแบบฝึกหัดการฟื้นฟูตัวรายกลุ่ม ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างอิสระ ในช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาล การปฏิบัติตามงานวิจัย ต้องศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในแต่ละบท แต่ก็สามารถปฏิบัติได้ อุปกรณ์การทำการบำบัดรายกลุ่มโดยใช้แบบฝึกหัดการฟื้นฟูตัวรายกลุ่ม อาจมีการเพิ่มเติมในแต่ละบทของเนื้อหา เช่น เอกสารความรู้ ภาพโปสเตอร์การปฏิบัติตัว ฯลฯ ซึ่งไม่ยุ่งยากในการจัดหา 3 ความคุ้มค่า (Cost-benefit ratio) การบำบัดรายกลุ่มตามแบบฝึกหัดการฟื้นฟูตัวรายกลุ่ม ช่วยเพิ่มความหวัง พลังอำนาจ และการฟื้นฟูให้กับผู้ป่วยทางจิต อันจะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ลดการกลับเป็นซ้ำ เป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ

เรื่องที่ 2 / หัวข้อ	เนื้อหา
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การบำบัดรายกลุ่มโดยใช้แบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่มในผู้ป่วยที่มารับบริการการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนเป็นเวลานานกว่า 6 เดือน มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV-TR ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) โรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน (schizoaffective disorder) โรคจิตหลงผิด (delusional disorder) หรือโรคไบโพลาร์(bipolar disorder) 1. สามารถใช้ภาษาอังกฤษได้คล่อง มีระดับสติปัญญา (IQ) ไม่น้อยกว่า 65 ไม่ติดยาเสพติดหรือมีอาการทางจิตเนื่องจากการเจ็บป่วยทางกาย และสามารถเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยตนเอง 2. การบำบัดรายกลุ่มโดยใช้แบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังอำนาจ และมีการฟื้นตัวเพิ่มขึ้น 3. การบำบัดรายกลุ่มโดยใช้แบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม เป็นการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นจำนวน 12 ครั้ง 4. โปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม ประกอบด้วย 7 บท ดังนี้ - บทที่ 1 “ บทนำ ” มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ทบทวนเป้าหมายและวัตถุประสงค์การบำบัดทั้ง 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยเนื้อหา 1) จุดประสงค์ของหนังสือแบบฝึกหัด ใช้ระยะเวลาการบำบัด 1 ครั้ง - บทที่ 2 “ การฟื้นตัว ” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจจำกัดความและความหมายของการฟื้นตัว ประกอบด้วยเนื้อหา 1) กระบวนการฟื้นตัว 2) ระยะของการฟื้นตัว 3) ลักษณะที่สำคัญของกระบวนการฟื้นตัว ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 1.5 ครั้ง - บทที่ 3 “ การเพิ่มความรู้และการควบคุม ” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย 1) มีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและระบบบริการสุขภาพจิต 2) รู้จักแหล่งบริการที่ให้บริการเพื่อการฟื้นตัวในชุมชน ประกอบด้วยเนื้อหา 1) ผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง 2) ระบบบริการทางสุขภาพจิตที่ให้บริการการฟื้นตัว 3) ความสำคัญของระบบบริการทางสุขภาพจิตที่ให้บริการการฟื้นตัว ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 1.5 ครั้ง - บทที่ 4 “ การจัดการกับความเครียดในชีวิต ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ

เรื่องที่ 2 / หัวข้อ	เนื้อหา
การสรุปเพื่อนำไปใช้(ต่อ)	1)ให้ผู้ป่วยเข้าใจความเครียดและปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด 2) เรียนรู้กลยุทธ์ในการเผชิญและจัดการกับความเครียด ประกอบด้วยเนื้อหา 1) อาการแสดงของความเครียด 2) ระดับความเครียด 3) ปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปต่อความเครียด 4) กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด 5) ความผาสุกทางด้านร่างกาย ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 3.5 ครั้ง บทที่ 5 “ส่งเสริมความหมายในชีวิตของบุคคล” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของความสำเร็จของตนเองและเพิ่มความตระหนักในกระบวนการฟื้นตัวของตนเอง ประกอบด้วยเนื้อหา 1) การดูแลตนเอง 2) การเพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง 3) พัฒนาความเชื่อหรือทัศนคติต่อชีวิตที่เป็นประโยชน์ (useful philosophy of life) 4) ให้คุณค่ากับความต้องการของตนเอง ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 1 ครั้ง บทที่ 6 “สร้างการสนับสนุนต่อตนเอง” มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนทักษะการสื่อสารพื้นฐานและเรียนรู้กลยุทธ์ในการค้นหา สร้างและดำรงรักษาการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยเนื้อหา 1) ทักษะการสื่อสารพื้นฐาน 2) การโต้ตอบต่ออารมณ์ 3) ขั้นตอนในการค้นหารักษาการสนับสนุนทางสังคม 4) การสร้างการสนับสนุนทางสังคม 5) การรับการสนับสนุนทางสังคม 6) การสร้างขอบเขตของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 1.5 ครั้ง บทที่ 7 “การตั้งเป้าหมายในชีวิต” มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปลี่ยนประเด็นความเครียดและปัญหาในชีวิตไปสู่เป้าหมายของการจัดการความเครียดของตนเอง ประกอบด้วยเนื้อหา 1) ทบทวนประเด็นความเครียดและปัญหาของบุคคลที่ได้ระบุไว้ในบทก่อนๆ 2) เรียนรู้การระบุปัญหาหรือประเด็นความเครียดซ้ำ 3) เรียนรู้การพัฒนาเป้าหมายในชีวิต 4) ระบุข้อมูลทักษะหรือการสนับสนุนทางสังคมที่ต้องการเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายในชีวิต 5) พัฒนาแผนการเพื่อให้ประสบความสำเร็จในเป้าหมายในชีวิต 5. การประเมินผลลัพธ์ 1) เครื่องมือประเมินระดับความหวัง (The Herth Hope Index) ให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง

เรื่องที่ 2 / หัวข้อ	เนื้อหา
การสรุปเพื่อนำไปใช้(ต่อ)	2) เครื่องมือประเมินความมีพลังอำนาจ (The Empowerment Scale) ใช้ประเมินเกี่ยวกับความมีพลังอำนาจ 3) เครื่องมือประเมินการฟื้นตัว (The recovery Assessment Scale) ใช้ประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด ความรู้สึกมีพลังอำนาจ และคุณภาพชีวิต 4) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (The Quality of life Index general version) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 33 ข้อ ประเมินความพึงพอใจต่อประเด็น general version) ใช้ประเมินความพึงพอใจต่อประเด็นสำคัญในชีวิต คือ สุขภาพและการทำหน้าที่ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม สภาวะทางจิต (psychological status) และสิ่งสำคัญอื่นๆ

เรื่องที่ 3 Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric Service*, 58(11), 1461-1466.

เรื่องที่ 3 / หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์การวิจัย	ประเมินผลการใช้โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม
ทุน	-
สมมุติฐาน	ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว จะมีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองและการฟื้นตัว การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นและมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามปกติ
สถานที่ทำวิจัย	การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาที่ศูนย์ฟื้นฟูทางจิตเวชในชุมชนจำนวน 13 ศูนย์ในประเทศอิสราเอล
กลุ่มตัวอย่าง	การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของหน่วยงาน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทุกคนเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภายหลังจากได้รับการอธิบายการวิจัย

เรื่องที่ 3 / หัวข้อ	เนื้อหา
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 210 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและฟื้นฟูทางจิตเวชและได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงโดยดูจากแฟ้มประวัติ เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้ป่วยที่สื่อสารด้วยภาษาฮิบรูและมีความสามารถเพียงพอที่จะเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ถึงแม้ว่าโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูตัวเองดั้งเดิมใช้กับผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ตามผู้วิจัยใช้โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูตัวเองกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตด้วยตนเอง การตั้งเป้าหมายในชีวิต การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม
เครื่องมือประเมินผลลัพธ์	1) เครื่องมือประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูตัวเอง (Illness Management and Recovery Scale) ประเมินโดยผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตและผู้รับบริการ เกี่ยวกับเป้าหมายของบุคคล ความรู้เรื่องความเจ็บป่วยทางจิต การมีส่วนร่วมกับบุคคลสำคัญในชีวิต การทำหน้าที่ลดลง ความทุกข์ใจที่เกิดจากอาการทางจิต ความเครียด การเผชิญกับอาการทางจิต การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การใช้รักษาอาการทางจิต การใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด คำถามแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกระหว่าง 1-5 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงมีการจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตและการฟื้นฟูตัวเองในระดับที่ดี เครื่องมือประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูตัวเอง ได้รับการแปลเป็นภาษาฮิบรูและแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ โดยนำฉบับภาษาอังกฤษที่ได้รับการแปลกลับเปรียบเทียบกับต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษปรับปรุงข้อคำถามหากภาษาอังกฤษไม่ตรงกัน เมื่อนำเครื่องมือไปประเมินก่อนการบำบัดมีค่า coefficients α ในผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพจิต = 0.55 และ 0.73 ตามลำดับ การวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า เครื่องมือประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูตัวเอง มีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบได้แก่

เรื่องที่ 3 / หัวข้อ	เนื้อหา
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์(ต่อ)	1) ความรู้และเป้าหมายในชีวิต 2) การเผชิญกับความเจ็บป่วยและ 3) การใช้ยารักษาอาการทางจิตที่มีประสิทธิภาพและการลดการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาหรือนักอาชีวบำบัด เป็นผู้ประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้ง 13 ศูนย์ฟื้นฟูทางจิตเวชในชุมชน 2) เครื่องมือประเมินการเผชิญกับอาการทางจิตที่มีประสิทธิภาพ (Coping Efficacy Scale) เป็นแบบประเมินการเผชิญกับอาการทางจิตที่มีประสิทธิภาพ 14 อาการแบ่งเป็น อาการทางลบ 4 อาการ อาการทางบวก 2 อาการ อาการทางความรู้สึก 2 อาการ อาการทางอารมณ์ 3 อาการ ปัญหาการใช้สารเสพติด 2 ปัญหา และปัญหาการนอนหลับ 1 ปัญหา (Meuser, Valentiner, Agresta, 1997) ผู้ป่วยประเมินว่าตนเองประสบกับอาการแต่ละอาการหรือไม่ กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับอาการเหล่านั้น และรับรู้ว่าการใช้กลยุทธ์เหล่านั้นสามารถใช้ในการจัดการกับอาการต่างๆหรือไม่ การให้คะแนนใช้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิภาพของ แต่ละกลยุทธ์ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1- 5 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการเผชิญกับอาการทางจิตมีประสิทธิภาพมาก 3) เครื่องมือประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมหลายมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) เป็นแบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมหลายมิติ ประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม 3 ประเภทได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลสำคัญในชีวิต ข้อคำถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าบุคคลรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ผู้วิจัยใช้แปลแบบประเมินเป็นภาษาธิปบุรุษซึ่งมีค่าคงที่ภายใน (Cronbach's alpha) ของคะแนนทั้งฉบับ = 0.91 และการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ประเภท = 0.80, 0.88 และ 0.90 4) เครื่องมือประเมินการปฏิบัติตามหลักการของการบำบัดตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (Illness Management and Recovery Fidelity Scale) แบบประเมินการปฏิบัติตาม

เรื่องที่ 3 / หัวข้อ	เนื้อหา
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ)	หลักการของการบำบัดตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ประเมินระดับการนำโปรแกรมไปใช้ว่าเป็นไปตามหลักของการบำบัดเพียงใด การปฏิบัติตามรูปแบบการบำบัดอย่างเคร่งครัดอาจไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการ ถึงแม้ว่าจะเป็นโปรแกรมมาตรฐานก็ตาม ผู้บำบัดในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการกระตุ้นให้มีความยืดหยุ่นในการใช้ทักษะทางคลินิกของตนเอง เนื่องจากบุคคลแต่ละคนจะระบุเป้าหมายแตกต่างกันไป แบบประเมินการปฏิบัติตามหลักการของการบำบัดตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู ประเมินโดยผู้ประเมินที่ไม่ใช่ผู้บำบัดจำนวน 2 คน ประเมินอย่างอิสระ ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อมีคะแนน 5 ช่วงคะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการปฏิบัติตามหลักการของการบำบัดสูง
การบำบัด	จิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์ฟื้นฟูทางจิตเวชจำนวน 13 ศูนย์ ที่ได้รับการฝึกโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูให้การบำบัดแก่ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการสุ่มให้เป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ หรือผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู ศูนย์ฟื้นฟูทางจิตเวชที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยน้อย ผู้วิจัยปรับกระบวนการสุ่มให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย เพื่อให้มีความน่าจะเป็นในการถูกเลือกเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การบำบัดตามปกติที่ศูนย์ฟื้นฟูทางจิตเวชทั้ง 13 ศูนย์ให้แก่ผู้ป่วยเป็นการบำบัดทางสังคม นันทนาการ การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมการทำงาน มีรูปแบบและความเข้มข้นที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวรายกลุ่ม ได้รับการบำบัดตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู เอกสารสำคัญที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ได้รับการแปลเป็นภาษาอู๋และปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้ในประเศอิสราเอล และใช้ประกอบการบำบัดทั้ง 13 ศูนย์ แต่ละศูนย์มีผู้บำบัดจำนวน 2 คน (ผู้บำบัดจำนวน 1 คน ได้รับการฝึกหัดการบำบัดตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู) การบำบัด

เรื่องที่ 3 / หัวข้อ	เนื้อหา
การบำบัด (ต่อ)	แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 เดือน ผู้บำบัดจำนวน 18 คน ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ในจำนวนนี้ผู้บำบัดจำนวน 13 คนจาก 13 ศูนย์ได้รับการคัดเลือกเพื่อเข้ารับการอบรมการบำบัดตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 4 ชั่วโมง เป็นจำนวน 12 ครั้ง ที่มหาวิทยาลัย Bar-Ilan ผู้บำบัดร่วมไม่ได้เข้ารับการฝึกฝนการบำบัดตามโปรแกรม และผู้บำบัดได้รับการนิเทศรายกลุ่มเดือนละครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 8 เดือน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย ได้รับการประเมินก่อนการวิจัย และผู้จัดการกรณีของผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตามแบบประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวอย่างอิสระ มีศูนย์ฟื้นฟูทางจิตเวช 1 ศูนย์ ที่ให้การบำบัดการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวไม่ครบตามโปรแกรม เนื่องจากปัญหาทางเทคนิค และผู้วิจัยไม่นำผลการประเมินผู้ป่วยในศูนย์นี้มาใช้วิเคราะห์ เมื่อให้การบำบัดตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวไปได้ครึ่งทาง (เป็นระยะเวลา 4 -5 เดือน) ผู้ประเมินการปฏิบัติตามหลักการของการบำบัดตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวเข้าเยี่ยมเพื่อประเมินการปฏิบัติตามหลักการ พบว่า การปฏิบัติตามหลักการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.66 - 4.77 เมื่อให้การบำบัดจนสิ้นสุดตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว พบว่า คะแนนการปฏิบัติตามหลักการของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว ทั้ง 12 ศูนย์ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า 3.70 ความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (interrater reliabilities) มีค่าตั้งแต่ 0.65 -1 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทันทีที่สิ้นสุดการบำบัด ทั้งผู้ป่วยกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม ระยะเวลาการบำบัดอยู่ระหว่าง 8 – 11 เดือน (มีนาคม 2005 – มีนาคม 2006)
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยแบบ Randomized Controlled trials (RCTs)

เรื่องที่ 3 / หัวข้อ	เนื้อหา
ระดับของหลักฐาน	หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ II
ผลการวิจัย	ก่อนการทดลองผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว และผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ มีตัวแปรทางด้านสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพที่ไม่แข่งขันในศูนย์ฟื้นฟูทางจิตเวช เช่น งานพิมพ์ การประกอบชิ้นส่วน การเข้าปกหนังสือ ในระหว่างการบำบัด ผู้ป่วยจำนวน 8 คน (4%) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจำนวน 2 คน (1%) ปฏิเสธการตอบแบบประเมินภายหลังการบำบัด ผู้ป่วยจำนวน 22 คน (10%) ย้ายออกจากศูนย์การบำบัดทางจิตเวช ผู้ป่วยจำนวน 15 คน (7%) รับการบำบัดไม่ครบและผู้ป่วยจำนวน 13 คน (6%) ให้ข้อมูลการประเมินผลลัพธ์ไม่ครบ ผู้วิจัยจึงจัดให้ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่ลาออกจากงานวิจัยก่อน (dropout) และไม่นำข้อมูลของผู้ป่วยเหล่านี้มาใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติและพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างการบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวมีจำนวนทั้งหมด 119 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 95 คน (80%) ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติมีจำนวนทั้งหมด 91 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 81 คน การวิเคราะห์ ANOVA แบบวัดซ้ำพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคะแนนรวมของแบบประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว ที่ประเมินโดยผู้บำบัด ($F=4.18, df=1 \& 146, p<0.05$) เมื่อวิเคราะห์แยกตามองค์ประกอบของแบบประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว มีคะแนนความรู้

เรื่องที่ 3 / หัวข้อ	เนื้อหา
ผลการวิจัย (ต่อ)	เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและการไปสู่เป้าหมายของบุคคลภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ & $p < 0.05$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและการไปสู่เป้าหมายของบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$ & $p < 0.001$) ทั้งแบบประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว ที่ประเมินโดยผู้ป่วยและผู้ให้การบำบัด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้ เป็นการประเมินผลการใช้โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวในผู้ป่วยทางจิต เปรียบเทียบกับการบำบัดตามปกติ ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข คือ ส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท โดยพัฒนาความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยและมีการฟื้นตัว อันจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มการไปสู่เป้าหมายของชีวิต มีความหวังเพิ่มขึ้น การใช้โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวในผู้ป่วยทางจิต เพื่อเพิ่มการไปสู่เป้าหมายของผู้ป่วยทางจิต เป็นการบำบัดรายกลุ่มที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ กระบวนการเก็บข้อมูลและประเมินผลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้
ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	1 การกระจายกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีการสุ่มออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างและไม่มีการปกปิดผู้จ่ายกลุ่มตัวอย่าง 2 มีการอธิบายกลุ่มตัวอย่างที่หายไปหรือถอนตัวจากการวิจัยและไม่มีการรวมเข้ามาในการวิเคราะห์ข้อมูล 3 ผู้ทำการประเมินผลลัพธ์ไม่มีการปกปิดการจ่ายกลุ่มตัวอย่าง 4 ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีตัวแปรทางด้านสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมปลาย ประกอบอาชีพที่ไม่แข่งขันในศูนย์ฟื้นฟูทางจิตเวช เช่น งานพิมพ์ การประกอบชิ้นส่วน การเข้าปกหนังสือ

เรื่องที่ 3 / หัวข้อ	เนื้อหา
ประเมินคุณภาพ หลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)	5 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลที่ไม่เหมือนกัน กล่าวคือกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวร่วมกับการบำบัด ตามปกติ 6 มีการประเมินผลลัพธ์เหมือนกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 7 การประเมินผลลัพธ์มีความเที่ยง เนื่องจาก เครื่องมือมีความ เชื่อมั่นสูง 8 ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม
ประเมินความเป็นไป ได้ในการปฏิบัติหรือ ดำเนินการในบริบท ที่เฉพาะเจาะจงของ องค์กร	1. การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว บำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 8 เดือน สามารถนำมาใช้ เพิ่มการไปสู่วิทยาของผู้ป่วยทางจิต ในหน่วยงานของผู้ศึกษาได้ สอดคล้องกับเจตจำนงของโรงพยาบาลแต่เนื่องจากโปรแกรมนี้อาศัย ระยะเวลา 8 เดือนและผู้ป่วยที่จะเข้าโปรแกรมต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการ ทางจิตสงบก่อนหรืออยู่ในระยะ sub acute phase ก่อนจึงจะสามารถเข้า โปรแกรมได้ ประกอบกับปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 2 เดือน ดังนั้นการบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและ การฟื้นตัว จึงไม่สามารถบำบัดให้เสร็จต้องมีการส่งต่อให้พยาบาลชุมชน 2. ความเป็นไปได้ (Feasibility) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการจัดการ กับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างอิสระใน ช่วงเวลาก่อนการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทและความ รับผิดชอบของพยาบาล การปฏิบัติตามงานวิจัย โรงพยาบาลต้องมีทักษะในโปรแกรม IMR แต่ก็เป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ อุปกรณ์ในโปรแกรม IMR ไม่ยุ่งยากในการจัดหา เช่นเอกสาร ความรู้ วิธีปฏิบัติตัว ฯลฯ 3. ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว ช่วยเพิ่ม

เรื่องที่ 3 / หัวข้อ	เนื้อหา
ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือดำเนินการในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร(ต่อ)	ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและการไปสู่เป้าหมายของชีวิต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวัง มีคุณภาพชีวิต มีความผาสุก สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ และอยู่ในชุมชนได้นาน เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ
สรุปการนำไปใช้	1. โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว เป็นการบำบัดรายกลุ่มในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและฟื้นฟูทางจิตเวชและได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว สามารถสื่อสารด้วยภาษาอิมปุร และมีความสามารถเพียงพอที่จะเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. การบำบัดรายกลุ่มตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและการตั้งเป้าหมายในชีวิต เพิ่มขึ้น 3. โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว บำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 8 เดือน 4. การประเมินผลลัพธ์ 1) เครื่องมือประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (Illness Management and Recovery Scale) ประเมินโดย ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต และผู้รับบริการ 2) เครื่องมือประเมินการเผชิญกับอาการทางจิตที่มีประสิทธิภาพ (Coping Efficacy Scale) ให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง 3) เครื่องมือประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมหลายมิติให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง 4) เครื่องมือประเมินการปฏิบัติตามหลักการของการบำบัดตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว ผู้ประเมินที่ไม่ใช่ผู้บำบัดจำนวน 2 คน เป็นผู้ประเมิน

เรื่องที่ 4 Salyers, M. P., Godfrey, J. L., McGuire, A. B., Gearhart, T., Rollins, A. L., & Boyle, C. (2009). Implementing the illness management and recovery program for consumers with severe mental illness. *Psychiatric Service*, 60(4), 483-490.

เรื่องที่ 4 / หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อขยายผลของการใช้และประเมินโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวในการบำบัดไปใช้กับผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นโครงการเพื่อพัฒนาการบำบัดเพื่อสอนกลยุทธในการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในระยะที่ 2 ซึ่งได้รับการสนับสนุนโดย SAMHSA โดยพยายามประชาสัมพันธ์โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) แก่องค์กรผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ นำโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวในการบำบัดไปใช้กับผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง ไปใช้และมีเป้าหมายในระยะยาว เพื่อให้องค์กรผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ใช้โปรแกรม IMR ในการบำบัดอย่างยั่งยืน
ทุน	Substance Abuse and Mental Health Services Administration's (SAMHSA)
สมมุติฐาน	-
สถานที่ทำวิจัย	ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน 7 แห่งในรัฐอินเดียนา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้เจ็บป่วยทางจิตจำนวน 324 คน ซึ่งอยู่ในศูนย์สุขภาพจิตชุมชน 7 แห่งในรัฐอินเดียนา ศูนย์แต่ละแห่งได้ระบุตัวแทน 1 คนหรือมากกว่าในการดูแลผู้ที่เข้าร่วมในโปรแกรม ผู้นำโปรแกรมและทีมจะได้รับการฝึกหัด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	การประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วยการประเมินการปฏิบัติตามหลักการของการบำบัดตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) และการประเมินผลลัพธ์ในผู้รับบริการ การประเมินการปฏิบัติตามหลักการของการบำบัดตามโปรแกรม IMR ประกอบด้วย 1) เครื่องมือประเมินการปฏิบัติตามหลักการของการบำบัดตามโปรแกรม IMR (The Illness Management and Recovery Fidelity

เรื่องที่ 4 / หัวข้อ	เนื้อหา
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์(ต่อ)	Scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ประเมินระดับการนำโปรแกรมไปใช้ คำตอบแต่ละข้อมีคะแนน 5 ช่วงคะแนน ให้ผู้บำบัดประเมินพฤติกรรมว่า นำการบำบัดในโปรแกรม IMR ไปใช้มากน้อยเพียงใด คะแนน 5 แสดงถึงการนำไปใช้อย่างสมบูรณ์ คะแนน 4 แสดงถึงการนำไปใช้ปานกลาง แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการนำโปรแกรม IMR ลงสู่การปฏิบัติในหลายๆแห่งและพบว่าแบบประเมินนี้มีความไวสูง 2) เครื่องมือประเมินการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (General Organizational Index : GOI) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติที่ให้และหน่วยงานให้การฝึกหัดหรือการนิเทศในการปฏิบัติเพียงใด การประเมินตามการปฏิบัติ (Fidelity) และการประเมินการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินโดยผู้ประเมินที่ได้รับการฝึกหัด 2 คน ซึ่งทบทวนบันทึกการบำบัด สัมภาษณ์ผู้ให้การบำบัดและผู้รับบริการ สังเกตการบำบัดโปรแกรม IMR เมื่อมีโอกาส การประเมินผลลัพธ์ในผู้รับบริการ การประเมินผลลัพธ์ในผู้รับบริการ ประเมินโดยผู้รับบริการและบุคลากรในทีมสุขภาพจิตเป็นผู้ประเมินในแบบสอบถาม ผู้วิจัยประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองเป็นผลลัพธ์หลักของการบำบัด และประเมินความหวังเนื่องจากมีผู้อธิบายว่า ความหวังเป็นองค์ประกอบหลักของการฟื้นตัว ผู้วิจัยวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยมีสมมุติฐานว่า ถ้าผู้รับบริการมีกระบวนการฟื้นตัวที่ก้าวหน้าขึ้นเรื่อยๆจะมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ 1) เครื่องมือประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (The Illness Management and Recovery Scale) ใช้ประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ซึ่งได้รับการพัฒนาเพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม IMR แบบประเมินนี้เป็นคู่มือระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพจิตและผู้รับบริการเป็นผู้ประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบ 5 ระดับคะแนนพฤติกรรม ประเมินการ

เรื่องที่ 4 / หัวข้อ	เนื้อหา
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ไปสู่เป้าหมายของบุคคล ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต การมีส่วนร่วมกับบุคคลสำคัญในชีวิต การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการช่วยเหลือตนเอง การใช้เวลาในการทำกิจกรรม การทำหน้าที่ลดลง ความทุกข์ใจที่เกิดจากอาการทางจิต การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การใช้ยารักษาโรคจิต การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด แบบประเมินทั้ง 2 ฉบับมีความเชื่อมั่นภายในและมีความเชื่อมั่นในการทดสอบซ้ำที่พอเพียง และมีความตรงเชิงเหมือน (convergent validity) กับ Multnomah Community Ability Scale, Colorado Symptom Inventory and Recovery Assessment Scale ในผู้รับบริการ เครื่องมือประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวฉบับผู้ให้บริการสุขภาพจิตและผู้รับบริการเป็นผู้ประเมินทั้ง 2 ฉบับ มีความไวในการประเมินตลอดระยะเวลา 2) เครื่องมือประเมินความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ (The Satisfaction With Service) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง และเคยใช้กับการวิจัยหลายชิ้น 3) เครื่องมือประเมินความหวังในวัยผู้ใหญ่ (The Adult State Hope Scale) ประกอบด้วยข้อคำถามให้รายงานจำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 4 ระดับคะแนน ให้ผู้ป่วยประเมินว่าข้อคำถามนั้นเป็นจริงสำหรับผู้ป่วยเพียงใด 1 หมายถึง ผิดอย่างยิ่ง 4 หมายถึง เป็นจริงอย่างยิ่ง การศึกษาในครั้งนี้แสดงว่า เครื่องมือประเมินความหวังในผู้ใหญ่ มีความตรงเชิงเหมือนและความตรงเชิงจำแนกในระดับสูง แบบประเมินนี้มีความเหมาะสมในการใช้กับผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง
การบำบัด	ผู้วิจัยนำโปรแกรม IMR ลงสู่ศูนย์บริการสุขภาพจิตชุมชนจำนวน 3 ศูนย์ ในระหว่างปี ค.ศ. 2004-2005 และศูนย์สุขภาพจิตชุมชนที่เหลืออีก 4 ศูนย์ ระหว่างปี ค.ศ.2005-2006 ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติตามหลักการของการบำบัดตามโปรแกรม IMR ก่อนเริ่มการบำบัดและปีละ 2 ครั้ง ผู้ให้บริการสุขภาพแจกแบบ

เรื่องที่ 4 / หัวข้อ	เนื้อหา
การบำบัด (ต่อ)	สำรวจให้รายงานตนเองไปยังผู้รับบริการให้ผู้รับบริการตอบกลับมายังทีมผู้วิจัยพร้อมกับที่อยู่ในซองปิดผนึก ผู้รับบริการและผู้ให้การบำบัดโปรแกรม IMR ตอบแบบประเมินครั้งที่ 1 ก่อนการบำบัด ครั้งที่ 2 ภายหลังครั้งที่ 1 6 เดือน ครั้งที่ 3 ภายหลังจากครั้งที่ 1 12 เดือน 1) ผู้วิจัยส่งรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการไปให้ผู้จัดการศูนย์สุขภาพจิตชุมชน 30 แห่งในรัฐอินเดียนา และสอบถามความสนใจ ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน 3 แห่งตอบรับและใน 2 ปีต่อมา ก่อนการฝึกผู้ให้การบำบัดจะเริ่มขึ้น ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน 1 แห่งขอลาออกจากการวิจัยและภายหลังศูนย์สุขภาพจิตชุมชนอีก 2 แห่งแสดงความสนใจจะเข้าร่วมโครงการ ดังนั้นจึงมีศูนย์สุขภาพจิตชุมชนที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 7 ศูนย์ ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนแต่ละแห่งระบุผู้รับผิดชอบโปรแกรมและบุคลากรที่จะได้รับการฝึกหัด เมื่อบุคลากรอธิบายโครงการศึกษาวิจัยให้แก่ผู้รับบริการ ผู้รับบริการที่มีความสนใจจะเข้าร่วมโปรแกรมเช่นยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการสามารถรับการบำบัดในโปรแกรม IMR ได้โดยไม่ต้องเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) กระบวนการนำโปรแกรม IMR ลงสู่การปฏิบัติ ผู้ฝึกหัดผู้บำบัดเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพจิตระดับปริญญาเอกจำนวน 1 คน และผู้รับบริการจำนวน 1 คน ภายหลังผู้วิจัยเพิ่มบุคลากรในทีมสุขภาพจิตที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทอีกจำนวน 2 คน และผู้รับบริการอีกจำนวน 1 คน เป็นผู้ฝึกหัดผู้บำบัด ในระยะแรกผู้ฝึกผู้บำบัดเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเป็นผู้ฝึกผู้บำบัดจาก Susan Gingerich ซึ่งเป็นผู้พัฒนาโปรแกรม IMR และโทรปรึกษากับ Susan Gingerich อีกเป็นระยะเวลา 1 ปี หลังจากนั้น ผู้ฝึกผู้บำบัดทำงานกับองค์กรที่ให้บริการสุขภาพจิตเพื่อให้การช่วยเหลือในการนำโปรแกรม IMR ลงสู่การปฏิบัติ การฝึกผู้บำบัดในระยะแรก เป็นการนำเสนอโปรแกรม IMR และแนะนำวิดีโอจากแหล่งที่รวบรวมเครื่องมือ และวางแผนการนำโปรแกรม IMR ไปใช้ โดยผู้นำองค์กรที่ให้บริการและผู้รับบริการที่

เรื่องที่ 4 / หัวข้อ	เนื้อหา
การบำบัด (ต่อ)	ได้รับโปรแกรม IMR ในระยะแรกที่เป็นการศึกษา นำร่องจนสิ้นสุดโปรแกรม ศูนย์สุขภาพจิตที่เข้าร่วมโครงการ ส่งเอกสารเชิญชวนผู้รับบริการที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรม การฝึกทักษะการบำบัดแก่ผู้บำบัดใช้เวลา 2 วัน ซึ่งมีเอกสารและวัสดุการเรียนรู้เกี่ยวกับ หลักฐานเชิงประจักษ์ มโนทัศน์การฟื้นฟู คุณลักษณะและคุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด หลักการและเหตุผล และคำอธิบายใน แต่ละหน่วยของการบำบัด ผู้บำบัดที่ได้รับการฝึกจะได้ รับคำชี้แจงเกี่ยวกับการให้การศึกษา การเสริมแรงเชิงบวก เทคนิคการบำบัด ทางการรู้คิดและพฤติกรรมที่ใช้ในโปรแกรม IMR โดยภาพรวม และให้ผู้ บำบัดที่ได้รับการฝึกดูวิดีโอการบำบัดแต่ละครั้ง ฝึกแสดงบทบาทสมมุติ ในการใช้วัสดุการเรียนรู้และทักษะต่างๆ มีผู้เข้ารับการฝึกทักษะการ บำบัดจำนวน 2 วันนี้จากรัฐอินเดียนา จำนวนมากกว่า 500 คน ผู้วิจัย เลือกผู้บำบัดที่ได้รับการฝึกหัดจำนวน 306 คน เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้บำบัดที่เข้าร่วมการวิจัย สามารถโทรศัพท์หรือ e-mail ปรึกษาผู้ ฝึกผู้บำบัดเมื่อต้องการและได้รับการตรวจเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง เพื่อประเมิน การปฏิบัติตามหลักการบำบัด ผู้รับผิชอบโปรแกรมได้รับการเชิญให้ เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้รับผิชอบโครงการของ ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนอื่นเดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลาประมาณ 12 เดือน อย่างไรก็ดี พบว่าผู้บำบัดต้องการคำแนะนำการใช้เทคนิคมากขึ้น ผู้วิจัยจึงจัดการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอีกจำนวน 2 ครั้ง เพื่อให้ผู้บำบัดและผู้ฝึกผู้บำบัดนำเสนอและให้ข้อมูลย้อนกลับกรณี ตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงและจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการในการสร้าง แรงจูงใจเป็นครั้งคราว การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมอีก 2 ครั้ง แก่ผู้บำบัดโปรแกรม IMR
ระเบียบวิธีวิจัย	งานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการบำบัด โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ
ระดับของหลักฐาน	หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ IV
ผลการวิจัย	ผู้วิจัยเริ่มการวิจัยกับศูนย์สุขภาพจิตชุมชนจำนวน 7 ศูนย์ มีศูนย์ สุขภาพจิตชุมชน จำนวน 1 ศูนย์ ประสบปัญหาในการนำโปรแกรม IMR

เรื่องที่ 4 / หัวข้อ	เนื้อหา
ผลการวิจัย(ต่อ)	ไปใช้ จึงไม่ได้เข้าร่วมการวิจัย ผลการบำบัดตามโปรแกรม IMR ใน 6 ศูนย์ พบว่า คะแนนการปฏิบัติตามหลักการของการบำบัดตามหลักการของการบำบัดตามโปรแกรม IMR เพิ่มขึ้นตลอดเวลา ผลลัพธ์ในผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามรายงานตนเองจากผู้รับบริการจำนวน 324 คน ในจำนวนนี้เป็นชาวคอเคเซียน จำนวน 267 คน (82%) เป็นผู้ชาย จำนวน 159 คน (49%) มีการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือ GED จำนวน 268 คน (83%) มีอายุเฉลี่ย 43.7 ปี (SD = 11.6) เมื่อพิจารณาข้อมูลผู้รับบริการในชุมชนเดียวกัน พบว่า ผู้รับบริการเพศชายและผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า รับการบำบัดตามโปรแกรม IMR สูงกว่า ผู้รับบริการที่รับการบำบัดตามโปรแกรม IMR ในแต่ละศูนย์ มีจำนวนตั้งแต่ 23 คน- 109 คนและมีอัตราการออกจากงานวิจัยตั้งแต่ 10-50 % อย่างไรก็ตามเนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพจิตเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้ผู้ปวยรายงานตนเอง ผู้วิจัยจึงไม่รู้ว่าอัตราการออกจากงานวิจัยที่แน่นอน ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้รับบริการที่รับการบำบัดตามโปรแกรม IMR จนครบ แต่ไม่ได้ตอบแบบสอบถาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสามารถระบุ อัตราการลาออกจากงานวิจัยจากผู้รับบริการที่รับการบำบัดและตอบแบบสอบถามครบ แบบสอบถามที่ได้รับคืนมา แสดงให้เห็นว่า ผู้รับบริการมีทักษะการจัดการกับความเจ็บป่วย (ประเมินโดยผู้ปวยและผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต) และคะแนนความหวังเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 6 เดือน ($p < 0.05$) และระยะติดตามผล 12 เดือน ($P < 0.01$)
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้ เป็นการขยายผลของการใช้และประเมินโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูในการบำบัด ไปใช้กับผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข คือ ส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท โดยพัฒนาความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยและมีการฟื้นฟู อันจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองและมีความหวังเพิ่มขึ้น

เรื่องที่ 4 / หัวข้อ	เนื้อหา
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	การใช้โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูในตัวในผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงเพื่อเพิ่มความหวังของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการบำบัดรายกลุ่มที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระ กระบวนการเก็บข้อมูลและประเมินผลลัพธ์สามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1 โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูในตัว เป็นการบำบัดรายกลุ่มในผู้เจ็บป่วยทางจิต ซึ่งอยู่ในศูนย์สุขภาพจิตชุมชน 7 แห่ง ในรัฐอินเดียนา 2 การบำบัดรายกลุ่มตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูในตัว ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและเพิ่มความหวัง 3 โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูในตัว บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 9 เดือน 4 การประเมินผลลัพธ์ การประเมินการปฏิบัติตามหลักการของการบำบัดตามโปรแกรม IMR ประกอบด้วย 1) เครื่องมือประเมินการปฏิบัติตามหลักการของการบำบัดตามโปรแกรม IMR (The Illness Management and Recovery Fidelity Scale) ประเมินระดับการนำโปรแกรมไปใช้ ให้ผู้บำบัดประเมินพฤติกรรมว่า นำการบำบัดในโปรแกรม IMR ไปใช้มากน้อยเพียงใด 2) เครื่องมือประเมินการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (General Organizational Index : GOI) เกี่ยวกับการปฏิบัติที่ให้และหน่วยงานให้การฝึกหัดหรือการนิเทศในการปฏิบัติเพียงใด การประเมินผลลัพธ์ในผู้รับบริการ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูในตัว (The Illness Management and Recovery Scale) ใช้ประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ผู้รับบริการเป็นผู้ประเมิน

เรื่องที่ 4 / หัวข้อ	เนื้อหา
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	2) เครื่องมือประเมินความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ (The Satisfaction With Service) ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง 3) เครื่องมือประเมินความหวังในวัยผู้ใหญ่ (The Adult State Hope Scale) ให้ผู้ป่วยประเมินว่าข้อความนั้นเป็นจริงสำหรับผู้ป่วยเพียงใด

เรื่องที่ 5 Kirkpatrick, H., Landeen, J., Byrne, C., Woodside, H., Pawlick, J., & Bernado, A.(1995).Hope and Schizophrenia : Clinicians Identify Hope-Instilling Strategies. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33, 15-19.

เรื่องที่ 5 / หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อระบุวิธีการที่บุคลากรทางจิตเวชใช้ในการสร้างความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	-
สถานที่ทำวิจัย	ชุมชนของรัฐแฮมมิงตันและออนตาริโอประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	อาสาสมัครซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพจิตที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 15 คน
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	แบบสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลาประมาณ 45 นาทีและอัดเสียงลงเทปบันทึกเสียงไว้ ผู้วิจัยเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำเนื้อหาการสัมภาษณ์จากเทปบันทึกเสียงมาใส่รหัสและนำมาวิเคราะห์
การบำบัด	-
ระเบียบวิธีวิจัย	งานวิจัยเชิงคุณภาพ
ระดับของหลักฐาน	หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ VI
ผลการวิจัย	ผลการวิจัย พบว่ากลยุทธ์ที่บุคลากรทางสุขภาพจิตใช้เสริมสร้างความหวังแก่ผู้ป่วยได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ บุคลากรทางสุขภาพจิตส่วนใหญ่กล่าวถึงความสำคัญของสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสารและ

เรื่องที่ 5 / หัวข้อ	เนื้อหา
ผลการวิจัย (ต่อ)	ความไว้วางใจระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย ประกอบด้วยการรับฟังและให้คุณค่าแก่ผู้ป่วย ความเข้าใจโลกทัศน์ของผู้ป่วยและการยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลอย่างที่เป็น ทำให้เกิดความหวัง ขณะเดียวกันความหวังของบุคลากรในทีมสุขภาพจิตที่เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ และผ่านพ้นไปได้จะมีส่วนชักนำความหวังของผู้ป่วยในทางบวก 2) การเอื้ออำนวยให้ประสบความสำเร็จ การเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ของการตั้งเป้าหมายและการบรรลุเป้าหมายในสถานการณ์การดำเนินชีวิตประจำวันและสถานการณ์อื่นๆ เมื่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จจะรู้สึกได้ว่า สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้มากขึ้นและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น การฝึกอาชีพที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การทำงานในแต่ละขั้นตอนจะช่วยให้ผู้ป่วยภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง 3) การติดต่อกับผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบความสำเร็จในชีวิตด้านใดด้านหนึ่ง บุคลากรในทีมสุขภาพจะรู้จักผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหลากหลาย การจัดให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ติดต่อกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันจะช่วยลดความรู้สึกว่าเหว และเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เป็นตัวแบบ 4) การจัดการกับความเจ็บป่วย การควบคุมอาการและการบริหารยาต้านโรคจิตเป็นวิธีการที่สำคัญวิธีการหนึ่งในการสร้างความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท การประเมินและการจำแนกผู้ป่วยที่รู้สึกสิ้นหวังหรือซึมเศร้าจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย การทบทวนอดีตเพื่อให้เรียนรู้วิธีการลดและควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและสมาชิกในชุมชน ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในเรื่อง อาการ การควบคุมอาการ การฟื้นฟู ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยและชุมชนมีความเข้าใจว่าผู้เจ็บป่วยทางจิตสามารถมีชีวิตอย่างพาสึกได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยลดการแยกตัวเองลง 6) อุปสรรคของความหวัง อุปสรรคของความหวังในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่การตีตราจากสังคมและบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการเป็นจริงไม่ปรารถนากับผู้ป่วย อุปสรรคของความหวังภายในผู้ป่วยได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย เช่น ผลของอาการและความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพ

เรื่องที่ 5 / หัวข้อ	เนื้อหา
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้ ได้ระบุถึงกลยุทธ์ที่บุคลากรทางสุขภาพจิตใช้ในการเสริมสร้างความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข คือ ส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีเอกลักษณ์และมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระในกลยุทธ์ที่บุคลากรทางสุขภาพจิตใช้ในการเสริมสร้างความหวังมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท
ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)	- งานวิจัยมีการอธิบายและระบุที่มาของคำถามการวิจัย มีความชัดเจนดังนั้นคำถามการวิจัย“บุคลากรทางสุขภาพจิตใช้วิธีการอะไรในการสร้างความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท” - ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย - ผู้วิจัยระบุแหล่งเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน กล่าวคือ อาสาสมัครซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพจิตที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ให้ข้อมูล - การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาประมาณ 45 นาที และอัดเสียงลงเทปบันทึกเสียงไว้ - ผู้วิจัยเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำเนื้อหาการสัมภาษณ์ที่ถอดจากเทปบันทึกเสียง โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและลงรหัสเพื่อตอบคำถามการวิจัย - ผลงานวิจัยเชื่อถือได้ และเป็นกลยุทธ์ที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมความหวังให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท - ข้อสรุปจากงานวิจัยได้มาจากผลของงานวิจัย
ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือดำเนินการในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร	การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) วิธีการสร้างความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่บุคลากรทางจิตเวชใช้สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงานของผู้ศึกษา สอดคล้องกับเจมมิ่งของโรงพยาบาล ปัจจุบันหน่วยงานมีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีอาการทางจิตที่แตกต่างกัน ซึ่งวิธีการดังกล่าวต้องทำในผู้ป่วยที่อยู่ระยะที่มีอาการทางจิตที่สงบ แต่ก็สามารถนำมาใช้ในช่วงระยะ sub acute phase ได้ และส่งต่อไปยังจิตเวชชุมชน

เรื่องที่ 5 / หัวข้อ	เนื้อหา
ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือดำเนินการในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร(ต่อ)	2 ความเป็นไปได้ (Feasibility) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำวิธีการในการสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ได้อย่างอิสระในช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาล การปฏิบัติตามงานวิจัย พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย มิติ และองค์ประกอบของความหวัง รวมทั้งกลยุทธ์ต่างๆในการส่งเสริมความหวัง แต่ก็ที่สามารถฝึกฝนได้ กลยุทธ์ในการส่งเสริมความหวังให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทบำบัดโดยตัวพยาบาล อาจต้องใช้อุปกรณ์บ้าง แต่ก็ไม่ยุ่งยากในการจัดหา เช่น หนังสือ เอกสาร ฯลฯ 3 ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) วิธีการในการส่งเสริมความหวังของผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลสามารถนำมาใช้ได้อย่างอิสระในช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรมช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวัง มีคุณภาพชีวิต มีความผาสุก สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ และอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทและเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ
สรุปการนำไปใช้	อาสาสมัครซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพจิตใช้วิธีการในการสร้างความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การเอื้ออำนวยให้ประสบความสำเร็จ 3) การติดต่อกับผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบความสำเร็จในชีวิตด้านใดด้านหนึ่ง 4) การจัดการกับความเจ็บป่วย การควบคุมอาการและการบริหารยาต้านโรคจิต 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย 6) อุปสรรคของความหวัง

เรื่องที่ 6 Kirkpatrick, H., Landeen, J., Woodside, H., & Byrne, C. (2001). How People With Schizophrenia Build Their Hope. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39(1), 46-53.

เรื่องที่ 6 / หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่ออธิบายความหวังตามมุมมองของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการที่ผู้ป่วยจิตเภท สร้างความหวังให้กับตนเอง การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาใหญ่เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	-
สถานที่ทำวิจัย	ชุมชนแห่งหนึ่งในรัฐแอริโซนา ประเทศแคนาดา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คนตามเพศ (ชาย 8 คน หญิง 2 คน) ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4-17 ปี อายุที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 18-42 ปี ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 คน มีที่อยู่อาศัยและรายได้ที่ไม่เปลี่ยนแปลง
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง(semi-structured) ซึ่งผู้วิจัย (ไม่รู้จักกลุ่มตัวอย่าง) เป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วย เกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการสร้างและดำรงรักษาความหวัง ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที และอัดเสียงลงเทปบันทึกเสียงจากนั้นนำเนื้อหาการสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียงมาให้ผู้วิจัยทุกคนอ่าน ลงรหัสและวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อระบุความหวังและวิธีการที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้สร้างความหวังให้กับตนเอง คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประกอบด้วย 1) อะไรในชีวิตที่ช่วยให้คุณรู้สึกมีความหวัง 2) คุณเชื่อว่าความหวังช่วยคุณในการเผชิญกับเวลาที่ยากลำบากหรือไม่ 3) จากประสบการณ์ของคุณบุคคลากรในทีมสุขภาพช่วยให้คุณมีความหวังได้อย่างไร
การบำบัด	-
ระเบียบวิธีวิจัย	งานวิจัยเชิงคุณภาพ
ระดับของหลักฐาน	หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ VI
ผลการวิจัย	สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสร้างและดำรงรักษาความหวังได้แก่ 1 การดำรงรักษาสัมพันธภาพ (maintaining relationships) สัมพันธภาพที่ช่วยในการทำให้เกิดความหวังเป็นสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวที่ใกล้ชิด บุคคลสำคัญในชีวิตและกลุ่มเพื่อนที่ให้ความ

เรื่องที่ 6 / หัวข้อ	เนื้อหา
ผลการวิจัย (ต่อ)	ช่วยเหลือในการอยู่เป็นเพื่อน (being there) การให้กำลังใจ (providing encouragement) การแสดงความเข้าใจ (showing understanding) การให้การสนับสนุน (giving support) ครอบครัวจะให้ความเข้าใจ การสนับสนุน ความสรีรภาพแก่ผู้ป่วยอย่างมาก ความเข้าใจว่าผู้ป่วยสามารถทำอะไรและไม่สามารถทำอะไรได้ การรับฟังจากครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า อย่างไรก็ตามสัมพันธ์ภาพที่ไม่ส่งเสริมให้เกิดความหวังได้แก่สัมพันธ์ภาพที่แตกหัก (relationship breakdown) ครอบครัวที่ปกป้องผู้ป่วยมากเกินไปหรือครอบครัวที่ไม่เข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วย สัมพันธ์ภาพกับบุคลากรในทีมสุขภาพจิตที่สนับสนุนความหวังของผู้ป่วยได้แก่การสนับสนุนทางอารมณ์ การรับฟังอย่างจริงจังในช่วงวิกฤตที่บุคลากรในทีมสุขภาพแสดงความรู้สึเคื่ออาทร และใช้เวลาในการสื่อสารว่ามีความหวังต่อสิ่งดีๆที่จะเกิดขึ้นได้ เช่น ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็ตามคุณจะทำดีขึ้นหรือการแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักผู้ป่วยอื่น หรือทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขกับผู้ป่วยอื่น 2 ประสบการณ์ของความสำเร็จ (experiencing success) การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายหรือมีประสบการณ์ของความสำเร็จเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยที่สำคัญให้เกิดความหวังซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ ก) การแสวงหาสิ่งที่เป็นความหวัง ข) ตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ค) ประสบความสำเร็จในงานเล็กๆน้อยๆในชีวิตประจำวันหรือประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายในการทำงาน ผู้ป่วยต้องการบางสิ่งบางอย่างให้หวังเช่นการทำงาน ครอบครัวหรือความช่วยเหลือบางอย่าง เป้าหมายเล็กๆในชีวิตประจำวันเช่นการออกไปเดินเล่นหรือการตระหนักถึงความสำเร็จในชีวิตประจำวันเล็กๆน้อยๆ เป้าหมายในระยะยาว เช่นการประสบความสำเร็จในการทำงาน การปรับปรุงตนเอง บทบาทของบุคลากรในทีมสุขภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังได้แก่การตั้งเป้าหมายและช่วยให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายโดยการให้กำลังใจและการสนับสนุน การเรียนรู้ความสำเร็จของเพื่อนจากการอ่าน

เรื่องที่ 6 / หัวข้อ	เนื้อหา
ผลการวิจัย (ต่อ)	หรือการฟังเรื่องเกี่ยวกับบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการเผชิญกับการป่วยด้วยโรคจิตเภทหรือญาติที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทจะช่วยให้เกิดความหวัง 3 การควบคุม (taking control) ความรู้สึกของการควบคุมชีวิตและอาการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังในอนาคต ผู้ป่วยที่เรียนรู้การตระหนักและการจัดการกับอาการเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ขณะเดียวกันประสบการณ์ที่ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงความคิดของตนเองได้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณสมบัติความสามารถที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 4 การหาความหมาย (finding meaning) การหาความหมายในชีวิตช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง ความเชื่อทางจิตวิญญาณเป็นแหล่งของความหวังที่สำคัญในผู้ป่วย เช่น ความเชื่อในพระเจ้าหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้แก่สวดมนต์หรือการอ่านคัมภีร์ ความเชื่อในพระเจ้า ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วย ความเชื่อว่าเป็นพระประสงค์ของพระเจ้าช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้ เป็นการอธิบายความหวังตามมุมมองของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการที่ผู้ป่วยจิตเภทสร้างความหวังให้กับตนเอง ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข คือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการสร้างความหวังให้กับตนเอง อันจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความท้อแท้ เบื่อหน่ายและสิ้นหวัง มีวิธีการในการสร้างและดำรงรักษาความหวังให้กับตนเอง พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระในการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสร้างความหวังให้กับตนเอง
ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	1 งานวิจัยอธิบายที่มาของคำถามการวิจัยมีความชัดเจน กล่าวคือการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ชีวิตและความฝันของบุคคลตกเป็นเสี่ยงดังนั้นคำถามการวิจัย “ผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีการอะไรในการสร้างความหวังให้กับตนเอง”และ“บุคลากรในทีมสุขภาพจิตใช้วิธีการใดส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท”

เรื่องที่ 6 / หัวข้อ	เนื้อหา
ประเมินคุณภาพ หลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)	2 ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีความเหมาะสมกับ วัตถุประสงค์การวิจัย 3 ผู้วิจัยระบุนการเลือกแหล่งเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างไว้อย่าง ชัดเจนกล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ให้ข้อมูล 4 การเก็บข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured) ซึ่งผู้วิจัย (ไม่รู้จักกลุ่มตัวอย่าง) เป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วย เกี่ยวกับวิธีการที่ ผู้ป่วยใช้ในการสร้างและดำรงรักษาความหวัง ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที และอัดเสียงลงเทปบันทึกเสียง 5 ผู้วิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล เนื้อหาการ สัมภาษณ์ที่ถอดจากเทปบันทึกเสียง โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและลง รหัสเพื่อตอบคำถามการวิจัย 6 ผลงานวิจัยเชื่อถือได้ และเป็นกลยุทธ์ที่พยาบาลสามารถ นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมความหวังให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท 7 ข้อสรุปจากงานวิจัยได้มาจากผลของงานวิจัย
ประเมินความเป็นไป ได้ในการปฏิบัติหรือ ดำเนินการในบริบทที่ เฉพาะเจาะจงของ องค์กร	1 การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) วิธีการสร้างและดำรงรักษาความหวังของผู้ป่วยจิตเภท สามารถ นำมา ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงานของผู้ศึกษา สอดคล้องกับเข็มมุ่ง ของโรงพยาบาล ปัจจุบันหน่วยงานมีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ แต่ต้องทำในผู้ป่วยที่อยู่ระยะตั้งแต่ sub-acute เพราะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการ ทางจิตสงบ 2 ความเป็นไปได้ (Feasibility) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำวิธีการในการสร้าง และดำรงรักษาความหวังของผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ได้อย่างอิสระใน ช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทและความ รับผิดชอบของพยาบาล การปฏิบัติตามงานวิจัย พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมาย มิติ และองค์ประกอบของความหวัง รวมทั้งกลยุทธ์ต่างๆใน การส่งเสริมความหวัง แต่ก็ที่สามารถฝึกฝนได้

เรื่องที่ 6 / หัวข้อ	เนื้อหา
ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือดำเนินการในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร (ต่อ)	กลยุทธ์ในการส่งเสริมความหวังให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท บำบัดโดยตัวพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ อาจต้องใช้อุปกรณ์บ้าง แต่ก็ไม่ยุ่งยากในการจัดหา เช่น หนังสือ เอกสาร ฯลฯ 3 ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) วิธีการในการสร้างและดำรงรักษาความหวังของผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลสามารถนำมาใช้ได้อย่างอิสระในช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรม ช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวัง มีคุณภาพชีวิต มีความผาสุก สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ และอยู่ในชุมชนได้ ช่วยลดการกลับมาป่วยซ้ำและค่ารักษา ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทและเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1 กลยุทธ์ในการส่งเสริมความหวัง เป็นวิธีการที่ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คนตามเพศ (ชาย8คนหญิง2คน) ป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4-17 ปี อายุที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่18-42 ปี ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 คน มีที่อยู่อาศัยและรายได้ที่ไม่เปลี่ยนแปลง 2 การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง(semi-structured) สัมภาษณ์ผู้ป่วย เกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการสร้างและดำรงรักษาความหวัง ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที และอัดเสียงลงเทปบันทึกเสียง จากนั้นนำเนื้อหาการสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียงมาให้ผู้วิจัยทุกคนอ่าน ลงรหัสและวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อระบุความหวังและวิธีการที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้สร้างความหวังให้กับตนเอง สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสร้างและดำรงรักษาความหวัง ได้แก่ 1) การดำรงรักษาสัมพันธภาพ (maintaining relationships) 2) ประสบการณ์ของความสำเร็จ (experiencing success) 3) การควบคุม (taking control) 4) การหาความหมาย (finding meaning)

เรื่องที่ 7 McCann, T. V. (2002). Uncovering Hope with Clients who have Psychotic Illness. *Journal of Holistic Nursing*, 20, 81-99.

เรื่องที่ 7 / หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์การวิจัย	อธิบายวิธีการที่พยาบาลสุขภาพจิตชุมชนค้นพบความหวังในอนาคตของผู้ป่วยจิตเวช
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	-
สถานที่ทำวิจัย	รัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลีย
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ทั้งหมด 41 คน เป็นผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 9 คน บุคคลสำคัญต่อผู้ป่วย ได้แก่ พ่อแม่ จำนวน 7 คน คู่รักจำนวน 1 คน พยาบาลสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 24 คน
การเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	วิธีการสัมภาษณ์และสังเกต (โดยผู้วิจัย) - การสัมภาษณ์เชิงลึก: ใช้เวลา 60-90 นาทีและอัดเสียงลงเทปบันทึกเสียงไว้
การเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	- การสังเกต: การดำเนินชีวิตทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวัน ผู้วิจัยเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำเนื้อหาการสัมภาษณ์จากเทปบันทึกเสียงมาใส่รหัสและนำมาวิเคราะห์รวมทั้งรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต
การบำบัด	-
ระเบียบวิธีวิจัย	งานวิจัยเชิงคุณภาพ
ระดับของหลักฐาน	หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ VI

เรื่องที่ 7 / หัวข้อ	เนื้อหา
ผลการวิจัย	พยาบาลสุขภาพจิตชุมชนใช้กลยุทธ์ในการช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหวัง 2 วิธีการคือการเพิ่มแรงจูงใจ(enhance motivation) และพัฒนาวิถีสู่ความผาสุก(developing pathway to wellness) กิจกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นภายใต้บริบทของสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพิ่มความมุ่งมั่นในตนเอง(self determination) แก่ผู้ป่วย การให้การศึกษาและการวางแผนสำหรับอนาคต 1 การเพิ่มแรงจูงใจ (enhance motivation) การเพิ่มแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขสัมพันธภาพที่มีลักษณะสนับสนุนและนับถือซึ่งกันและกัน(supportive and mutual-relationship) ภายใต้สัมพันธภาพพยาบาล พยายามค้นพบปรัชญาในชีวิตและระบุสิ่งที่มีความหมายในชีวิตของผู้ป่วยเพื่อค้นพบความหวังในอนาคต เมื่อผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองมีความหวังที่เป็นจริงสำหรับอนาคตจะเป็นโอกาสเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วย 2 พัฒนาวิถีสู่ความผาสุก(developing pathway to wellness) การพัฒนาวิถีสู่ความผาสุกเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการวางแผนสำหรับอนาคต สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและบรรลุเป้าหมายนั้น ซึ่งเป็นความหวังที่เฉพาะเจาะจง ข้อมูลจากการวิจัย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวจากเครือข่ายทางสังคม พยาบาลใช้วิธีการอภิปรายร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการสร้างเครือข่ายและการริเริ่มมิตรภาพซึ่งทำให้เกิดความเชื่อมั่นและความภาคภูมิใจแก่ผู้ป่วย
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้เป็นการอธิบายถึงวิธีการที่พยาบาลสุขภาพจิตชุมชนค้นพบความหวังในอนาคตของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข คือ ส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตการปฏิบัติทางวิชาชีพได้โดยอิสระในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทค้นพบความหวัง กระบวนการเก็บข้อมูลและประเมินผลลัพธ์สามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้

เรื่องที่ 7 / หัวข้อ	เนื้อหา
ประเมินคุณภาพ หลักฐานเชิงประจักษ์	1 งานวิจัย อธิบายและที่มาของคำถามการวิจัยมีความชัดเจน ดังนั้น คำถามการวิจัย “นอกจากยาแล้วมีอะไรที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการฟื้นตัว” 2 ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีความเหมาะสมกับ วัตถุประสงค์ 3 ผู้วิจัยระบุการเลือกแหล่งเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างไว้อย่าง ชัดเจนกล่าว คือ ผู้ป่วยจิตเวช บุคคลสำคัญต่อผู้ป่วย คู่รัก พยาบาล สุขภาพจิตชุมชน 4 การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต(โดย ผู้วิจัย) - การสัมภาษณ์เชิงลึก: ใช้เวลา 60-90 นาทีและอัดเสียงลงเทป บันทึกเสียงไว้ - การสังเกต: การดำเนินชีวิตทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ วัน 5 ผู้วิจัยเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำเนื้อหาการสัมภาษณ์จากเทป บันทึกเสียงมาใส่รหัสและนำมาวิเคราะห์รวมทั้งรวบรวมข้อมูลจากการ สังเกต 6 ผลงานวิจัยเชื่อถือได้ และเป็นกลยุทธ์ที่พยาบาลสามารถ นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อค้นพบความหวังในอนาคตของ ผู้ป่วยจิตเวช อันเป็นการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภทได้ 7 ข้อสรุปจากงานวิจัยได้มาจากผลของงานวิจัย
ประเมินความเป็นไป ได้ในการปฏิบัติหรือ ดำเนินการในบริบทที่ เฉพาะเจาะจงของ องค์กร	1 การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) วิธีการที่พยาบาลสุขภาพจิตชุมชนค้นพบความหวังในอนาคต ของผู้ป่วยจิตเวช สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงานของผู้ ศึกษา สอดคล้องกับเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ปัจจุบันหน่วยงานมีผู้ป่วย จิตเภทเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ แต่ต้องทำในผู้ป่วยที่อยู่ระยะตั้งแต่ sub-acute เพราะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ

เรื่องที่ 7 / หัวข้อ	เนื้อหา
ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือดำเนินการในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร(ต่อ)	2 ความเป็นไปได้ (Feasibility) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำ วิธีการในการค้นพบความหวังในอนาคตของผู้ป่วยจิตเวชมาใช้ได้อย่างอิสระในช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาล การปฏิบัติตามงานวิจัย พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมาย มิติ และองค์ประกอบของความหวัง รวมทั้งกลยุทธ์ต่างๆในการค้นพบความหวัง แต่ก็ที่สามารถฝึกฝนได้ วิธีการในการค้นพบความหวังในอนาคตของผู้ป่วยจิตเวชบำบัดโดยพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน อาจต้องใช้อุปกรณ์บ้าง แต่ก็ไม่ยุ่งยากในการจัดหา เช่น หนังสือ เอกสาร ฯลฯ 3 ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) วิธีการในการค้นพบความหวังในอนาคตของผู้ป่วยจิตเวชพยาบาลสามารถนำมาใช้ได้อย่างอิสระในช่วงเวลาการจัดกลุ่มกิจกรรมช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวัง มีคุณภาพชีวิต มีความผาสุก สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ และอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งคุ้มค่ากับการจัดกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติงานประจำ และไม่เกิดความเสียหาย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	พยาบาลสุขภาพจิตชุมชนใช้กลยุทธ์ในการช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหวัง 2 วิธีการคือการเพิ่มแรงจูงใจ(enhance motivation) และพัฒนาวิถีสู่ความผาสุก(developing pathway to wellness) กิจกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นภายใต้บริบทของสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพิ่มความมุ่งมั่นในตนเอง(self determination) แก่ผู้ป่วย การให้การศึกษาและการวางแผนสำหรับอนาคต

3.3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาได้จัดทำตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์(collective table)ที่สืบค้นได้ ทั้ง 7 เรื่อง ดังนี้

เรื่องที่ 1	Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 32 Supplement 1, S32-43.
วัตถุประสงค์	ประเมินผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR)
ระเบียบวิธีวิจัย	วัดก่อนและหลังการบำบัดโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งข้อมูล	ผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน อายุ 18-65 ปี มีอาการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพและสังคม จำนวน 33 คน
เครื่องมือ/การเก็บข้อมูล	แบบประเมินการฟื้นตัว (IMR Scale) องค์กรประกอบ“ความเชื่อมั่นในตนเองและความหวัง”
การบำบัด	โปรแกรม IMR -บำบัด รายกลุ่ม และรายบุคคล -ในชุมชน -สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-1 1/2 ชั่วโมง ระยะเวลา 9 เดือน -มีเนื้อหาการบำบัด 9 หน่วย
ผลการวิจัย	ภายหลังการบำบัด ผู้ป่วยมี -คะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบย่อยความเชื่อมั่นในตนเองและความหวัง การมุ่งสู่เป้าหมาย อาการทางจิตไม่มีอิทธิพลในการควบคุมผู้ป่วย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04, 0.05$ และ 0.04 ตามลำดับ) เมื่อสิ้นสุดการบำบัด และในระยะติดตามผล 3 เดือน หลังการบำบัด
ข้อสรุปเพื่อ การนำไปใช้	โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวสามารถใช้ส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท อายุ 18-65 ปี ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพและสังคมในชุมชนได้

เรื่องที่ 2	Barbic, S., Krupa, T., & Armstrong, I. (2009). A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified recovery workbook program: preliminary findings. <i>Psychiatric Services</i> , 60(4), 491-497.
วัตถุประสงค์	ศึกษาผลของแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม (recovery workbook group intervention) ในบุคคลที่ป่วยทางจิตอย่างรุนแรง (severe mental illness)
ระเบียบวิธีวิจัย	RCTs
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งข้อมูล	ผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน โรคจิตหลงผิดหรือโรคไบโพลาร์ในชุมชน ที่มีอายุ 18-60 ปี จำนวน 33 คน
เครื่องมือ	แบบประเมินความหวัง Herth Hope Index และแบบประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR Scale)
การบำบัด	แบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม -การบำบัดรายกลุ่ม -ในชุมชน -บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 12 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน -ประกอบด้วยเนื้อหา 7 บท
ผลการวิจัย	ภายหลังการบำบัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมี -คะแนนความหวังในแบบประเมิน Herth Hope Index สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) -คะแนนองค์ประกอบความเชื่อมั่นในตนเองและความหวังในการประเมินการฟื้นตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$)
ข้อสรุปเพื่อ การนำไปใช้	แบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม สามารถใช้บำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวนในชุมชน (ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังในชีวิตเพิ่มมากขึ้น

เรื่องที่ 3	Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. <i>Psychiatric Services</i> , 58(11), 1461-1466.
วัตถุประสงค์	ประเมินผลการใช้โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว(IMR)โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ RCTs
ระเบียบวิธีวิจัย	RCTs
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งข้อมูล	ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง จำนวน 210 คน
เครื่องมือ/การเก็บข้อมูล	เครื่องมือในการประเมินความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ใช้แบบประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว(IMR Scale) ซึ่งวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า เครื่องมือประเมินการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้และเป้าหมายในชีวิต 2) การเผชิญกับความเจ็บป่วยและ 3) การใช้ยารักษาอาการทางจิตที่มีประสิทธิภาพและการลดการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด
การบำบัด	โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว -การบำบัดรายกลุ่ม -ในชุมชน -บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 8 เดือน -ประกอบด้วยเนื้อหา 9 หน่วย
ผลการวิจัย	ภายหลังการบำบัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมี -คะแนนความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการไปสู่เป้าหมายในชีวิต หลังการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ -คะแนนความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการไปสู่เป้าหมายในชีวิต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้	โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) สามารถใช้บำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือโรค จิตเภทอารมณ์แปรปรวน ในชุมชน(ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังเพิ่มมากขึ้น

เรื่องที่ 4	Salyers, M. P., Godfrey, J. L., McGuire, A. B., Gearhart, T., Rollins, A. L., & Boyle, C. (2009). Implementing the illness management and recovery program for consumers with severe mental illness. <i>Psychiatric Service</i> , 60(4), 483-490.
วัตถุประสงค์	เพื่อขยายผลของการใช้และประเมินโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวไปใช้กับผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง
ระเบียบวิธีวิจัย	วัดก่อนและหลังการบำบัดโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งข้อมูล	ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง จำนวน 324 คน
เครื่องมือ/การเก็บข้อมูล	เครื่องมือในการประเมินความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ใช้แบบประเมิน 1) เครื่องมือประเมินความหวังในวัยผู้ใหญ่ (The Adult State Hope Scale)
การบำบัด	โปรแกรม IMR -การบำบัดรายกลุ่ม -ในชุมชน -สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3-6 เดือน -ประกอบด้วยเนื้อหา 9 หน่วย
ผลการวิจัย	ภายหลังการบำบัด ผู้ป่วยมี -คะแนนความหวัง(The Adult State Hope Scale) เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระยะติดตามผล 6 เดือน และ 12 เดือน
ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้	โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือโรค จิตเภทอารมณ์แปรปรวน ในชุมชน (ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังเพิ่มมากขึ้น

เรื่องที่ 5	Kirkpatrick, H., Landeen, J., Byrne, C., Woodside, H., Pawlick, J., & Bernado, A. (1995). Hope and Schizophrenia : Clinicians Identify Hope-Instilling Strategies. <i>Journal of Psychosocial Nursing</i> , 33, 15-19.
วัตถุประสงค์	เพื่อระบุวิธีการที่บุคลากรทางจิตเวชใช้ในการสร้างความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงคุณภาพ
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งข้อมูล	อาสาสมัครซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพจิตที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 15 คน
เครื่องมือ/ การเก็บข้อมูล	แบบสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลาประมาณ 45 นาที
การบำบัด	-
ผลการวิจัย	พบว่ากลยุทธ์ที่บุคลากรทางสุขภาพจิตใช้เสริมสร้างความหวังแก่ผู้ป่วยได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การเอื้ออำนวยให้ประสบความสำเร็จ 3) การติดต่อกับผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบความสำเร็จในชีวิตด้านใดด้านหนึ่ง 4) การจัดการกับความเจ็บป่วย การควบคุมอาการและการบริหารยาต้านโรคจิต 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย 6) อุปสรรคของความหวัง
ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้	บุคลากรทางสุขภาพจิต สามารถนำกลยุทธ์ทั้ง 6 กลยุทธ์ไปใช้เสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

เรื่องที่ 6	Kirkpatrick, H., Landeen, J., Woodside, H., & Byrne, C. (2001). How People With Schizophrenia Build Their Hope. <i>Journal of Psychosocial Nursing</i> , 39(1), 46-53.
วัตถุประสงค์	เพื่ออธิบายความหวังตามมุมมองของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการที่ผู้ป่วยจิตเภทสร้างความหวังให้กับตนเอง
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงคุณภาพ
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งข้อมูล	ผู้ป่วยจำนวน 10 คน (ชาย 8คน หญิง 2คน) ป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4-17 ปี อายุที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 18-42 ปี
เครื่องมือ/ การเก็บข้อมูล	แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง(semi-structured) ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที
การบำบัด	-
ผลการวิจัย	ผู้ป่วยจิตเภทสร้างและดำรงรักษาความหวัง โดยวิธี 1) การดำรงรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลสำคัญในชีวิต 2) ประสบการณ์ของความสำเร็จในสิ่งที่ตั้งเป้าหมาย 3) ความรู้สึกละอายใจที่สามารถควบคุมชีวิตและอาการของโรค 4) การหาความหมายในชีวิต
ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้	วิธีการสร้างและดำรงรักษาความหวังทั้ง 5 วิธี สามารถใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เรื่องที่ 7	McCann, T. V. (2002). Uncovering Hope with Clients who have Psychotic Illness. <i>Journal of Holistic Nursing</i> , 20, 81-99.
วัตถุประสงค์	อธิบายวิธีการที่พยาบาลสุขภาพจิตชุมชนค้นพบความหวังในอนาคตของผู้ป่วยจิตเวช
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงคุณภาพ
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งข้อมูล	ทั้งหมด 41คน เป็นผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 9 คน บุคคลสำคัญต่อผู้ป่วย ได้แก่ พ่อแม่ จำนวน 7 คน คู่รักจำนวน 1คน พยาบาลสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 24 คน
เครื่องมือ/การเก็บ ข้อมูล	วิธีการสัมภาษณ์และสังเกต
การบำบัด	-
ผลการวิจัย	พยาบาลสุขภาพจิตชุมชนใช้กลยุทธ์ในการช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหวัง 2 วิธี คือ 1) การเพิ่มแรงจูงใจ (enhance motivation) ในการระบุสิ่งที่มีความหมายในชีวิตของผู้ป่วย เพื่อค้นหาความหวังในอนาคต 2) พัฒนาวิถีสู่ความผาสุก (developing pathway to wellness) โดยกิจกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นภายใต้บริบทของสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ในการสร้างเครือข่ายและริเริ่มมิตรภาพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นและภูมิใจในตนเอง
ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้	กลยุทธ์ในการช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหวัง 2 วิธี สามารถใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์เนื้อหาการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์แต่ละชิ้น และสรุปลงตาราง ดังนี้

ลำดับ	เนื้อหา	IMR	Recovery W.	วิธีการสร้าง H1	วิธีการสร้าง H2	วิธีการสร้าง H3
1	กลยุทธ์การฟื้นตัว	✓	✓			
2	ความจริงเกี่ยวกับโรคจิตเภท	✓	✓	✓		
3	แนวคิดความเครียด ความเปราะบาง และกลยุทธ์การรักษา	✓				
4	การสร้างการสนับสนุนทางสังคม	✓	✓			✓
5	การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ	✓				
6	การลดการกลับเป็นซ้ำ	✓				
7	การเผชิญความเครียด	✓	✓			
8	การเผชิญกับปัญหาและอาการทางจิตที่ยังคงอยู่/ การควบคุมชีวิต และอาการทางจิตของตนเอง	✓		✓	✓	
9	การตอบสนองความต้องการของตนเองในระบบบริการสุขภาพ	✓	✓			
10	การสร้างและดำรงรักษาสัมพันธภาพกับผู้ป่วย	✓		✓	✓	✓
11	การสร้างแรงจูงใจในการบำบัด	✓		✓		✓
12	การตั้งเป้าหมาย วางแผน และเฝ้าระวังให้ประสบความสำเร็จ	✓	✓	✓	✓	
13	การค้นหาลักษณะที่มีความสำคัญและความหมายในชีวิต		✓		✓	✓
14	การพัฒนาวิถีสู่ความสุข					✓
15	เห็นตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันหรือผู้ป่วยจิตเภทที่มีชีวิตอยู่อย่างสร้างสรรค์	✓		✓		
16	เอกสารการตีพิมพ์และโปสเตอร์	✓				

หมายเหตุ 1 IMR หมายถึง The Illness Management and Recovery Program (Mueser et al., 2006, Hasson et al., 2007, Salyer et al., 2009)

2 Recovery w. หมายถึง Recovery workbook group intervention (Barbic et al., 2009)

3 วิธีการสร้าง H 1 หมายถึง Identify Hope-Instilling (Kirkpatrick et al., 1995)

4 วิธีการสร้าง H 2 หมายถึง How People With Schizophrenia Build Their Hope (Kirkpatrick et al., 2001)

5 วิธีการสร้าง H 3 หมายถึง Uncovering Hope with Clients who have Psychotic Illness (McCann, 2002)

สรุปประเด็นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ดังนี้

การส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท สามารถใช้ โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (Hasson et al., 2007; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009) หรือใช้ โปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม (Barbic et al., 2009) และข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจิตเภท ญาติหรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และบุคลากรในทีมสุขภาพใช้ส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท (Kirkpatrick et al., 1995; Kirkpatrick et al., 2001; McCann, 2002) เป็นแนวทางในการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภทได้

ข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Kirkpatrick et al., 1995; Kirkpatrick et al., 2001; McCann, 2002) เน้นความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองและความเชื่อมั่นว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ การช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีประสบการณ์ของความสำเร็จ (experiencing success) โดยช่วยผู้ป่วยแสวงหาสิ่งที่เป็นความหวังหรือตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงเล็กๆ น้อยๆ ในชีวิตประจำวันหรือการดูแลตนเองในปัจจุบัน และประสบความสำเร็จตามเป้าหมายนั้น รวมทั้งการสร้างเครือข่ายและการริเริ่มมิตรภาพซึ่งทำให้เกิดความเชื่อมั่นและความภาคภูมิใจแก่ผู้ป่วย การหาความหมายในชีวิตและวางแผนสำหรับอนาคต จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง

โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (Hasson et al., 2007; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009) ได้รับการพัฒนาจากการทบทวนงานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมในการสอนกลยุทธ์ในการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองแก่ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง เป็นการบำบัดรายกลุ่มในชุมชนและสามารถบำบัดเป็นรายบุคคลได้ โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัวใช้กลยุทธ์ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 5 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและการรักษา 2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior) ต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา 3) การพัฒนาแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 4) การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมโดยการฝึกทักษะทางสังคม และ 5) การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดในการจัดการกับอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ วิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยที่ดีกว่าและช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดีต่อไป (more forward in their lives) ประกอบด้วยเนื้อหา 9 หน่วย คือ กลยุทธ์การฟื้นตัว ความจริงเกี่ยวกับโรคจิตเภท แนวคิดความเครียด ความเปราะบาง และกลยุทธ์การรักษา การสร้างการสนับสนุนทางสังคม การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ การลดการกลับเป็นซ้ำ การเผชิญความเครียด การเผชิญกับปัญหาและอาการทางจิตที่ยังคงอยู่ การตอบสนองความต้องการของตนเองในระบบบริการสุขภาพ

แบบฝึกหัดการฟื้นฟูตัวรายกลุ่มในบุคคลที่ป่วยทางจิตอย่างรุนแรง (Barbic et al., 2009) เดิมเป็นการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นจำนวน 30 ครั้ง แต่ได้รับการปรับปรุงให้สั้นลง เป็นการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นจำนวน 12 ครั้ง มีเนื้อหาการบำบัดคล้ายคลึงกับโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูตัวแต่ไม่ได้เน้นเกี่ยวกับการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การกลับเป็นซ้ำ และการควบคุมอาการความเจ็บป่วย โดยยังคงเนื้อหาเกี่ยวกับการฟื้นฟูตัว การเพิ่มความรู้และการควบคุม การจัดการกับความเครียดในชีวิต ส่งเสริมความหมายในชีวิตของบุคคล สร้างการสนับสนุนต่อตนเอง การตั้งเป้าหมายในชีวิต การเพิ่มความรู้และการควบคุมอาการความเจ็บป่วย

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้เพื่อตอบคำถาม/แก้ไขปัญหาด้านคลินิก “แนวทางการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเป็นอย่างไร”

ผู้ศึกษาได้สกัดประเด็นที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้ และให้ข้อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

แนวทางการส่งเสริมความหวังให้กับผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้เนื้อหา และวิธีการในโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูตัว (IMR) (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV) โปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นฟูตัวรายกลุ่ม (Barbic et al., 2009 ระดับ II) และข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาวิธีการที่ผู้ป่วยจิตเภท ญาติหรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย และบุคลากรในทีมสุขภาพใช้ส่งเสริมและดำรงรักษาความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท (McCann, 2002; Kirkpatrick, Landeen, Byrne, Woodside, Pawlick, & Bernado, 1995; Kirkpatrick, Landeen, Woodside, & Byrne, 2001 ระดับ VI) ซึ่งสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

- 1 ผู้ป่วยที่ควรเข้ารับการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวัง ควรเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV) อยู่ในวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ (18-65 ปี) (Barbic et al., 2009 ระดับ II; Mueser et al., 2006 ระดับ IV) และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพและสังคม (Mueser et al., 2006 ระดับ IV)

- 2 ผู้บำบัดควรประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการบำบัดในการส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วย เพื่อวางแผนการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยมีข้อควรพิจารณา ดังนี้

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง มีการกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้ง และมีความเสื่อมในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันทั้งด้านการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพและสังคม ซึ่งส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่มีความหวังในชีวิตและการรักษา ควรได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการ

กับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) ซึ่งเป็นการบำบัดระยะยาว 3-9 เดือน มีเนื้อหาครอบคลุม 2 ด้าน คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความสำคัญของการรักษาด้วยยา การลดการกลับเป็นซ้ำ การเผชิญกับปัญหาและอาการทางจิตที่ยังคงอยู่ และการตอบสนองความต้องการของตนเองในระบบบริการสุขภาพ 2) การเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวัน การสร้างและดำรงรักษาการสนับสนุนทางสังคม (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

- ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความหวัง เนื่องจากความเสื่อมในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันทั้งด้านการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพและสังคม ควรได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม ซึ่งเป็นการบำบัดที่ปรับปรุงให้สั้นและใช้ระยะเวลาการบำบัดเพียง 3 เดือน มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเพิ่มความรู้และการควบคุมการเจ็บป่วยทางจิตในการบำบัด 1.5 ครั้ง และเน้นเนื้อหา การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน การสร้างการสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมความหมายและตั้งเป้าหมายในชีวิตในชีวิต (Barbic et al., 2009 ระดับ II)

3 แนวทางการส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภทมีหลักการดังนี้

3.1 การสร้างสัมพันธภาพ

ผู้บำบัดใช้การสื่อสาร และสร้างความไว้วางระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับฟังและให้คุณค่า ความเข้าใจโลกทัศน์ และการยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลอย่างที่เป็น และเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ (McCann, 2002; Kirkpatrick et al., 1995; Kirkpatrick et al., 2001 ระดับ VI)

3.2 การสร้างแรงจูงใจ

ผู้บำบัดสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และจัดการกับความเจ็บป่วยโดยดึงสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต และกลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด ที่ให้ความช่วยเหลือในการอยู่เป็นเพื่อน (being there) ให้กำลังใจ (providing encouragement) ให้ความเข้าใจ (showing understanding) และการสนับสนุน (giving support) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและกำลังใจในการดูแลตนเอง

การบำบัดเป็นรายกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ติดต่อกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกัน ลดความรู้สึกว่าเหว และเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เป็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในชีวิตด้านใดด้านหนึ่ง

3.3 การให้สุขภาพจิตศึกษา

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังจะเรียนรู้ และจดจำการเรียนรู้ได้ช้าจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการสอนอย่างซ้ำๆ ใช้กลยุทธ์และเทคนิคการสอนที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และจดจำการเรียนรู้ได้อย่างสูงสุด (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV; McCann, 2002 ระดับ VI) เกี่ยวกับความ

เจ็บป่วยทางจิตและการรักษา การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลตนเองที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านชีวภาพและจิตสังคม และพัฒนาแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

3.4 การสร้างความภูมิใจในตนเองโดยการฝึกทักษะ และเอื้ออำนวยให้ประสบความสำเร็จ

การเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ของการตั้งเป้าหมายและการบรรลุเป้าหมายในสถานการณ์การดำเนินชีวิตประจำวันและสถานการณ์อื่นๆ ประสบการณ์ความสำเร็จจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ และเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น (Kirkpatrick et al., 1995 ระดับ VI)

3.5 การส่งเสริมการให้ความหมายและตั้งเป้าหมายในชีวิต

การช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาหาความหมายหรือสิ่งที่มีคุณค่าในชีวิตเพื่อช่วยให้เกิดความหวัง ความเชื่อทางจิตวิญญาณเป็นแหล่งของความหวังที่สำคัญ การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยและดูแลตนเอง และให้คุณค่ากับความต้องการของตนเอง (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Kirkpatrick et al., 1995; Kirkpatrick et al., 2001; McCann, 2002 ระดับ VI)

4 การบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภทจัดให้แกผู้ป่วยในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดรายกลุ่ม (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV) แต่สามารถจัดเป็นการบำบัดรายบุคคลได้ (Mueser et al., 2006 ระดับ IV)

5 ระยะเวลาการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท

5.1 ระยะเวลาการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้ขั้นตอนการบำบัดของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) ใช้ระยะเวลาการบำบัด 3-9 เดือนโดยให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-1 1/2 ชั่วโมง (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV) ซึ่งจำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดขึ้นกับลักษณะปัญหาและความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย

5.2 ระยะเวลาการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้ขั้นตอนการบำบัดของโปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่มใช้ระยะเวลาการบำบัด 12 สัปดาห์โดยให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Barbic et al., 2009 ระดับ II) ซึ่งเนื้อหาการบำบัดส่วนใหญ่ใกล้เคียงกับโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) แต่โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) เน้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยใช้แนวคิดความเครียด ความเปราะบาง กลยุทธ์ในการลดความเครียดและความเปราะบางทางชีวภาพ และจิตสังคม การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการทางจิตที่ยังคงอยู่ด้วย

6 การบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการ ดังนี้

6.1 การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพมีความสำคัญ การสื่อสาร และความไว้วางใจระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการรับฟังและให้คุณค่าแก่ผู้ป่วย ความเข้าใจ และการยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคล ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง รวมทั้งความหวังของบุคลากรในทีมสุขภาพจิตที่เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูตัวได้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง (Kirkpatrick et al., 1995; Kirkpatrick et al., 2001; McCann, 2002 ระดับ VI)

6.2 การชี้แจงวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการและขั้นตอนการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจกระบวนการและผลลัพธ์การบำบัด (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.3 ความหมาย “การฟื้นฟูตัว” ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา กระบวนการฟื้นฟูตัว ระยะของการฟื้นฟูตัว ลักษณะที่สำคัญของกระบวนการฟื้นฟูตัว เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูตัว และตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูตัวของตนเองแก่ผู้ป่วย (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.4 การเพิ่มความรู้และการควบคุมอาการความเจ็บป่วย มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต การควบคุมอาการและการดำเนินโรค ระบบบริการสุขภาพจิต รู้จักแหล่งบริการที่ให้บริการเพื่อการฟื้นฟูตัวในชุมชน ประกอบด้วยเนื้อหา

6.4.1 ความจริงเกี่ยวกับโรคจิตเภทมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ระบุอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท 2) กำจัดความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) ทำความรู้จัก (address) กับตราบาป 4) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักกับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีชีวิตอยู่อย่างสร้างสรรค์ (productive lives) (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV; Kirkpatrick et al., 1995 ระดับ VI)

6.4.2 แนวคิดความเครียด ความเปราะบาง และกลยุทธ์การรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายว่า ความเครียดและความเปราะบางทางชีวภาพเป็นสาเหตุของอาการโรคจิตเภท 2) อภิปรายกลยุทธ์ในการลดความเครียดและความเปราะบางทางชีวภาพ 3) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.4.3 การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต 2) เพิ่มทักษะในการอภิปรายกับแพทย์เกี่ยวกับประเด็นการใช้ยารักษาโรคจิต 3) ช่วยผู้ป่วยประเมินผลดีและผลเสียของการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต 4) สอนการปรับพฤติกรรมเพื่อเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.4.4 การลดการกลับเป็นซ้ำมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สอนผู้ป่วยให้มีความเข้าใจว่า การกลับเป็นซ้ำสามารถทำนายและป้องกันได้ 2) พัฒนาแผนการป้องกันกลับเป็นซ้ำที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.4.5 การเผชิญกับปัญหาและอาการทางจิตที่ยังคงอยู่ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สอนรูปแบบการแก้ปัญหา 2) ช่วยให้ผู้ป่วยระบุปัญหาทั่วไปและอาการทางจิตที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ 3) ฝึกปฏิบัติกลยุทธ์การจัดการกับอาการทางจิตที่ยังคงอยู่ (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV; Kirkpatrick et al., 1995 ระดับ VI)

6.4.6 การตอบสนองความต้องการของตนเองในระบบบริการสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทบทวนระบบบริการสุขภาพจิตต่างๆที่มีอยู่ 2) ระบุสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาจากการประกันตนที่ผู้ป่วยมีอยู่ 3) ช่วยให้ผู้ป่วยระบุกลยุทธ์ในการต่อรองให้กับตนเองในระบบบริการสุขภาพจิต (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.5 ความเครียดและการจัดการกับความเครียด มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ป่วยเข้าใจความเครียดและปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด และรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองสามารถลดความเครียดและพัฒนาความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) เรียนรู้และฝึกปฏิบัติ กลยุทธ์ในการเผชิญและจัดการกับความเครียด ประกอบด้วยเนื้อหา 1) อาการแสดงของความเครียด 2) ระดับความเครียด 3) ปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปต่อความเครียด 4) กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด 5) ความผาสุกทางด้านร่างกาย (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.6 การสร้างการสนับสนุนทางสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายเกี่ยวกับการสร้างการสนับสนุนทางสังคมสามารถเอื้ออำนวยให้เกิดการฟื้นตัวได้อย่างไร และ สอนกลยุทธ์ในการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) ทักษะการสื่อสารพื้นฐาน 2) การโต้ตอบต่ออารมณ์ 3) ขั้นตอนในการค้นหาทรัพยากรการสนับสนุนทางสังคม 4) การสร้างการสนับสนุนทางสังคม 5) การรับการสนับสนุนทางสังคม 6) การสร้างขอบเขตของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV; McCann; 2002 ระดับ VI)

7 อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัด เอกสารการเรียนรู้ ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ซึ่งประกอบด้วยประเด็นสำคัญของหน่วยและใบงานเพื่อเพิ่มการเรียนรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ให้การบำบัดใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ และจดจำการเรียนรู้อย่างสูงสุด เช่นการสอนโดยการมีปฏิสัมพันธ์และ

ตรวจสอบความเข้าใจตลอดระยะเวลาการบำบัดแต่ละคน (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

8 ผู้ให้การบำบัด คือ บุคลากรทางสุขภาพจิตที่ได้รับการฝึกอบรมการบำบัด (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV) เช่น จิตแพทย์ (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV) นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (Mueser et al., 2006 level IV)

9 การประเมินความหวังในผู้ป่วยจิตเภท สามารถใช้เครื่องมือประเมินความหวัง (The Herth Hope Index) เครื่องมือประเมินความหวังในวัยผู้ใหญ่ (The Adult State Hope Scale)

9.1 เครื่องมือประเมินความหวัง (The Herth Hope Index) (Barbic et al., 2009 ระดับ II) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 4 ระดับคะแนน

9.2 เครื่องมือประเมินความหวังในวัยผู้ใหญ่ (The Adult State Hope Scale) (Salyer et al., 2009 ระดับ IV) ประกอบด้วยข้อคำถามให้รายงานจำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 4 ระดับคะแนน

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติ 3 ขั้นตอนดังนี้

1) กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะรู้สึกท้อแท้และหมดหวังจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องรับประทานยาต้านโรคจิตตลอดชีวิต หากหยุดรับประทานยาจะมีอาการและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ มีความเสื่อมในการทำหน้าที่ไม่สามารถศึกษาต่อหรือประกอบอาชีพได้ ไม่มีรายได้ ได้รับปฏิกริยาในทางลบจากครอบครัวและญาติ ได้รับความรังเกียจจากคนในชุมชนที่อยู่อาศัย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองและปฏิบัติตามแผนการรักษา

2) สืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือ ได้งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 7 เรื่อง เมื่อประเมินความน่าเชื่อถือโดยใช้เกณฑ์การประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบว่าเป็นงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 2 (randomized controlled trials) จำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 4 ซึ่งเป็นงานวิจัยที่วัดผลลัพท์ก่อนและหลังการบำบัดโดยไม่มีการเปรียบเทียบ จำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 6 ซึ่งเป็นงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 เรื่อง

3) นำงานวิจัยทั้ง 7 เรื่องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ลงในตาราง (collective table) จากนั้นนำมาสรุปเป็นข้อแนะนำ (recommendation) รูปแบบการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้ การส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นตัว การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคจิต การรักษา และการควบคุมอาการ ความเครียดและการจัดการกับความเครียด การฝึกทักษะการดูแลตนเองและเอื้ออำนวยให้ประสบความสำเร็จ การสร้างการสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมความหมายและตั้งเป้าหมายในชีวิต การบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นการบำบัดรายกลุ่มในชุมชนและผู้ให้การบำบัดเป็น บุคลากรทางสุขภาพจิตที่ได้รับการฝึกอบรมการบำบัด

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท สามารถบำบัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ดังนั้นผู้ให้การบำบัดจึงควรเลือกวิธีการบำบัดให้เหมาะสมกับความสมัครใจ ความพึงพอใจ ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่รับการบำบัด รวมทั้งบริบทของหน่วยงาน
2. ควรนำรูปแบบการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์นี้ไปทดลองใช้ในหน่วยงานโดยการศึกษาในรูปแบบนำร่อง (Pilot Study) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม ก่อนที่จะขยายไปสู่หน่วยงานอื่น เพื่อปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ดีขึ้น
3. ควรมีการเผยแพร่รูปแบบการบำบัด เพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้พัฒนา นำเสนอแก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยเผยแพร่ในวารสาร และสิ่งตีพิมพ์ต่างๆ เพื่อให้มีการพัฒนาการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

การส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

INTERVENTION TO BUILD HOPE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA :
EVIDENCE-BASED NURSING

วรรณ รัตนภิรมย์ 4836953 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด., ประภา ยุทธไศร, พย.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิก

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายมีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในปีพ.ศ. 2549 มีจำนวน 19 ราย ปีพ.ศ. 2550 มีจำนวน 27 ราย และปีพ.ศ. 2551 มีจำนวน 49 ราย ตามลำดับ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทพยายามฆ่าตัวตายได้แก่ รู้สึกท้อแท้ หมดหวังในชีวิต เปื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วยและการรับประทันยา ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ เช่น ความคิดหลงผิด หวาดระแวงหวูแว่ว และทำร้ายผู้อื่น และมีอาการกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ (Harrow, Grossman, Jobe, & Herbener, 2005; Harrow, Sands, Silverstein, & Goldberg, 1997; Jobe, Harrow, 2005; Hardinget. et al.,1987; World Health Organization, 2006) ซึ่งสาเหตุสำคัญของอาการกลับเป็นซ้ำคือการขาดยาโดยพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วย จะมีอาการกลับเป็นซ้ำในเวลา 9-12 เดือนหลังจากหยุดยา (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง ร่วมกับความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะมีมากยิ่งขึ้น และถ้าป่วยซ้ำนานๆมีโอกาสมัจะมีพยาธิสภาพถาวรมากยิ่งขึ้น (Sadock, & Sadock, 2000)

การป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตีตราว่า “บ้า” หรือ “โรคจิต” ต้องรับประทันยาต้านโรคจิต เป็นระยะเวลานานทั้งชีวิต และต้องทนกับอาการข้างเคียงและความไม่สุขสบายจากยาต้านโรคจิต และการที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำๆ เป็นสาเหตุให้บุคคล

เหล่านี้ท้อแท้และสิ้นหวัง (Littrell, Herth, & Hinte, 1996) อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคนานาน (longitudinal course) และผลลัพธ์การดำเนินโรคไม่ดี (poorer outcome) ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนน้อยที่ฟื้นกลับ (remission) อย่างเต็มที่ (World Health Organization, 2006)

ผู้ป่วยจิตเภทที่สิ้นหวังจะรู้สึกท้อแท้ชีวิต และสถานการณ์ความเจ็บป่วยอยู่นอกเหนือการควบคุมของตนเอง ช่วยตนเองไม่ได้ ละเลยปัจจัยที่ทำให้การดำเนินโรคดี ปฏิเสธความรับผิดชอบ และการเผชิญปัญหาของตนเอง (Kylma, Juvakka, Nikkonen, Korhoen, & Isohanni, 2006) ซึ่งเมื่อบุคคลสิ้นหวัง จะพบว่ามีพฤติกรรมการณ์ตนเองลดลง (Miller, 1985) ในผู้ป่วยจิตเภทที่สิ้นหวัง อาจสังเกตได้จากการแสดงออกในด้านต่างๆ เช่นการไม่ดูแลตนเอง ไม่รวมมือในการรับประทานยา และไม่มาตรวจตามนัด (มณีรัตน์ โพธิ์นิต, 2546) นอกจากนี้ภาวะสิ้นหวัง อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง เนื่องจากความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวังซึมเศร้า และต้องการจะหนีจากภาวะทางจิตที่เป็นอยู่ (Friedman, 2002) จากการศึกษาของ Drake & Cotton (1986) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกสิ้นหวัง มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองในผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่โดยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 20-40 และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายจะฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ร้อยละ 50 (Mortenson & Juel, 1993) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สนั่น บินชัย (2543) ที่พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะพยายามฆ่าตัวตาย และยังพบอีกว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ ความสิ้นหวัง การแยกตัวจากสังคม การรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ก่อนป่วยมีการทำหน้าที่ได้ในระดับสูง และเมื่อหลังป่วยมีความเสื่อมถอยทางสุขภาพ สูญเสียหรือถูกปฏิเสธ มีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่จำกัด มีความเครียดในครอบครัวหรือครอบครัวไม่มั่นคง ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความกลัวว่าตนเองจะมีความเสื่อมถอยทางจิตใจและการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ในอนาคต ต้องพึ่งพาการรักษาในระดับสูงหรือไม่ศรัทธาต่อการรักษา การตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกปัจจัยหนึ่งต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม และเคยมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดีและมีความปรารถนาในชีวิตสูง จะมีความเจ็บปวดจากการรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ทำให้รู้สึกสิ้นหวัง และพยายามฆ่าตัวตาย (Pompili et al., 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Caldwell & Gottesman (1990) ที่พบว่าความสิ้นหวังเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภท

ความหวัง (hope) เป็นความรู้สึก ความต้องการ และความคาดหวังในทางบวก ซึ่งเป็นไปได้ตั้งแต่ ความต้องการให้เกิดสิ่งดีๆ ขึ้นในวันพรุ่งนี้ หรือการสวดอ้อนวอนให้เกิดสันติสุขขึ้นในโลก (Mauk & Sclemidt, 2004) บุคคลที่มีความหวังคิดว่าตนเองจะได้รับผลลัพธ์ที่ต้องการในอนาคต และพยายามหาทางเลือก ในการจัดการกับสถานการณ์แวดล้อม (Farran, herth, & Popvich,

1995) ความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต เป็นสิ่งที่มีคุณค่า มีลักษณะที่เป็นพลวัตรเปลี่ยนแปลงตามอายุ เวลาและสถานการณ์ชีวิต ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่ย่างยากได้ (ชลธิชา สิมะวงศ์, 2545) บุคคลที่มีความหวัง จะไว้วางใจในสัมพันธภาพกับผู้อื่น รู้สึกว่าเป็นไปได้ที่จะบรรลุเป้าประสงค์ในอนาคต มีพลังในการเผชิญความเครียด ความเจ็บปวดและความท้อแท้ มีความผาสุก มีอิสระ มีเป้าหมายและความหวังในชีวิต (Mauk & Sclemidt, 2004; Miller, 2000; Moore, 2005) ความหวังประกอบด้วย 10 องค์ประกอบคือ 1) ความผูกพันซึ่งกันและกัน (mutuality-affiliation) หมายถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีลักษณะเอื้ออาทร แบ่งปัน ไว้วางใจ ได้รับความรักอย่างไม่มีเงื่อนไข รู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง และรู้สึกเป็นที่ต้องการ 2) ความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ (sense of the possible) ซึ่งเป็นความรู้สึกต่อต้านความรู้สึกหมดหวัง 3) หลีกเลียงความเป็นที่สุด (avoidance of absolutism) คือหลีกเลียงมุมมองของชีวิตที่เข้มงวดอย่างที่สุด (rigid all) หรือไม่มีกฎเกณฑ์ใดๆ (non criteria) 4) การคาดหวัง (anticipation) คือการมีความเชื่อว่าจะเกิดสิ่งดีๆ ในอนาคต หวังให้ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในทางบวก รวมทั้งยอมรับความจำเป็นของความอดทนในการรอ 5) สร้างและไปให้ถึงเป้าหมาย (establishment and accomplishment of goals) การประสบกับเป้าหมาย (achieving goals) 6) ความผาสุกทางด้านจิตใจ และการเผชิญความเครียด (psychological well-being and coping) หมายถึงความสามารถของบุคคลในการเคลื่อนย้ายพลังงาน เพื่อดำรงรักษาความหวัง 7) เป้าหมายและความหมายในชีวิต (purpose and meaning in life) หมายถึงการมีชีวิตอยู่เพื่อบางสิ่งบางอย่าง การเสียสละบางสิ่งบางอย่างเพื่อให้ได้มาซึ่งความพึงพอใจ เป้าหมายและความหมายในชีวิตซึ่งมีความสัมพันธ์กับตัวตนทางจิตวิญญาณอย่างใกล้ชิด 8) ความมีอิสระ (freedom) หมายถึงความเชื่อมั่นว่าอุปสรรคมีทางออก 9) การมองโลกในแง่บวกที่อยู่บนความจริง (reality surveillance-optimism) ได้แก่ การแสวงหาสัญญาณในการยืนยันและดำรงรักษาความเป็นไปได้ของความหวัง ขณะที่ดำรงรักษาการมองโลกในแง่ดี ปัจจุบัน และอนาคตในทางบวก 10) การใช้พลังงานทางด้านจิตใจ และร่างกายในการต่อสู้กับความหมดหวัง (mental and physical activation and energy) (Miller, 2007; Miller, 1988)

Noh, Choe, & Yang (2008) ได้สำรวจความหวังของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 25 คนในประเทศเกาหลี ผู้ป่วยที่ให้อาหารข้อมูลทั้งหมดมีความเข้าใจว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท มีอาการทางจิตคงที่และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือ ผู้ป่วยทั้งหมดได้ให้ความหมายของความหวังว่า 1) ความหวังเป็นความหมายในชีวิต (meaning of life) เป็นความคาดหวังในทางบวกที่ช่วยให้ดำเนินชีวิตต่อไป 2) ความหวังเป็นความผาสุกในชีวิต (happiness) เป็นความเชื่อว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นความยากลำบากในชีวิตปัจจุบัน และมีความผาสุกที่จะได้มีชีวิตอยู่กับบุคคลซึ่งเป็นที่รักในบั้นปลายของชีวิต ความหวังเป็นความพยายามอย่างแรงกล้าที่จะ

พัฒนาและดำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ใกล้ชิด 3) ความหวังเป็นความคาดหวังต่ออนาคตที่ดี (anticipation of a better future) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุความหวังนั้น 4) ความหวังเป็นพลังงานในชีวิต (energy of life) ความหวังเป็นพลังงานในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่กับความทุกข์จากการเจ็บป่วยทางจิตเวชเมื่อมีความหวังผู้ป่วยรู้สึกมีชีวิตชีวา โลกน่าอยู่ ดอกไม้และใบไม้ที่ร่วงหล่นมีความสวยงาม ความหวังในผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินชีวิตในอนาคตของผู้ป่วยรวมกับการเจ็บป่วยทางจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทั้งผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และทีมสุขภาพต่างมีความเห็นร่วมกันว่าความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการฟื้นตัว และการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยทางจิต (Byrne, Woodside, Landeen, Kirkpatrick, Bernado, & Pawlick, 1994) การส่งเสริมและการดำรงรักษาความหวังของผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เรียนรู้กลยุทธ์ต่างๆ ในการจัดการกับอาการทางจิตและสถานการณ์ความเครียดที่ประสบในชีวิต และตั้งเป้าหมายในชีวิตที่เป็นจริงให้กับตนเอง และพบว่าการบำบัดที่ส่งเสริมการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Barbic, Krupa, & Armstrong, 2009; Mueser, Meyer, Penn, Clancy, Clancy, & Salyers, 2006; Hasson-Ohayon, Roe, & Kravetz, 2007; Salyers, Godfrey, McGuire, Gearhart, Rollins, & Boyle, 2009)

ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยราตรี สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้สัมภาษณ์และประเมินความสิ้นหวังของผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วยจำนวน 10 ราย โดยใช้แบบประเมินความสิ้นหวังของ Beck (Beck Hopelessness Scale) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อให้ตอบถูกหรือผิด เพื่อประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยต่ออนาคตในทางลบ ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงการมีความหวังจำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามที่แสดงถึงความสิ้นหวังจำนวน 11 ข้อ การให้คะแนนมีค่าตั้งแต่ 0 -20 คะแนน และมีจุดตัดของคะแนน ที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน ผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์ทั้ง 10 ราย มีอายุระหว่าง 31 ปี ถึง 59 ปี (เฉลี่ย 47.5 ปี) มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่ 10 ปี ถึง 30 ปี (เฉลี่ย 15.6 ปี) เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในตั้งแต่ 7 ครั้ง ถึง 38 ครั้ง (เฉลี่ย 14.7 ครั้ง) พบว่า ผู้ป่วยมีความสิ้นหวังในระดับปานกลางจำนวน 1 ราย (14 คะแนน) ผู้ป่วยอีก 9 ราย มีคะแนนความสิ้นหวังอยู่ในระดับรุนแรงคือ มีคะแนนความสิ้นหวังตั้งแต่ 17 คะแนน ถึง 20 คะแนน และผู้ป่วยให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ว่า การป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ถ้าหยุดรับประทานยาจะมีอาการกำเริบ ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง ต้องออกจากงานที่เคยทำไม่สามารถทำหน้าที่และดูแลครอบครัวเช่นก่อนป่วยได้ คิดว่าตนเองเป็นภาระและทำให้ครอบครัวเดือดร้อน สงสารครอบครัว ไม่คาดหวังและไม่มีแผนการในอนาคตเพราะคิดไปก็ไม่มีประโยชน์

เนื่องจากไม่สามารถทำตามหวังได้ และถ้าหวังจะทำให้รู้สึกไม่สมหวังได้ หมกนอนคุดไปสมัครงานที่ไหนก็ไม่มีใครรับ เบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาโรคจิตเป็นระยะเวลานาน ยาโรคจิตทำให้สมองตื้อ คิดช้า และมีอาการข้างเคียงจากการรักษาโรคจิต เช่น มือสั่น ตัวแข็ง ผู้ป่วยส่วนหนึ่งรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนไม่ปกติ ทำงานอะไรไม่ได้ รู้สึกสงสาร ขณะที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวรู้สึกเบื่อหน่าย และเป็นภาระต้องดูแลผู้ป่วยตลอด คนรอบข้างและสังคมไม่ยอมรับ ผู้ป่วยเหล่านี้มีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึมเศร้าไม่คิดอยากจะทำอะไรแม้กระทั่งการทํากิจวัตรประจำวัน รวมไปถึงการรับประทานยาโรคจิต เพราะคิดว่าการรับประทานยาหรือไม่รับประทานยาก็ไม่แตกต่างกัน ไม่ช่วยทำให้โรคจิตหายขาด บางรายเคยมีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง

พยาบาลประจำหอผู้ป่วยราตรีแต่ละคน ได้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทรายที่มีความรู้สึกหมดหวังโดยการสร้างสัมพันธภาพ สนทนาเพื่อการบำบัดเพื่อหาแรงจูงใจในชีวิต ให้กำลังใจ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ประสานงานกับงานสังคมสงเคราะห์และงานจิตเวชชุมชนเพื่อให้ความช่วยเหลือและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการให้การพยาบาลประจำการแต่ละคน ยังใช้วิธีการส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันไปตามประสบการณ์และการศึกษาของพยาบาลแต่ละคน ไม่มีแนวทางการส่งเสริมความหวังให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน และไม่มีการประเมินระดับความหวังของผู้ป่วยจิตเภททั้งก่อนและหลังการสร้างสัมพันธภาพและการสนทนาเพื่อการบำบัด ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยราตรีจึงต้องการสืบค้น วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาวิธีการในการส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ

1.1 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและมีความเสื่อมในการทำหน้าที่ ต้องพึ่งพาอาศัยครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ จากการสนทนา พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกหมดหวังจากการป่วยด้วยโรคจิตเภท เนื่องจากต้องรับประทานยาทางจิตตลอดชีวิต เมื่อหยุดรับประทานยาจะกลับมามีอาการทางจิตและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ไม่สามารถเรียนต่อเพื่อประกอบอาชีพได้ ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ ได้รับปฏิกริยาในทางลบจากครอบครัวและญาติ ได้รับความรังเกียจจากคนในชุมชนที่อยู่อาศัย ทำให้รู้สึกท้อแท้และหมดหวัง

ปัจจุบันหอผู้ป่วยราตรี ยังไม่มีแนวทางการส่งเสริมความหวังให้กับผู้ป่วยจิตเภท เมื่อมีผู้ป่วยจิตเภทที่ท้อแท้ สิ้นหวังหรือ มีประวัติพยายามทำร้ายตนเอง พยาบาลผู้ดูแล จะใช้วิธีการสนทนากับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซักถามถึงเป้าหมายในชีวิต ความภาคภูมิใจ การรู้จักตนเองเกี่ยวกับ

ความเจ็บป่วย ค้นหาสาเหตุของความสิ้นหวัง ประเมินความคิดทำร้ายตนเอง อีกทั้งค้นหาแรงจูงใจหรือความหวังในชีวิตของผู้ป่วย จากนั้นพยาบาลจะใช้แรงจูงใจ (ที่ค้นพบ) เป็นตัวกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความหวังในชีวิตต่อไป ซึ่งการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความหวัง มีความแตกต่างกันขึ้นกับประสบการณ์ ความรู้และทักษะของพยาบาลแต่ละคน แต่บางครั้งภายหลังการสนทนากับผู้ป่วยแล้วพบว่า ผู้ป่วยยังรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง ไม่มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ผู้ศึกษาจึงผู้ศึกษาจึงต้องการหาแนวทางส่งเสริมความหวังให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีขวัญและกำลังใจในการรักษาตัว คุณตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

1.3 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

- 1 พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์
- 2 ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการส่งเสริมความหวัง และมีความหวังเพิ่มมากขึ้นหลังการบำบัด

2. วิธีการดำเนินการ

การศึกษารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลในการบำบัด เพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษามีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้คือ กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษา โดยใช้กรอบ PICO (Melnik & Fineout-Overholt, 2002) ในการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล ประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ลงตารางสกัดงาน และรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดสรุปลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) แล้วนำมาวิเคราะห์ประเด็นที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ และสังเคราะห์สรุปเป็นข้อเสนอแนะ (recommendation) รูปแบบการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการดังนี้

2.1 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

2.1.1 กรอบการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา จึงกำหนดคำถามทางคลินิกว่า“แนวทางการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะอย่างไร” นำไปสู่การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบ PICO (Melnik & Fineout-Overholt, 2002) ในการสืบค้น

P - Population : กำหนดกลุ่มประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยจิตเภท

I - Intervention : กิจกรรมการพยาบาล คือ การส่งเสริมความหวัง

C - Comparison intervention : ไม่มีการเปรียบเทียบ

O - Outcome : กำหนดผลลัพธ์: ความหวัง

กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ schizophrenia, hope instillation, hope fostering, inspire hope, hope, hopelessness

ภายหลังจากผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นงานวิจัยแล้ว พบว่าการส่งเสริมการฟื้นตัวแก่ผู้ป่วยจิตเภท ทำให้คะแนนความหวัง คะแนนองค์ประกอบความเชื่อมั่นในตนเองและความหวังในแบบประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ศึกษาจึงเพิ่มคำสำคัญในการสืบค้นในกิจกรรมการพยาบาล อีก 1 คำ คือ recovery program

2.1.2 เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกรอบการสืบค้น คัดเลือกชนิดของงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือทุกระดับ ที่ตีพิมพ์ในระยะเวลา 20 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2009 และเลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษฉบับสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

2.1.3 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การศึกษาครั้งนี้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ฐานข้อมูล www.guideline.gov, www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au, PubMed, ProQuest Nursing & Allied Health Source, CINAHL, Ovid , ScienceDirect, Blackwell Synergy, HighWire Press, SpringerLink และการสืบค้นด้วยมือ

ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก จำนวน 7 เรื่อง

2.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวทางการประเมินความสอดคล้อง กับประเด็นปัญหาทางคลินิกของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) แนวทางการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย

เชิงปริมาณของ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย (2549) และงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Schickler (2004, อ้างใน สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2549) และแนวทางการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือ ดำเนินการในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กรที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานของ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย (2549) พบว่า งานวิจัยทั้งหมด 7 เรื่อง มีคุณภาพดี และใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิง ประจักษ์ตามระบบการจำแนกหลักฐานของมิวนิกและไฟน์เอาท์ (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) พบระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 เป็นงานวิจัย randomized controlled trials 2 เรื่อง ระดับ 4 เป็นงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการบำบัดโดยไม่มีกลุ่ม เปรียบเทียบ 2 เรื่อง และงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ 3 เรื่อง

2.3 วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยสกัดงานแต่ละเรื่องลงตารางสกัดงาน และสรุป ประเด็นหลักของงานวิจัยแต่ละเรื่องลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) และวิเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

2.4 สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากประเด็นสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่อง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสรุปเป็นข้อแนะนำการบำบัด เพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

3. สรุปข้อแนะนำ (recommendation) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้คือ

แนวทางการส่งเสริมความหวังให้กับผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้เนื้อหา และวิธีการใน โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV) หรือใช้โปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม (Barbic et al., 2009 ระดับ II) และข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาวิธีการที่ผู้ป่วยจิตเภท ญาติหรือ บุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย และบุคลากรในทีมสุขภาพใช้ส่งเสริมและดำรงรักษาความหวังแก่ ผู้ป่วยจิตเภท (McCann, 2002; Kirkpatrick, Landeen, Byrne, Woodside, Pawlick, & Bernado, 1995; Kirkpatrick, Landeen, Woodside, & Byrne, 2001 ระดับ VI) ซึ่งสามารถสรุปข้อแนะนำได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ควรได้รับการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวัง ควรเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ เจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV) อยู่ในวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ (18-65 ปี) (Barbic et al., 2009 ระดับ II; Mueser et al., 2006 ระดับ IV) และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในการดูแลตนเอง การประกอบ อาชีพและสังคม (Mueser et al., 2006 ระดับ IV)

2. ผู้บำบัดควรประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการบำบัดใน การส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วย เพื่อวางแผนการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยมีข้อ ควรพิจารณา ดังนี้

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง มีการกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้ง และมีความเสี่ยงในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันทั้งด้านการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพและสังคมซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีความหวังในชีวิตและการรักษา ควรได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) ซึ่งเป็นการบำบัดระยะยาว 3-9 เดือน มีเนื้อหาครอบคลุม 2 ด้าน คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความสำคัญของการรักษาด้วยยา การลดการกลับเป็นซ้ำ การเผชิญกับปัญหาและอาการทางจิตที่ยังคงอยู่ และการตอบสนองความต้องการของตนเองในระบบบริการสุขภาพ 2) การเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวัน การสร้างและดำรงรักษาการสนับสนุนทางสังคม (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

- ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความหวัง เนื่องจากความเสี่ยงในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันทั้งด้านการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพและสังคม ควรได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม ซึ่งเป็นการบำบัดที่ปรับปรุงให้สั้นและใช้ระยะเวลาการบำบัดเพียง 3 เดือน มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเพิ่มความรู้และการควบคุมการเจ็บป่วยทางจิตในการบำบัด 1.5 ครั้ง และเน้นเนื้อหา การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน การสร้างการสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมความหมายและตั้งเป้าหมายในชีวิตในชีวิต (Barbic et al., 2009 ระดับ II)

3. แนวทางการส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภทมีหลักการ ดังนี้

3.1 การสร้างสัมพันธภาพ

ผู้บำบัดใช้การสื่อสารเพื่อการบำบัด และสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับฟังและให้คุณค่า ความเข้าใจโลกทัศน์ และการยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลอย่างที่เป็น และเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ (McCann, 2002; Kirkpatrick et al., 1995; Kirkpatrick et al., 2001 ระดับ VI)

3.2 การสร้างแรงจูงใจ

ผู้บำบัดสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และจัดการกับความเจ็บป่วยโดยดึงสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต และกลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด ที่ให้ความช่วยเหลือในการอยู่เป็นเพื่อน (being there) ให้กำลังใจ (providing encouragement) ให้ความเข้าใจ (showing understanding) และการสนับสนุน (giving support) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและกำลังใจในการดูแลตนเอง

การบำบัดเป็นรายกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ติดต่อกับผู้ป่วยจิตเภท ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ลดความรู้สึกว่าเหว และเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เป็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในชีวิตด้านใดด้านหนึ่ง

3.3 การให้สุขภาพจิตศึกษา

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังจะเรียนรู้ และจดจำการเรียนรู้ได้ช้า จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการสอนอย่างช้าๆ ใช้กลยุทธ์และเทคนิคการสอนที่หลากหลายเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และจดจำการเรียนรู้ได้อย่างสูงสุด (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV; McCann, 2002 ระดับ VI) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและการรักษา การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลตนเองที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านชีวภาพและจิตสังคม และพัฒนาแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

3.4 การสร้างความภูมิใจในตนเองโดยการฝึกทักษะ และเอื้ออำนวยให้ประสบความสำเร็จ

การเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ของการตั้งเป้าหมายและการบรรลุเป้าหมายในสถานการณ์การดำเนินชีวิตประจำวันและสถานการณ์อื่นๆ ประสบการณ์ความสำเร็จจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้และเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น (Kirkpatrick et al., 1995 ระดับ VI)

3.5 การส่งเสริมการให้ความหมายและตั้งเป้าหมายในชีวิต

การช่วยให้ผู้ป่วยหาความหมายในชีวิต เพื่อช่วยให้เกิดความหวัง ความเชื่อทางจิตวิญญาณเป็นแหล่งของความหวังที่สำคัญ การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยและดูแลตนเอง และให้คุณค่ากับความต้องการของตนเอง (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Kirkpatrick et al., 1995; Kirkpatrick et al., 2001; McCann, 2002 ระดับ VI)

4. การบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภทจัดให้แกผู้ป่วยในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดรายกลุ่ม (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV) แต่สามารถจัดเป็นการบำบัดรายบุคคลได้ (Mueser et al., 2006 ระดับ IV)

5. ระยะเวลาการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท

5.1 ระยะเวลาการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้ขั้นตอนการบำบัดของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) ใช้ระยะเวลาการบำบัด 3-9 เดือนโดยให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-1 1/2 ชั่วโมง (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV) ซึ่งจำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดขึ้นกับลักษณะปัญหาและความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย

5.2 ระยะเวลาการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้ขั้นตอนการบำบัดของโปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่มใช้ระยะเวลาการบำบัด 12 สัปดาห์โดยให้การ

บำบัดสัปดาห์ละครั้ง (Barbic et al., 2009 ระดับ II) ซึ่งเนื้อหาการบำบัดส่วนใหญ่ใกล้เคียงกับโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) แต่โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (IMR) เน้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยใช้แนวคิดความเครียดความเปราะบาง กลยุทธ์ในการลดความเครียดและความเปราะบางทางชีวภาพ และจิตสังคม การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการทางจิตที่ยังคงอยู่ด้วย

6. การบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท มีวิธีการดังนี้

6.1 การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพมีความสำคัญ การสื่อสาร และความไว้วางใจระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการรับฟังและให้คุณค่าแก่ผู้ป่วย ความเข้าใจ และการยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคล ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง รวมทั้งความหวังของบุคลากรในทีมสุขภาพจิตที่เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าสู่กระบวนการฟื้นตัวได้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง (Kirkpatrick et al., 1995; Kirkpatrick et al., 2001; McCann, 2002 ระดับ VI)

6.2 การชี้แจงวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการและขั้นตอนการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจกระบวนการและผลลัพธ์การบำบัด (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.3 ความหมาย “การฟื้นตัว” ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา กระบวนการฟื้นตัว ระยะของการฟื้นตัว ลักษณะที่สำคัญของกระบวนการฟื้นตัว เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับการฟื้นตัว และตั้งเป้าหมายการฟื้นตัวของตนเองแก่ผู้ป่วย (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.4 การเพิ่มความรู้และการควบคุมอาการความเจ็บป่วย มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต การควบคุมอาการและการดำเนินโรค ระบบบริการสุขภาพจิต รู้จักแหล่งบริการที่ให้บริการเพื่อการฟื้นตัวในชุมชน ประกอบด้วยเนื้อหา

6.4.1 ความจริงเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ระบุอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท 2) กำจัดความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) ทำความรู้จัก (address) กับตราบาป 4) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักกับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีชีวิตอยู่อย่างสร้างสรรค์ (productive lives) (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV; Kirkpatrick et al., 1995 ระดับ VI)

6.4.2 แนวคิดความเครียด ความเปราะบาง และกลยุทธ์การรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายว่า ความเครียดและความเปราะบางทางชีวภาพเป็นสาเหตุของอาการโรคจิตเภท 2) อภิปรายกลยุทธ์ในการลดความเครียดและความเปราะบางทางชีวภาพ 3) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.4.3 การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงของยาโรคจิต 2) เพิ่มทักษะในการอภิปรายกับแพทย์เกี่ยวกับประเด็นการใช้ยาโรคจิต 3) ช่วยผู้ป่วยประเมินผลดีและผลเสียของการรักษาด้วยยาโรคจิต 4) สอนการปรับพฤติกรรมเพื่อเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.4.4 การลดการกลับเป็นซ้ำมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สอนผู้ป่วยให้มีความเข้าใจว่า การกลับเป็นซ้ำสามารถทำนายและป้องกันได้ 2) พัฒนาแผนการป้องกันกลับเป็นซ้ำที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.4.5 การเผชิญกับปัญหาและอาการทางจิตที่ยังคงอยู่ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สอนรูปแบบการแก้ปัญหา 2) ช่วยให้ผู้ป่วยระบุปัญหาทั่วไปและอาการทางจิตที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ 3) ฝึกปฏิบัติกลยุทธ์การจัดการกับอาการทางจิตที่ยังคงอยู่ (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV; Kirkpatrick et al., 1995 ระดับ VI)

6.4.6 การตอบสนองความต้องการของตนเองในระบบบริการสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทบทวนระบบบริการสุขภาพจิตต่างๆที่มีอยู่ 2) ระบุสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาจากการประกันตนที่ผู้ป่วยมีอยู่ 3) ช่วยให้ผู้ป่วยระบุกลยุทธ์ในการต่อรองให้กับตนเองในระบบบริการสุขภาพจิต (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.5 ความเครียดและการจัดการกับความเครียด มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ป่วยเข้าใจความเครียดและปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด และรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองสามารถลดความเครียดและพัฒนาความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) เรียนรู้และฝึกปฏิบัติ กลยุทธ์ในการเผชิญและจัดการกับความเครียด ประกอบด้วยเนื้อหา ก) อาการแสดงของความเครียด ข) ระดับความเครียด ค) ปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปต่อความเครียด ง) กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด จ) ความผาสุกทางด้านร่างกาย (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

6.6 การสร้างการสนับสนุนทางสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายเกี่ยวกับการสร้างการสนับสนุนทางสังคมสามารถเอื้ออำนวยให้เกิดการฟื้นตัวได้อย่างไร และ สอนกลยุทธ์ในการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) ทักษะการสื่อสารพื้นฐาน 2) การโต้ตอบต่ออารมณ์ 3) ขั้นตอนในการค้นหาทรัพยากรการสนับสนุนทางสังคม 4) การสร้างการสนับสนุนทางสังคม 5) การรับการสนับสนุนทางสังคม 6) การสร้างขอบเขตของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Barbic et

al., 2009; Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV; McCann; 2002 ระดับ VI)

7. อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัด เอกสารการเรียนรู้ ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วยประเด็นสำคัญของหน่วยและใบงานเพื่อเพิ่มการเรียนรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ให้การบำบัดใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ และจดจำการเรียนรู้อย่างสูงสุด เช่นการสอนโดยการมีปฏิสัมพันธ์และตรวจสอบความเข้าใจตลอดระยะเวลาการบำบัดแต่ละคน (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV)

8. ผู้ให้การบำบัด คือ บุคลากรทางสุขภาพจิตที่ได้รับการฝึกอบรมการบำบัด (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV) เช่น จิตแพทย์ (Hasson et al., 2007 ระดับ II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 ระดับ IV) นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (Mueser et al., 2006 level IV)

9. การประเมินความหวังในผู้ป่วยจิตเภท สามารถใช้เครื่องมือประเมินความหวัง (The Herth Hope Index) เครื่องมือประเมินความหวังในวัยผู้ใหญ่ (The Adult State Hope Scale) องค์ประกอบความเชื่อมั่นในตนเองและความหวังในแบบประเมินการฟื้นตัว (IMR Scale)

9.1 เครื่องมือประเมินความหวัง (The Herth Hope Index) (Barbic et al., 2009 ระดับ II) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 4 ระดับคะแนน

9.2 เครื่องมือประเมินความหวังในวัยผู้ใหญ่ (The Adult State Hope Scale) (Salyer et al., 2009 ระดับ IV) ประกอบด้วยข้อคำถามให้รายงานจำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 4 ระดับคะแนน

4. ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นตัว(IMR) และโปรแกรมแบบฝึกหัดการฟื้นตัวรายกลุ่ม จัดขึ้นในชุมชน ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยที่จะนำโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท สามารถให้การบำบัดในระยะแรกแก่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบได้ในหอผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ และประสานงาน กับพยาบาลจิตเวชชุมชนเพื่อให้การบำบัดต่อเนื่อง

2. การบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยจิตเภท ควรประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคของความหวังเพื่อปรับเนื้อหาและระยะเวลาการบำบัดให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

3. ควรรนำข้อเสนอแนะในการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์นี้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ และทดลองใช้ในหน่วยงานโดยการศึกษาในรูปแบบนำร่อง (Pilot Study) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม ก่อนที่จะขยายไปสู่หน่วยงานอื่น เพื่อปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ดีขึ้น



**INTERVENTION TO BUILD HOPE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA :
EVIDENCE-BASED NURSING**

WANNA RATTANAPIROM 4836953 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : ATIRAT WATTANAPAILIN,
Ed.D., PRAPA YUTTATRI, D.N.S.**EXTENDED SUMMARY****1. Background and Significance of Clinical Problem**

Patients with schizophrenia tended to increasingly commit suicide. According to patient with schizophrenias' suicidal attempts statistics of Somdej Chaopraya psychiatric institute, there were 19, 27, and 49 patient with schizophrenia in 2006, 2007, and 2008, respectively, had suicidal attempts. According to the past study, the most likely causes of suicidal attempts were despair and hopelessness in life, tired of illness and medication. Most patient with schizophrenia were chronic patients with remaining psychotic symptoms such as delusion hallucination with frequent relapse bizarre delusion, auditory hallucination, violence, and paranoid with frequent relapse (Harrow, Grossman, Jobe, & Herbener, 2005; Harrow, Sands, Silverstein, & Goldberg, 1997; Jobe, Harrow, 2005; Harding et al., 1987; World Health Organization, 2006). The dominant cause of relapse was the absence of anti-psychotic drug administration as evidenced from two-third of patient with schizophrenia had relapse within 9-12 months after terminating medication (Somphop Ruengtrakul, 2005). As relapse occurred, patient's self care ability decreased incorporating with higher degree of personality deficit. Long time relapse could lead to higher susceptible to have permanent pathology (Sadock, & Sadock, 2000).

Patient with schizophrenia may be labeled as “maniac” or “psycho”. They have to take antipsychotic drug for the rest of their life and thus have to endure the side effect and discomfort. Frequent hospitalization due to relapse causes patients with schizophrenia to be desperate and hopeless (Littre, Herth, & Hinte, 1996). In addition, most schizophrenic patients had poorer longitudinal course and outcome (World Health Organization, 2006). Small portion of schizophrenic patients get fully remission without remaining psychosis symptom. Only 40-45% of patient had more than 1 time of recovery within 15 years. The 20% of schizophrenic patient had remaining psychotic symptom and increasing disability. 35% of schizophrenic patient had mixed improvement and deterioration of symptoms. These results were in accordance with 32 years schizophrenic patients follow up by Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier (1987) which found that 70% of schizophrenia patient was able to live in community, 30% had fully remission and no relapse, 40% had occasional relapse, and remaining 30% were hospitalized. Among the latter 30%, 20% were hospitalized because of relapse and 10% were not able to be discharged from the hospital. Chronic illness, relapse, and other deterioration cause patient to be desperate and hopeless.

Patient with schizophrenia who were desperate felt the life and illness situation were beyond their control, they could not help themselves out, ignoring self care to maintain good outcome of longitudinal course, and denying their responsibility to cope with problem (Kylma, Juvakka, Nikkonen, Korhoen, & Isohanni, 2006). As the person was hopeless, their self care behavior was reduced (Miller, 1985). In hopeless patient with schizophrenia, some bizarre behavior may be noticed, i.e., ignoring self-care, not-compliance in medication, and did not visit hospital as appointed (Maneerat Pohnil, 2003). In addition, hopelessness caused patient to hurt themselves due to isolation, despair and depression and desire to flee from the existing psychotic symptoms (Freidman, 2002). This study was in accordance with Drake & Cotton (1986) who found that depression and hopelessness were related to suicide attempt in adult patient with schizophrenia, i.e., 20-40% of patient with schizophrenia made suicide attempt and 50% of those who used to have suicide attempt committed suicide (Mortenson & Juel, 1993). This result was also in accordance with Sanarm Binchai (2000) who reported 50% of patients with schizophrenia attempted suicide. The

suicide risk factors in patient with schizophrenia were hopelessness, social isolation, in-patient admission, high psychosocial functioning before onset, health retardation after onset, loss or reject from social, limited source of support, stress in family or insecure family. These patients were afraid of continuous deterioration of psychosocial functioning, had to depend on high level treatment or did not believe in treatment effectiveness. The perception in psychotic illness was also important suicide attempt risk factors since the abstract thinking process of the patients remain intact and used to have high psychosocial functioning and high expectation in life, so they severely suffered from the perception of psychotic illness impact to their individual and social functioning which lead to hopelessness and suicide attempt. (Pompili et al., 2007). This was in accordance with Caldwell & Gottesman (1990) who found hopelessness was an important common factor of suicide attempt in patient with schizophrenia.

Hope is a positive feeling, needs, and expectation which can be the requirement to get better thing in life tomorrow or pray for peace in the world (Mauk & Sclemidt, 2004). The hopeful person thinks that he/she will get the desired outcome in future and find the way to manage surrounding situation (Farran, herth, & Popvich, 1995). Hope is an important ingredient in life, it is valuable and having dynamic characteristic, i.e., varying according to age, time, and situation in life. It enables people to cope with difficult life situation (Cholticha Simawong, 2002). Hopeful person trusts in relationship with other have a feeling of possibility to achieve the desired goal in future, empowered to cope with stress, pain, and despair, and possess happiness freedom, and hopeful life target (Mauk & Sclemidt, 2004; Miller, 2000; Moore, 2005). Hope comprised of 10 components: 1) mutuality-affiliation; signifying the interpersonal relationship characteristic which having sense of sharing, trustworthy, unconditioned love, ownership, and being needed, 2) sense of the possible; which can resist hopelessness, 3) avoidance of absolutism; i.e., avoid the rigid-all and non-criteria life perspective, 4) anticipation: belief that one will get better thing in future, belief in positive life outcome, acceptance in the necessity of patience in waiting, 5) establishment and accomplishment of goals, finding the way to achieve the goal, 6) psychological well-being and coping signifying the capacity of person to transfer their energy to maintain hope, 7) purpose and meaning in life; having the purpose of life to live for something or somebody, purpose and meaning of life is

clearly and closely related to spiritual identity of person, 8) freedom; belief that there will be a way out from life obstacle, 9) reality surveillance – optimism, i.e., searching for the confirmation and persistence of hope, whilst sustaining optimistic view in past, present and future life, 10) mental and physical activation and energy to resist despair and hopelessness (Miller, 2007; Miller, 1988).

Noh, et al. (2008), surveyed hope in 25 patients with schizophrenia in Korea. All patients perceived that they were schizophrenic, had constant psychotic symptom, were able to do self- ADL care autonomously. All patients defined the meaning of hope that 1) hope is the meaning of life- an optimistic anticipation encouraging one to live by, 2) hope is happiness in life, is a belief that one can find the way through the life difficulties and the happiness to live with beloved person in the last stage of life, hope is a strong passion to develop and sustain fruitful relationship with close and beloved person, 3) hope is the anticipation of better future and the consecutive process to achieve such hope, 4) hope is an energy of life for patient with schizophrenia which encourage patients to live despite suffering from psychotic illness. Once inspired with hope, patient was able to live enthusiastically, feeling the world is nice and worth to live by, feeling peaceful and joyful in surrounding such as the falling leaves and the flower in the garden. Hope is therefore important factors for future living of patients accompanied with their psychotic symptoms.

According to literature review, patient with schizophrenia, family, and health care team were of common opinion that hope is important component in recovery and rehabilitation from psychotic illness (Byrne, Woodside, Landeen, Kirkpatrick, Bernado, & Pawlick, 1994) . Hope inspiring and sustaining are therefore important factors to motivate patient with psychotic illness to do their self care, learn psychotic symptom and life-stress management strategy, and set realistic life goal. The rehabilitation-promotion based intervention also inspired hope and self confidence significantly (Barbic, Krupa, & Armstrong, 2009; Mueser, Meyer, Penn, Clancy, Clancy, & Salyers, 2006; Hasson-Ohayon, Roe, & Kravetz, 2007; Salyers, Godfrey, McGuire, Gearhart, Rollins, & Boyle, 2009)

Investigator was psychiatric nurse on duty in Ratree psychiatric ward, Somdej Chaopraya psychiatric institute made interview and assessed hopelessness in 10 patients with schizophrenia using Beck Hopelessness Scale comprising of 20

questions with right or wrong choice answer in order to assess the anticipation of patient with schizophrenia in negative future. Among the questions 9 of them were hopefulness demonstrating questions and 11 of them were hopelessness demonstrating questions. The score ranged from 0-20 with the decision score at 9. The 10 patients with schizophrenia were aged from 31 to 59 years old (average 47.5 years old) the duration of schizophrenia ranged from 10 to 30 years (average 15.6 years). They were admitted as in-patient in the hospital from 7 to 38 times (average 14.7 times). The assessment found one patient had moderate hopelessness (14 points), 9 patients had severe hopelessness (17-20 points). From interviewing, patient stated schizophrenia is incurable disease and cannot stop taking drugs otherwise they would get relapse. The drug decreased functionality and they had to resign from work. They could not take care of their family or raise family income. So, they think they were burden and troublesome to family and they felt pity for this. They had no future plan because they thought it was useless since they could not do what they plan anyway. So if they had hope they could certainly not reach it. They could not apply for new job since no employer want to recruit them. They were bothered of taking drug for a long time. Psychotic drug cause blunt thinking and produce some side effects such as shivering hand and stiff body. Part of patients perceived that family members were pity of them as they were ill and unable to do the job whilst the other patients perceived their family member were boring in taking care of them as well as rejection from neighborhood and social. Thus, these patients were in despair, bothersome, and depression. They did not want to do anything even their activity of daily living including taking psychotic drug since they thought that it made no difference, it could not cure their schizophrenia. Some patients had suicide ideation.

Psychiatric nurse in the ward treated patients with schizophrenia who were hopeless by nurturing relationship and made therapeutic communication for, i.e., finding motivation, encouraging, providing information support upon schizophrenia for relative and patient. In addition, psychiatric nurse in the ward also coordinate with social welfare and community psychiatric nurse to provide continuous care and support. However, each nurse still had different method in inspiring hope to patient according to their experience and education. There was no evidence based intervention to inspire hope to patient with schizophrenia and there was no hope assessment of

patient with schizophrenia both before and after making relationship and therapeutic conversation. Investigator was therefore interested in developing evidence based intervention which required evidence searching, analyze and synthesize to establish recommendations for inspiring hope in patient with schizophrenia.

1.1 Clinical problem

Most patients with schizophrenia hospitalized in the ward had chronic longitudinal and decreasing in perform functions and had to depend on family member's support. According to conversations, patients were hopeless since they had to take life-time medicine. As they stopped taking drug they got relapse and re-hospitalized. They could not continue their education, they cannot work, had no income, and got negative reaction from family and relatives as well as rejection from community. As a result, the patients were in despair and hopelessness.

Ratree psychiatric ward did not have practice guideline for inspiring hope in patient with schizophrenia. Nurse made a therapeutic conversation with the patient with despair and hopelessness or having suicide attempt records. The content of therapeutic conversation comprised life target, pride, self-consciousness in illness, finding the cause of hopelessness, assessing suicide ideation, as well as finding motivation or hope in patient. After that nurse used this motivation to encourage and inspire patient the hope in life. Hope inspiring intervention given by nurse was currently different according to experience, knowledge, and skill of each nurse. However, patients sometime still had a sense of worthlessness, hopelessness, and found no motive to live by. Investigator therefore felt the necessity to develop evidence based nursing intervention for inspiring hope to patient with schizophrenia to enhance patient's hope and motivation to carry on cooperating in psychiatric therapy and doing their self-care in order to enhance their quality of life and develop nursing quality of care.

1.2 Objective of study

To analyze and synthesize empirical evidence to establish nursing intervention to inspiring hope in patient with schizophrenia

1.3 Expected outcome

1. Nurses possess clear and concise evidence based recommendations to inspiring hope in patient with schizophrenia
2. Patients with schizophrenia get effective inspiring hope intervention

2. Methodology

The procedure to develop evidenced based intervention for inspiring hope in patient with schizophrenia were as follows; Identifying a topic of problem, searching the empirical evidence using PICO framework (Melnik & Fineout-Overholt, 2002), identifying searching keyword, selecting the evidence based on evidence selection criteria, identifying evidence searching database, assessing quality level of the evidences, analyze the empirical evidence into extracting table, summarize all evidences into collective table then analyzed the issue gotten from evidences and synthesized it to get recommendation for evidence-based therapeutic intervention to inspiring hope in patient with schizophrenia which can be detailed as follows;

2.1 Searching empirical evidence

2.1.1 Searching framework

The searching of research and empirical evidences need to correspond to the problem of study The problem was identified by raising clinical question “What is the characteristics of hope inspiring intervention in patient with schizophrenia?” which led to specifying keyword for evidences searching using PICO Framework (Melnik & Fineout-Overholt, 2005;

P-Population; the population of study was patient with schizophrenia

I- Intervention: hope inspiring

C- Comparison intervention: not applicable

O-Outcome: hope

The searching keywords were schizophrenia, hope instillation, hope fostering, inspire hope, hope, and hopelessness.

According to literature review and evidence searching, investigator found that recovery program intervention elevated the hopefulness score

and self-confidence score significantly. Investigator therefore added the keyword in Intervention: recovery program

2.1.2 Evidence selection criteria: the research on therapeutic intervention to inspire hope in patient with schizophrenia within 20 years from 1990 to 2009 from all level of evidence, the evidence were in Thai or English full text.

2.1.3 Identifying searching database: the electronic database used in this study were www.guidelines.gov, www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au, PubMed, ProQuest Nursing & Allied Health Source, CINAHL, Ovid , ScienceDirect, Blackwell Synergy, HighWire Press. SpringerLink, Manual searching was also carried out.

As a result of searching, totally 7 evidences were obtained

2.2 Assessing quality level of evidences: the quality of evidences was assessed using Clinical problem relevance assessment of Polit & Beck (2004), quantitative research evidence quality assessment of Fongkham Diloksakulchai, (2006), and qualitative research of quality assessment of Schickler (2004, cited in Saipin Kasemkitwattana (2006), and assessment of implementation or operation potential in the specific context of researcher's organization of Fongkham Diloksakulchai (2006). According to the assessment, the qualities of 7 research evidences were satisfactorily good. The level of evidences were assessed using evidence quality classification of Melnyk & Fineout-Overholt (2005) and found that there were 2 Level II – randomized controlled trial evidence, 2 level IV non-controlled pre-post test experiment and 3 level IV single descriptive or qualitative research.

2.3 Analysis the contents in each of empirical evidence into extracting table and summarize main issue of each research into collective table then analyzes the main issue.

2.4 Synthesis the information from the main issue from 7 evidences in order to get basic information and summarize into recommendation in hope inspiring intervention in patient with schizophrenia

3. Summary of Recommendation

The intervention on inspiring hope in patient with schizophrenia applied Illness Management and Recovery (IMR) Program (Hasson et al., 2007 Level II: Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 Level IV), Group Therapy Recovery Workbook program (Barbic et al., 2009, Level II), and finding from qualitative research on the method used by patient, relative, or important person to inspire and sustain hope in patient with schizophrenia (McCann, 2002; Kirkpatrick, Landeen, Byrne, Woodside, Pawlick, & Bernado, 1995; Kirkpatrick, Landeen, Woodside, & Byrne, 2001, Level VI) which can be summarized into the recommendations as follows;

1. Patients who required hope inspiring intervention should be the patient with severe psychotic symptoms (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009, Level IV), aged from adolescent to adulthood 18-65 years old (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009, Level IV), were deficient in self care, occupation, and social functioning (Mueser et al., 2006 Level IV).

2. Therapist should assess problems and needs of patient with schizophrenia in pre-intervention period to make appropriate intervention plan for each individual patient

- If patient experienced severe psychotic illness with frequent relapse with ADL dysfunction both in self-care and occupation-social functioning which caused patient hopeless in life and therapeutic outcome, the long term Illness Management and Recovery program intervention should be carried out for 3-9 months comprising of 1) schizophrenia knowledge, importance of pharmacological treatment, relapse reduction, coping with problem and remaining psychotic symptoms, and self-fulfillment in health care system, 2) stress coping in daily living and social support building and sustaining (Hasson et al., 2007 Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 Level IV)

- If the patients with schizophrenia were hopeless from ADL and social dysfunction, they should attend group therapy recovery workbook program which was a modified program with shortened the intervention time to 3 months. The contents of the program comprised psychotic illness knowledge and control for 1.5 intervention

times and focused on daily life stress management, building and making social support, promoting patient to set the meaning and goal of life (Barbic et al., 2009, Level II).

3. Hope-inspiring intervention to patient with schizophrenia

3.1 Making supportive relationship

Therapist makes therapeutic communication and builds trust with patients by means of emphatic listening, giving value, seeking to understand and accepting patient in the way they are and strongly believes that patient will overcome their obstacle (McCann, 2002; Kirkpatrick et al., 1995; Kirkpatrick et al., 2001, Level VI).

3.2 Motivation enhancement

The therapist enhances motivation in patient with schizophrenia in self care and illness management by means of promoting family members contribution. The relationship with family member, close peers, and important person who provide companionship, encouragement, showing understanding, and giving support to enhance patient's self esteem and encourage them to do self care.

Group therapy also facilitated patient to communicate with the other patient with similar illness which could pacify their loneliness and able to learn from other successful patients who can be role model.

3.3 Providing psychoeducation: patient with schizophrenia who had chronic symptom had slow cognition and learning. Thus the slow teaching and various education technique and strategies had to be applied in order to get highest educational effectiveness (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 Level IV; McCann, 2002 Level VI) in psychotic illness and therapy, treatment plan compliance, and self care which cover biological and psychosocial factors, and relapse prevention plan development (Hasson et al., 2007 Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 Level IV).

3.4 Promoting self – esteem by means of life skill training and success facilitation: facilitating patient to set the target and achieve the target in life successfully enabled patient to feel control of their life and elevate their self esteem (Kirkpatrick et al., 1995 Level VI)

3.5 Promoting the meaning of life and life goal setting: facilitating patient to search for life meaning to inspire hope which spiritual belief is an important source of hope, facilitating patients to accept their illness and self care duty as well as value their own needs (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 Level II; Kirkpatrick et al., 1995; Kirkpatrick et al., 2001; McCann; 2002 Level VI).

4. Inspiring hope therapeutic intervention providing to patient with schizophrenia in community, mostly arranged in group therapy (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 Level IV). The individual therapy can be arranged as well (Mueser et al., 2006, Level IV).

5. Duration of inspiring hope therapy program for patient with schizophrenia

5.1 Illness Management and Recovery program (IMR) were arranged in 3-9 months duration on one time per weeks and 1-1 ½ hours per time basis(Hasson et al., 2007, Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009, Level IV). Program duration and therapeutic time depends on patient's problem characteristics and specific needs.

5.2 Duration of program of group therapy recovery workbook program were approximately 12 weeks on one time a week basis (Barbic, et al., 2009, Level II). Most therapeutic content were similar to IMR but IMR focused on relapse protection based on stress and vulnerability model, i.e., stress reduction strategy, biological & psychosocial vulnerability, and remaining psychotic symptom management.

6. Inspiring hope therapeutic intervention comprised of the following methods

6.1 Making relationship: Communication and trust between therapist and patients can be nurtured by making supportive relationship by means of emphatic listening, giving value, understanding and accept patient in the way they area and strongly believe that patient would overcome their obstacle (McCann, 2002; Kirkpatrick et al., 1995; Kirkpatrick et al., 2001, Level VI).

6.2 Advising objective, content, method and procedure of therapy to enable patient with schizophrenia understand the procedure and outcome of therapy

(Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 Level IV)

6.3 Meaning of “recovery”: comprised of content and process of recovery, duration of recovery, and significant character of recovery process. This intervention aimed to improve patient’s awareness on recovery and enable them to define their own recovery target (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 Level IV).

6.4 Psychotic symptom control education, aimed at educate patient in psychotic illness, psychotic symptom control and longitudinal course of psychosis, psychiatric health care service system and the health care institute who provide recovery service in community. The contents of education comprised;

6.4.1 Fact of schizophrenia: this topic was aimed to 1) identify the symptom related to schizophrenia, 2) Eliminate wrong belief concerning schizophrenia, 3) address on stigma, 4) facilitate patient to meet with the other patient with schizophrenia who live productive lives (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007, Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009, Level IV; Kirkpatrick et al., 1995, Level VI).

6.4.2 Stress, vulnerability and therapeutic strategy concept was aimed to 1) explain the stress and biological vulnerability on how it cause schizophrenia, 2) discuss stress and biological vulnerability reduction strategy, 3) provide information support in therapy option (Hasson et al., 2007 Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 Level IV)

6.4.3 Effective drug usage was aimed to 1) teach patient the benefit and side effect of psychotic drug, 2) improve the patient’s discussion skill with psychiatrist concerning psychotic drug, 3) facilitate patient to evaluate pros and cons of psychotic drug therapy, 4) educate patient to adjust their behavior to facilitate therapeutic plan compliance (Hasson et al., 2007, Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 Level IV)

6.4.4 Relapse prevention was aimed to 1) teach patient that relapse can be predicted and prevented, 2) develop specific relapse prevention for each patient (Hasson et al., 2007 Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009, Level IV)

6.4.5 Coping with problem and remaining psychotic symptom: was aimed to 1) teach coping technique, 2) facilitate patient to identify general problem and psychotic symptom which distress them, 3) train patient to practice symptom management for remaining psychotic symptom (Hasson et al., 2007, Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 Level IV; Kirkpatrick et al., 1995 Level VI)

6.4.6 Responding to patient's needs in health care service: was aimed to 1) review the mental health care service available, 2) identify benefit and right in receiving health care from available welfare/ insurance, 3) facilitate patient to use negotiation technique for their own right/benefit in seeking for mental health care service (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009, Level IV)

6.5 Stress and stress management was aimed to 1) make patient understand stress and response to stress, learn that they can control stress and develop stress coping ability effectively, 2) learn and practice stress management and coping strategy which comprising of a) sign of stress, b) level of stress, c) general reaction to stress, d) stress coping strategy, e) physical comfort (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007, Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009, Level IV)

6.6 Promoting social support: aimed to explain the benefit of social support to recover and teach the social support promoting strategies comprising of 1) basic communication, 2) response with emotion, 3) procedure in seeking and sustain social support, 4) making social support, 5) receiving social support, 6) setting up boundary of interpersonal relationship (Barbic et al., 2009; Hasson et al., 2007 Level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009 Level IV; McCann; 2002 Level VI)

7. Instrument & Material used in therapeutic intervention, the document for each learning unit contained main issue and work assignment to increase patient learning, therapist applied various technique to enable maximum learning such as interactive teaching and evaluate learning outcome along the therapy.

8. Therapist should be mental health care personnel who got therapy facilitator training (Hasson et al., 2007 level II; Mueser et al., 2006; Salyer et al., 2009, Level IV) such as psychiatrist, clinical psychologist, clinical psychology graduate student, social welfare officer, and psychiatric nurse experienced in patient with chronic schizophrenic care (Mueser et al., 2006 level IV)

9. Hopefulness assessment in patient with schizophrenia: the hope assessment scale and personal confidence and hope index in IMR scale was used

9.1 The Herth Hope Index (Barbic et al., 2009 Level II) comprised of 12 questions with 4 level multiple choices answer

9.2 The adult state hope scale (Salyer, et al., 2009, Level IV) comprised of 6 questions with 4 level multiple choices answer

4. Suggestion

1) Illness Management and recovery and group therapy workbook program was primarily designed for community arrangement, the implementation of these program in patient's ward should be carried out in patient with calm psychotic symptom by means of making supportive relationship and motivation then coordinate with community psychiatric nurse to provide continuous care.

2) Prior to launch Inspiring hope therapeutic intervention for patient with schizophrenia, the hope promoting/obstacle factors should be assessed and adjust the content and therapeutic duration in appropriate with problem and needs of patient.

3) Inspiring hope in patient with schizophrenia recommendation can be developed to be clinical nursing practice guideline and conduct the pilot study in the setting to evaluate the program effectiveness before implementing in the other organization for continuous improvement.

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2545). แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาสังคม และเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สยามอินสแตร์พริ้นท์.
- ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หลักการและวิธีปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน
- มณีนันท์ โพธิ์นิล. (2546). การสนับสนุนส่งเสริมความหวังที่พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาโนช หล่อตระกูล, & ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (2ed.). กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ศูนย์สารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). สถิติผู้ป่วยจิตเภทและอัตราการป่วยซ้ำ ประจำปีงบประมาณ 2549-2552.
- สนาม บินชัย. (2543). ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเขตสาธารณสุข 8: โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). ตำราจิตเวชศาสตร์ (9ed.). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2549) ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- Adams, S. M., & Partee, D. J. (1998). Hope: The Critical Factor in Recovery. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 36(4), 29-32.
- Anthony, W. (2003). Expanding the evidence base in an era of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(1), 1-2.
- Artiles, F. A., Garcia-Iturrospe, E. A., Mendez, M. C., Marco, R. G., Hidalgo, A. C., & Siris, S. (2009). A prospective study of the psychopathological variables associated with suicidality among schizophrenic patients. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 37(1), 42-48.

- Barbic, S., Krupa, T., & Armstrong, I. (2009). A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified recovery workbook program: preliminary findings. *Psychiatric Services*, 60(4), 491-497.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication With Psychiatric Outpatients. *American Journal Psychiatry*, 147(2), 190-195.
- Beck, A. T., Brown, G. K., & Steer, R. A. (1997). Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behavior Research and Therapy*, 35(11), 1039-1046.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-year Prospective Study of Patients Hospitalized With Suicidal Ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559-563.
- Bonney, S., & Strickley, T. (2008). Recovery and mental health :a review of the British Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 140-153.
- Byrne, C. M., Woodside, H., Landeen, J., Kirkpatrick, H., Bernado, A., & Pawlick, J. (1994). The Importance of Relationships in Fostering Hope. *Journal of Psychosocial Nursing*, 32(9), 31-34.
- Caldwell, B., & Gottesman, I. (1990). Schizophrenics Kill Themselves Too: A Review of Risk Factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16 (4), 571-589.
- Carroll, A., Pantelis, C., & Harvey, C. (2004). Insight an hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 169-173.
- Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for engagement and inspiring hope or observations. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 611-621.
- Cutcliffe, J., & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 2: hope and mental health nursing. *British Journal of Nursing*, 11(13).
- Cutcliffe, J. R., & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 1: its origins,background and nature. *British Journal of Nursing*, 11(12), 832-840.

- Cutcliffe, J. R., & Koehn, C. V. (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature - part two. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 141-147.
- Czuchta, D. M., & Johnson, B. A. (1998). Reconstruction a sense of self in patients with chronic mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34, 31-36.
- Drake, R. E., & Cotton, P. G. (1986). Depression, Hopelessness and Suicide in chronic Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 148, 554-559.
- Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.
- Dyce, J. A. (1996). Factor structure of the Beck Hopelessness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52(5), 555-558.
- Farran, C. J., Herth, K. A., & Popvich, J. M. (1995). *Hope and Hopelessness Critical clinical constructs the united state of America*. Philadelphia: Sage Publications.
- Friedman, J.M. (2002). Suicidal Risk in Schizophrenia (on line). Available WWW: www.afsp.org/education/fenton.htm.
- Hardinget, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier., A. (1987). The Vermont Longitudinal Study of Person with Severe Mental Illness, I: Methodology, Study Sample, and Overall Status 32 Years Later *American Journal Psychiatry*, 144(6), 718-726.
- Harkavy-Friedman, J. M., & Nelson, E. A. (1997). Assessment and Intervention for the Suicidal Patient with Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly* 68(4), 361-375.
- Harrow, M., Sands, J. R., Silverstein, M. L., & Goldberg, J. F. (1997). Course and Outcome for Schizophrenia versus Other Psychotic Patients: A Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), 287-303.
- Harrow, M., Grossman, L.S., Jobe, T.H., & Herbener, E.S. (2005). Do Patients with Schizophrenia Ever Show Periods of Recovery? A 15-Year Multi-Follow-up Study. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 723-734.
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric Services*, 58(11), 1461-1466.

- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 1251-1259.
- Herth, K. A. (2001). Development and Implementation of a Hope Intervention Program. *Oncology Nursing Forum*, 28(6), 1009-1017.
- Herth, K. A., & Cutcliffe, J. R. (2002a). The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing. *British Journal of Nursing*, 11(4), 977-983.
- Herth, K. A., & Cutcliffe, J. R. (2002b). The concept of hope in nursing 4: hope and geronological nursing. *British Journal of Nursing*, 11(17), 1148-1156.
- Herth, K. A., & Cutcliffe, J. R. (2002c). The concept of hope in nursing 6: research/education/policy/practice. *British Journal of Nursing*, 11(21), 1404-1411.
- Hoffman, H., Kupper, Z., & Kunz, B. (2000). Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia - an exploratory study. *Schizophrenia Research*, 43, 147-158.
- Huguelet, P., Mohr, S., Jung, V., Gillieron, C., Brandt, P.-Y., & Borrás, L. (2007). Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *European Psychiatry*, 22(3), 188-194.
- Keely, M., & Gamble, C. (2005). Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 245-251.
- Kim, C.-H., Jayathilake, K., & Meltzer, H. Y. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research*, 60, 71-80.
- Kirkpatrick, H., Landeen, J., Byrne, C., Woodside, H., Pawlick, J., & Bernado, A. (1995). Hope and Schizophrenia : Clinicians Identify Hope-Instilling Strategies. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33, 15-19.
- Kirkpatrick, H., Landeen, J., Woodside, H., & Byrne, C. (2001). How People With Schizophrenia Build Their Hope. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39(1), 46-53.
- Koehn, C. V., & Cutcliffe, J. R. (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature - part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 134-140.

- Kruger, A. (2000). Schizophrenia: Recovery and Hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 29-37.
- Kylma, J., Juvakka, T., Nikkonen, M., Korhonen, T., & Isohanni, M. (2006). Hope and schizophrenia : an integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 651-664.
- Landeem, J., Pawlick, J., Woodside, H., Kirkpatrick, H., & Byrne, C. (2000). Hope, Quality of Life, and Symptom Severity in Individuals with Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 364-369.
- Littrell, K. H., Herth, K. A., & Hinte, L. E. (1996). The Experience of Hope in Adults with Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 9(4), 61-65.
- Lysaker, P., & Salyer, M. (2007). Anxiety symptoms in Schizophrenia spectrum disorders :association with social function positive and negative symptoms hope and trauma history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 290-298.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., Hammoud, K., Taylor, A. C., & Roe, D. (2006). Associations of symptoms, psychosocial function and hope with qualities of self-experience in schizophrenia: Comparisons of objective and subjective indicators of health. *Schizophrenia Research*, 82, 241-249.
- Lysaker, P. H., Campbell, K., & Johannesen, J. K. (2005). Hope, Awareness of Illness, and Coping in Schizophrenia Spectrum Disorders Evidence of an Interaction. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(5), 287-292.
- Lysaker, P. H., Davids, L.W., & Hunter, N. L. (2004). Neurocognitive, social and clinical correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 70, 277-285.
- Mauk, K. L., & Sclemidt, N. K. (2004). *Spiritual care in Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- McCann, T. V. (2002). Uncovering Hope with Clients Who Have Psychotic Illness. *Journal of Holistic Nursing*, 20, 81-99.
- McGee, R. F. (1984). Hope: a factor influencing crisis resolution. *Advances in Nursing Science*, 6(4), 34-44.

- Melnik, B. M., & Fineout-overholt, E. (2002). *Evidence base practice in nursing and health care: A guide to base practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Miller, J. F. (1985). Hope does not necessarily spring eternal sometimes it has to be carefully mined and channeled. *American Journal of Nursing*, 85, 23-25.
- Miller, J. F. (2000). *Coping with chronic Illness: Overcoming Powerlessness* (3 ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Miller, J. F. (2007). Hope: A Construct Central to Nursing. *Nursing Forum*, 42(1), 12-19.
- Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). Development of an Instrument to Measure Hope. *Nursing Research*, 37(1), 6-9.
- Moore, S. L. (2005). Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 100-105.
- Mortenson, P. B., & Juel, K. (1993). Mortality and causes of death in first admitted Schizophrenia patients. *British Journal of Psychiatry*, 163, 183-189.
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32 Supplement 1, S32-43.
- Ng, R. M. K., Pearson, V., Lam, M., Law, C. W., Chiu, C. P. Y., & Chen, E. Y. H. (2008). What Does Recovery From Schizophrenia Mean? Perceptions of Long-Term Patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(2), 118-130.
- Noh, C., Choe, K., & Yang, B. (2008). Hope From the Perspective of People with Schizophrenia (Korea). *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(2), 69-77.
- Noiseux, S., & Ricard, N. (2008). Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 45(8), 1148-1162.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Ventura, J., Gitlia, M., Subotnik, K. L., Synder, K. S., et al. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 382, 58-64.
- Polit, D. F., & Beck, C. K. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (4ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

- Pompili, M., Amador, X. F., Girardi, P., Harkavy-Friedman, J., Harrow, M., Kaplan, K., et al. (2007). Suicidal risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry*, 6(10), 1-22.
- Roe, D., Chopra, M., & Rudnick, A. (2004). Persons with psychosis as Active Agents Interaction with Their Disorder. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(2), 122-128.
- Russell, C. L. (2005). An overview of the integrative research review. *Progress in Transplantation* 15(1), 8-13.
- Saarinen, P. I., Lehtonen, J., & Lonnqvist, J. (1999). Suicide Risk in Schizophrenia: An Analysis of 17 Consecutive Suicides. *Schizophrenia Bulletin* 25(3), 533-542.
- Sadock, J.B., & Sadock, A. V. (2000). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salyers, M. P., Godfrey, J. L., McGuire, A. B., Gearhart, T., Rollins, A. L., & Boyle, C. (2009). Implementing the illness management and recovery program for consumers with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 60(4), 483-490.
- Schiff, A. C. (2004). Recovery and mental illness: analysis and personal reflections. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(3), 212-218.
- Stepheson, C. (1991). The concept of hope revisited for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16(12), 1456-1461.
- Spencer, J., Davidson, H., & White, V. (1996). Helping Clients Develop Hopes for the Future. *The American Journal of Occupational Therapy*, 4, 191-198.
- Thomson, N. C., Hunter, E. E., Murray, L., Ninci, L., Rolfs, E. M., & Pallikkathayil, L. (2008). The Experience of Living with Chronic Mental Illness: A Photovoice Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(1), 14-24.
- White, R. G., McCleery, M., Gumley, A. I., & Mulholland, C. (2007). Hopelessness in Schizophrenia: The Impact of Symptoms and Beliefs about Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(12), 968-975.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.
- World Health Organization. (2006). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Switzerland: World Health Organization.



ตารางแสดงการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ฐานข้อมูล	คำสืบค้น	ผล	ใช้ได้	ซ้ำ
www.guidelines.gov	schizophrenia+ hope instillation +hope	0	0	-
	schizophrenia +hope fostering +hope	0	0	-
	schizophrenia +inspire hope +hope	0	0	-
	schizophrenia +recovery program +hope	0	0	-
www.Cochrane.org	schizophrenia +hope instillation +hope	0	0	-
	schizophrenia +hope fostering +hope	0	0	-
	schizophrenia +inspire hope +hope	0	0	-
	schizophrenia +recovery program +hope	1	0	-
www.joannabriggs.edu.au	schizophrenia+ hope instillation+ hope	0	0	-
	schizophrenia+ hope fostering+ hope	0	0	-
	schizophrenia+ inspire hope +hope	0	0	-
	schizophrenia+ recovery program +hope	0	0	-
Blackwell Synergy	schizophrenia+ hope instillation+ hope	4	0	-
	schizophrenia+ hope fostering+ hope	7	0	-
	schizophrenia+ inspire hope +hope	2	0	-
	schizophrenia+ recovery program +hope	0	0	-
CINAHL	schizophrenia+ hope instillation +hope	18685	3	-
	schizophrenia +hope fostering +hope	2	0	-
	schizophrenia +inspire hope +hope	18587	3	3
	schizophrenia +recovery program +hope	2	0	-
High Wire Press	schizophrenia +hope instillation +hope	164	0	-
	schizophrenia +hope fostering +hope	500	0	-
	schizophrenia +inspire hope +hope	228	0	-
	schizophrenia +recovery program +hope	2885	2	-
Ovid	schizophrenia +hope instillation +hope	11861	0	-
	schizophrenia+ hope fostering +hope	9146	2	2
	schizophrenia +inspire hope +hope	9921	3	3
	schizophrenia+ recovery program +hope	6181	4	2

ฐานข้อมูล	คำสืบค้น	ผล	ใช้ได้	ซ้ำ
Pub Med	schizophrenia +hope instillation +hope	2	0	-
	schizophrenia +hope fostering +hope	4	0	-
	schizophrenia +inspire hope +hope	2	0	-
	schizophrenia +recovery program +hope	65	2	2
Pro Quest Nursing & Allied Health Source	schizophrenia +hope instillation +hope	0	0	-
	schizophrenia +hope fostering +hope	0	0	-
	schizophrenia +inspire hope +hope	0	0	-
	schizophrenia +recovery program +hope	4	3	3
Science Direct	schizophrenia +hope instillation +hope	55	0	-
	schizophrenia +hope fostering +hope	0	0	-
	schizophrenia+ inspire hope +hope	0	0	-
	schizophrenia +recovery program +hope	4630	0	-
SpringerLink	schizophrenia+ hope instillation +hope	30	0	-
	schizophrenia+ hope fostering +hope	184	0	-
	schizophrenia+ inspire hope +hope	84	0	-
	schizophrenia+ recovery program +hope	1943	0	-

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล	นาง วรรณารัตนภิรมย์
วัน เดือน ปีเกิด	15 พฤศจิกายน 2505
สถานที่เกิด	กรุงเทพฯ, ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539 พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ที่อยู่ปัจจุบัน	152 ซ.เพชรเกษม 92 แขวงบางแคเหนือ เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160 โทรศัพท์ (บ้าน) 02-4556606 โทรศัพท์ (มือถือ) 086-7557342
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา (ศิริราตรี) 112 ถนนสมเด็จพระเจ้าพระยา แขวงสมเด็จพระเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600 02-4370200-8 ต่อ 4456-8