

ประสิทธิผลโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตสำหรับ
บุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
**THE EFFECTIVENESS OF RECOVERY ORIENTED PROGRAMS ON HOPE
AND QUALITY OF LIFE FOR PERSON WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS:
SYSTEMATIC REVIEW**

ปติดา ภาณุพิสุทธ์, ป.พ.ส, ศศม. (Patida Panupisuth, Dip in Nursing Science, MA)*

สกาอรัตน์ พวงลัดดา, พยม., อ.พย. (Skaorat Puangladda, MSN, Dip. APPMHN) **

อารียา เตชไพสิฐพงศ์, พยบ., พยม. (Areeya Tachapisitpong, BSN, MSN)**

ปภาจิต บุตรสุวรรณ, พยบ.วทม, (Pabhajit Budsuwan, BNS, MS)**

Abstract

Objective: To analyze research on the effectiveness of recovery oriented programs on hope and quality of life for person with serious mental illness.

Method: A systematic review approach was conducted to analyze both Thai and English articles published and unpublished between 2006-2015 searching from the following databases ; Pubmed, CINAHL, Ovid, Science Direct, Springerlink, ProQuest, and ThaiLIS. Experimental and quasi-experimental studies on the effectiveness of recovery oriented programs focusing on hope and QOL of psychiatric patients were included in this review. Two reviewers independently assessed the quality of the reviews using the Systematic Review Protocols developed

by the Joanna Briggs Institute (JBI). Summarization techniques were applied to analyze the outcomes.

Results: A total of 9 studies met the inclusion criteria. The results revealed two models of recovery oriented program as follows: 1) program implemented by practitioners, and 2) program implemented by person with mental illness. Person with mental illnesses participated in both models showed significant improvement in hope. However, the effectiveness of both models on Quality of life was unclear. Further studies were needed to confirm the findings on QOL.

Keywords: Recovery, Serious mental illness, Hope, Quality of life, Systematic review

*Corresponding author,พยาบาลวิชาชีพชำนาญพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา E-mail panupisuth@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อความหวังและคุณภาพชีวิตสำหรับผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดยการสืบค้นรายงานวิจัยภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ ระหว่างปี พ.ศ.2549 - พ.ศ. 2558 จากฐานข้อมูล Pubmed, CINAHL, Ovid, Science Direct, Springerlink, ProQuest และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย คัดเลือกงานวิจัยทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อความหวังและคุณภาพชีวิตในผู้อยู่กับโรคทางจิตเวชวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยสองคนประเมินคุณภาพงานวิจัยอย่างเป็นอิสระต่อกันด้วยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันโคโนนาบริกส์ การวิเคราะห์ประสิทธิผลของงานวิจัยใช้การสรุปความ

ผลการศึกษา มีงานวิจัย 9 เรื่อง ที่ผ่านการประเมินคุณภาพงานวิจัยผลการวิเคราะห์ พบว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้อยู่กับโรคทางจิตเวชมี 2 รูปแบบ คือ 1) โปรแกรมที่ดำเนินการโดยบุคลากร และ 2) โปรแกรมที่ดำเนินการโดยบุคคลผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งสองรูปแบบมีประสิทธิผลช่วยส่งเสริมความหวัง แต่ประสิทธิผลของทั้งสองรูปแบบต่อคุณภาพชีวิตยังไม่ชัดเจน จึงควรต้องมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลที่มีต่อคุณภาพชีวิตต่อไป

คำสำคัญ การฟื้นฟูสมรรถภาพ โรคทางจิตเวช

ความหวัง คุณภาพชีวิต การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

ความสำคัญของปัญหา

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาการปฏิรูประบบสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงการบริการอย่างต่อเนื่อง จากรูปแบบเดิมที่เน้นการบริการรูปแบบทางการแพทย์ (medical model) มาเป็นการบริการเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ (recovery oriented service: ROS) การบริการเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการจัดบริการสำหรับบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช โดยใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ (recovery model) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดนี้จึงระบุไว้เป็นหนึ่งในหลักการพื้นฐานการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (WHO, 2013) การฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลที่อยู่กับโรคทางจิตเวชไม่ใช่แค่การหายดี แต่เป็นกระบวนการให้ความหมายของชีวิตใหม่ (Anthony, 1993) การตั้งเป้าหมายในชีวิตของตนเองทั้งที่มีข้อจำกัดเรื่องการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

การฟื้นฟูสมรรถภาพในภาษาอังกฤษคือ “recovery” ในปี 2544 ราชบัณฑิตยสถานได้บัญญัติความหมายทางการแพทย์ในภาษาไทยว่า “การฟื้นตัว” หลังจากนั้นมีการใช้คำนี้ในงานวิทยานิพนธ์ปริญาเอก (Kaewprom, 2011) และเปลี่ยนมาใช้ “การฟื้นฟูสภาพจิตใจ” ซึ่งอธิบายว่าเป็นการให้ความหมายที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวมากกว่า (เชษฐา แก้วพรม, 2555) เมื่อมีการริเริ่มนำแนวคิดนี้มาใช้ในการดูแลบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวชในประเทศไทย ได้มีการใช้คำนี้ในภาษาไทยว่า “การฟื้นฟูสมรรถภาพ” (สมรัก ชูวานิชวงศ์, 2558) ดังนั้น เพื่อให้เกิดความ

สอดคล้องและเข้าใจที่ตรงกันในงานวิจัยฉบับนี้ จึงใช้ความหมายว่า “การฟื้นคืนสู่สภาวะ” เนื่องจากแนวคิดนี้เป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ การปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อการฟื้นคืนสู่สภาวะของพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย (Kaewprom, 2011) พบว่า การปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลส่วนใหญ่เป็นรูปแบบทางการแพทย์ มากกว่ารูปแบบการฟื้นคืนสู่สภาวะ

การฟื้นคืนสู่สภาวะไม่ใช่แค่การช่วยเหลือให้อาการดีขึ้นเท่านั้น แต่เป็นการสนับสนุนให้เกิดความหวัง การเสริมพลังการรับมือของตนเอง และการเน้นความเป็นบุคคลคนหนึ่งไม่ใช่ความเจ็บป่วยหรืออาการของโรค (Jacobson & Greenley, 2001; Kaewprom, 2011; Kidd, Kenny & McKinstry, 2015; Stotland, Mtatison & Bergeson, 2008) มีการนำแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะไปใช้ในการพยาบาลบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวชในทุกระยะการเจ็บป่วย พบว่า สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลได้ทุกระยะ ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเท่านั้น (Cleary, McKenna et al., 2014; McKenna, Furness, Dhital, Park & Connally, 2014; McLoughlin, Wick, Collazzi & Puntill, 2013; Roe & Swarbrick, 2007; Walter & Hungerford, 2014) นอกจากนี้ มีการพัฒนาโปรแกรมที่ใช้แนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะและทดสอบแล้วว่ามีประสิทธิภาพลักษณะโปรแกรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรวิชาชีพ (Fardig et al., 2011; Fujita et al., 2010; Levitt et al., 2009; Salyers et al., 2009; Salyers et al., 2011; Salyers et al., 2014) เช่น โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยและการคืนสู่สภาวะ

(illness management and recovery : IMR) รวมถึงโปรแกรมที่มีลักษณะของการช่วยเหลือโดยบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช หรือ PeerRun Support (Cook et al., 2011; Fukui et al., 2011; Jonikas et al., 2011; Stanino et al., 2010) เช่น โปรแกรมแผนสู่การฟื้นคืนสู่สภาวะ (wellness recovery action plan : WRAP) โปรแกรมการเสริมสร้างความฝันและเป้าหมายส่วนบุคคลสู่การฟื้นคืนสู่สภาวะ หรือ building recovery of individual dreams and goals : BRIDGS (Cook et al., 2012) โปรแกรมแบบฝึกหัดสู่การหายดี หรือ recovery is up to you (Gestel-Timmermans, Brouwers, Assen, & Nieuwenhuizen, 2012) การวัดผลลัพธ์สำคัญที่เกิดขึ้นจากการใช้โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ มีครอบคลุมทั้งการฟื้นคืนสู่สภาวะจากโรค (clinical recovery) เช่น ระดับของอาการ คุณภาพชีวิต การฟื้นคืนสู่สภาวะตนเอง ความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วย เป็นต้น และการฟื้นคืนสู่สภาวะทางจิตใจ (psychological recovery) เช่น ความหวัง พลังอำนาจ ความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นต้น (Cook et al., 2011; Fardig et al., 2011; Fujita et al., 2010; Levitt et al., 2009; Salyers et al., 2009; Salyers et al., 2014)

จากสองทศวรรษของการพัฒนาความรู้เรื่องการใช้แนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ จนกระทั่งสามารถพัฒนาโปรแกรมที่ใช้ในการดูแลบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวชแต่ยังขาดการติดตามประเมินผลเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการนำแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะมาใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) จึงเป็นตัวตั้งต้นสำคัญว่าจำเป็นหรือไม่

ที่จะต้องพัฒนาโปรแกรมใหม่ หรือจะบูรณาการโปรแกรมที่มีอยู่แล้วมาใช้ในการพยาบาลบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะเป็นการดำเนินการในต่างประเทศ ก่อนที่จะนำมาใช้ต้องมีการประเมินเพื่อดูประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะที่มีต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช เพราะความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นคืนสู่สุขภาวะทางจิตใจ ส่วนคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์การฟื้นคืนสู่สุขภาวะจากโรค (Cook et al., 2011; Fardig et al., 2011; Fujita et al., 2010; Levitt et al., 2009; Salyers et al., 2009; Salyers et al., 2014) กรณีที่พบว่า มีโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด แสดงว่าเป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) ก่อนที่จะนำมาใช้ก็จะต้องมีการประเมินความเป็นไปได้ว่าเหมาะสมกับการเอามาใช้ในประเทศไทยหรือไม่ กรณีพบว่าไม่มีโปรแกรมไหนที่มีประสิทธิภาพกว่ากัน ก็ยังมีความจำเป็นที่จะพัฒนาโปรแกรมเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาวะที่มีความเหมาะสมกับการใช้ในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตสำหรับผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์และหาข้อสรุปเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นคืน

สู่สุขภาวะสำหรับผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery, 2014) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดหัวข้อ 2) การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน 3) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย 4) การสืบค้นงานวิจัย 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การสกัดข้อมูล 7) การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย และ 8) การนำเสนอผลการทบทวนโดยการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยกึ่งทดลอง (Experimental and Quasi Experimental study) ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง 2558 (ค.ศ. 2006 ถึง ค.ศ. 2015)

การฟื้นคืนสู่สุขภาวะมีการนำมาใช้ในหลากหลายบริบท เช่น เป็นกระบวนการส่วนบุคคลในการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ เป็นผลลัพธ์จากการดูแลรักษาและเป็นการออกแบบระบบการบริการทำให้เกิดความเข้าใจสับสน จึงมีความพยายามในการอธิบายแนวคิดนี้ให้เป็นรูปธรรมเพื่อช่วยให้ความเข้าใจที่ตรงกัน การฟื้นคืนสู่สุขภาวะจะเกิดขึ้นได้มีองค์ประกอบสำคัญสองส่วน (Jacobson & Greenley, 2001) คือ ปัจจัยภายใน (internal condition) และปัจจัยภายนอก (external condition) ปัจจัยภายในเป็นประสบการณ์ของผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช ประกอบด้วย ความหวัง (hope) การรักษา (healing) การเสริมพลัง (empowerment) และการเชื่อมโยงกับสังคม (connection) โดยความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดในการฟื้นคืนสู่สุขภาวะบุคคลที่อยู่กับโรคทางจิตเวชส่วนปัจจัยภายนอก

เป็นสภาพการณ์ที่สนับสนุนให้เกิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ ประกอบด้วย การคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน (human right) วัฒนธรรมเชิงบวกในการรักษา หรือสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการรักษา (positive culture of healing) และการบริการเพื่อการฟื้นคืนสู่สภาวะ (recovery-oriented services) ทั้งสามเงื่อนไขนี้ดูเหมือนแตกต่างกัน แต่ถ้ามองผ่านมุมมองเดียวกัน นั่นคือ การคำนึงถึงหลักการของสิทธิมนุษยชนในองค์การส่งผลให้เกิดวัฒนธรรมเชิงบวกของการรักษาและการบริการเพื่อการฟื้นคืนสู่สภาวะเป็นบริการที่เป็นผลเกิดจากเงื่อนไขภายนอกสองข้อแรก

การบริการเพื่อการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Jacobson & Greenley, 2001) ลักษณะการบริการมี 3 ลักษณะ คือ 1) การให้บริการโดยบุคลากรวิชาชีพ เช่น การรักษาด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช การบำบัด การจัดการรายกรณี แต่เป็นการบริการที่อยู่บนพื้นฐานของการตัดสินใจร่วมกันของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวชมากกว่าการตัดสินใจหรือกำหนดโดยบุคลากรวิชาชีพ 2) การให้บริการโดยบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวชสำหรับบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช เช่น การพิทักษ์สิทธิ โปรแกรมการสนับสนุนโดยกลุ่มเพื่อน (peer support) ทางเลือกเข้ารักษาในโรงพยาบาล สายด่วน การให้คำปรึกษา เป็นต้น และ 3) การให้บริการร่วมกันระหว่างบุคลากรวิชาชีพกับบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช รวมถึงสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ชุมชนของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช เช่น การให้การศึกษาหรือฝึกอบรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ ศูนย์กิจกรรม (club house) การวางแผนเมื่อเกิดวิกฤต (crisis plan) แผนของการฟื้นคืนสู่สภาวะ

และการรักษาและการให้ความรู้สิทธิ เป็นต้น แม้ว่าบริการที่กล่าวมาทั้งหมดดูเหมือนกับการให้บริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การบริการเหล่านี้จะไม่ใช่ว่าการบริการเพื่อการฟื้นคืนสู่สภาวะ เว้นเสียแต่จะมีการเปลี่ยนมุมมองใหม่ของบุคลากรที่อยู่กับโรคจิตเวชและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดว่าการฟื้นคืนสู่สภาวะเป็นไปได้ รวมถึงการจัดบริการทั้งหมดมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความหวัง เพิ่มขีดความสามารถหรือเสริมพลังและการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์และสัมพันธภาพที่ดี

จากการประเมินผลการนำระบบการดูแลที่มุ่งเน้นการฟื้นคืนสู่สภาวะ พบว่า มีประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา (Slade et al., 2014) คือ การฟื้นคืนสู่สภาวะไม่ใช่เรื่องใหม่แต่เป็นเรื่องเก่าที่นำมาเล่าใหม่ เพื่อเน้นให้ระบบบริการคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลให้มากขึ้น สำหรับระบบบริการแบบเดิมนั้นเป็นการหายจากโรค (clinical recovery) โดยเน้นการลดหรือกำจัดอาการทางจิต ส่วนการบริการแบบฟื้นคืนสู่สภาวะเป็นการฟื้นคืนสู่สภาวะของบุคคล (personal recovery) โดยเน้นการสนับสนุนให้บุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวชเดินทางสู่ชีวิตที่มีความหมายและได้ทำบทบาทที่มีคุณค่า (a meaningful life and value roles) การบริการทั้งสองแบบนี้เกิดขึ้นควบคู่กันหรืออาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งนั้นก็แสดงว่า แม้อาการของโรคไม่หายขาดหรือลดลง ผู้อยู่กับโรคทางจิตเวชก็สามารถมีการฟื้นคืนสู่สภาวะของบุคคลได้ ในขณะเดียวกันผู้ที่ได้รับการรักษาจนมีอาการทางจิตลดลง ก็มีโอกาสที่จะกลับไปใช้ชีวิตอย่างไม่มี ความหมาย และไม่สามารถทำบทบาทที่มีคุณค่าได้เช่นกัน

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช มีรูปแบบใดบ้าง

2. ประสิทธิภาพโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวชเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สภาวะสำหรับบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช คัดเลือกงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ในย้อนหลัง 10 ปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2006 ถึง ค.ศ. 2015)

ประชากรสำหรับการทบทวนงานวิจัยคือ รายงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง (Experimental and Quasi Experimental Research) ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สภาวะสำหรับบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวชที่พิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษตามเกณฑ์ PICO ดังนี้

1) Population: เป็นบุคคลที่อยู่กับโรคทางจิตเวชรุนแรง คือ โรคจิตเภท โรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว อายุเฉลี่ย 20-59 ปี

2) Intervention: โปรแกรมที่ใช้แนวความคิดการฟื้นฟูคืนสู่สภาวะ

3) Comparison: เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติและหรือรอเข้ารับการรักษา (Waitlist) หรือการดูแลแบบอื่น (Active Control)

4) Outcome: ความหวัง และหรือ คุณภาพชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท คือ

1) แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์การคัดเลือก PICO ที่กำหนดไว้ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกข้อ

2) แบบประเมินคุณภาพการวิจัย (Critical Appraisal Form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบโดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลองหรือวิจัยกึ่งทดลองของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery, 2014) การประเมินคุณภาพงานวิจัยทั้งหมดมี 10 ข้อ เกณฑ์การประเมิน ถ้าตอบใช่ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่หรือไม่ชัดเจน หรือไม่ระบุได้ 0 คะแนน โดยผลรวมการประเมินคุณภาพงานวิจัย 7 คะแนนขึ้นไปจึงผ่านเกณฑ์คัดเข้า

3) แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล (Data Extraction Form) เครื่องมือนี้ใช้ในการบันทึกข้อมูลงานวิจัยที่คัดเลือกมาเพื่อทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย ได้แก่ ผู้ทำวิจัย ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์เผยแพร่รูปแบบการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เนื้อหาผลการวิจัย และข้อเสนอแนะของผู้ทำการวิจัย

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบบคัดกรองงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์การคัดเลือกลำดับตรวจสอบ

ความตรงของการบันทึกโดยผู้วิจัยคนที่ 1 และคนที่ 2 เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ส่วนแบบประเมินคุณภาพการวิจัยและแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูลไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพราะเป็นเครื่องมือมาตรฐานของสถาบันโจแอนนาบริกส์ทดลองใช้แบบคัดกรองงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพการวิจัยและแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูลอย่างเป็นอิสระกันกับรายงานวิจัย จำนวน 3 เรื่อง กรณีมีความเห็นแตกต่างกันร่วมกันพิจารณาหาข้อสรุปจนกว่าจะได้รับความเห็นที่ตรงกัน ก่อนนำไปทบทวนงานวิจัย

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

1. การสืบค้นรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน คือ

1.1 กำหนดคำสำคัญ (key words) ประชากร (population) เช่น โรคทางจิตเวชรุนแรง โรคจิตเวช mental illness, psychiatric disorder, psychiatric patient, mental disorders, psychiatric illness, serious mental illness, severe mental illness เป็นต้น วิธีการ (intervention) เช่น การฟื้นฟูสู่สุขภาพ การฟื้นตัว recovery oriented service, recovery oriented program, recovery oriented care, recovery oriented practice เป็นต้น การเปรียบเทียบ (comparison) การดูแลตามปกติ treatment as usual, TAU, waitlist, waiting list, active control เป็นต้น ผลลัพธ์ (outcome) เช่น ความหวัง คุณภาพชีวิต hope, sense of hope, quality of life, QOL, psychological recovery เป็นต้น ในการระบุคำสำคัญนั้นมีการปรับเปลี่ยนตามผลการสืบค้นในแต่ละครั้งเพื่อนำมาใช้ในการระบุคำสำคัญหรือการสืบค้นครั้งถัดไป

1.2 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลทั้งจากคอมพิวเตอร์และห้องสมุด

1.3 สืบค้นงานวิจัยด้วยคอมพิวเตอร์ (computerized searching) จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pubmed, CINAHL, Ovid, Science Direct, Springerlink, ProQuest และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย

1.4 สืบค้นงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์และสืบค้นจากรายงานเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม

งานวิจัยที่สืบค้นได้ (reference list)

2. การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยคนที่ 1 และคนที่ 2 อ่านรายงานวิจัยที่สืบค้นได้อย่างเป็นอิสระต่อกันด้วยแบบคัดกรองงานวิจัย กรณีมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการสรุปผู้วิจัยคนที่ 1 และคนที่ 2 ร่วมปรึกษาเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน ถ้าไม่สามารถหาข้อสรุปได้ต้องให้นักวิจัยคนที่ 3 ร่วมเป็นผู้พิจารณาลงความคิดเห็น

3. การประเมินคุณภาพงานวิจัยผู้วิจัยคนที่ 1 และคนที่ 2 อ่านรายงานการวิจัยอย่างเป็นอิสระกันเพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัย สรุปลงในแบบฟอร์มการประเมินคุณภาพงานวิจัย กรณีมีความคิดเห็นไม่ตรงกันร่วมกันปรึกษาเพื่อหาข้อสรุปถ้ายังไม่สามารถหาข้อสรุปได้ต้องให้นักวิจัยคนที่ 3 ร่วมเป็นผู้พิจารณาลงความคิดเห็นด้วย

4. สกัดข้อมูลงานวิจัยที่ผ่านการประเมินคุณภาพ โดยผู้วิจัยคนที่ 1 และคนที่ 2 สกัดข้อมูลอย่างเป็นอิสระกัน บันทึกลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูล กรณีความเห็นในการบันทึกไม่ตรงกันร่วมปรึกษหาข้อสรุปและถ้าไม่สามารถสรุปได้ต้องให้ผู้วิจัยคนที่ 3 ร่วมเป็นผู้พิจารณาลงความคิดเห็นด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสรุปรมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา

2. กรณีงานวิจัยมีค่าสถิติเพียงพอสามารถนำมาวิเคราะห์เพิ่มเติม โดยได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Mastari ที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ กรณีข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลต่อเนื่อง ใช้สถิติ Mean Difference (MD) และพิจารณาความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneity) ของงานวิจัยจากเหลื่อมกัน (Overlap) ของช่วงความกว้างค่าความเชื่อมั่น (Confidence interval) กรณีไม่ใช่ข้อมูลต่อเนื่องวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square

3. กรณีงานวิจัยมีข้อมูลสถิติไม่เพียงพอวิเคราะห์สรุปผลโดยใช้การสรุปความ (Narrative Summary)

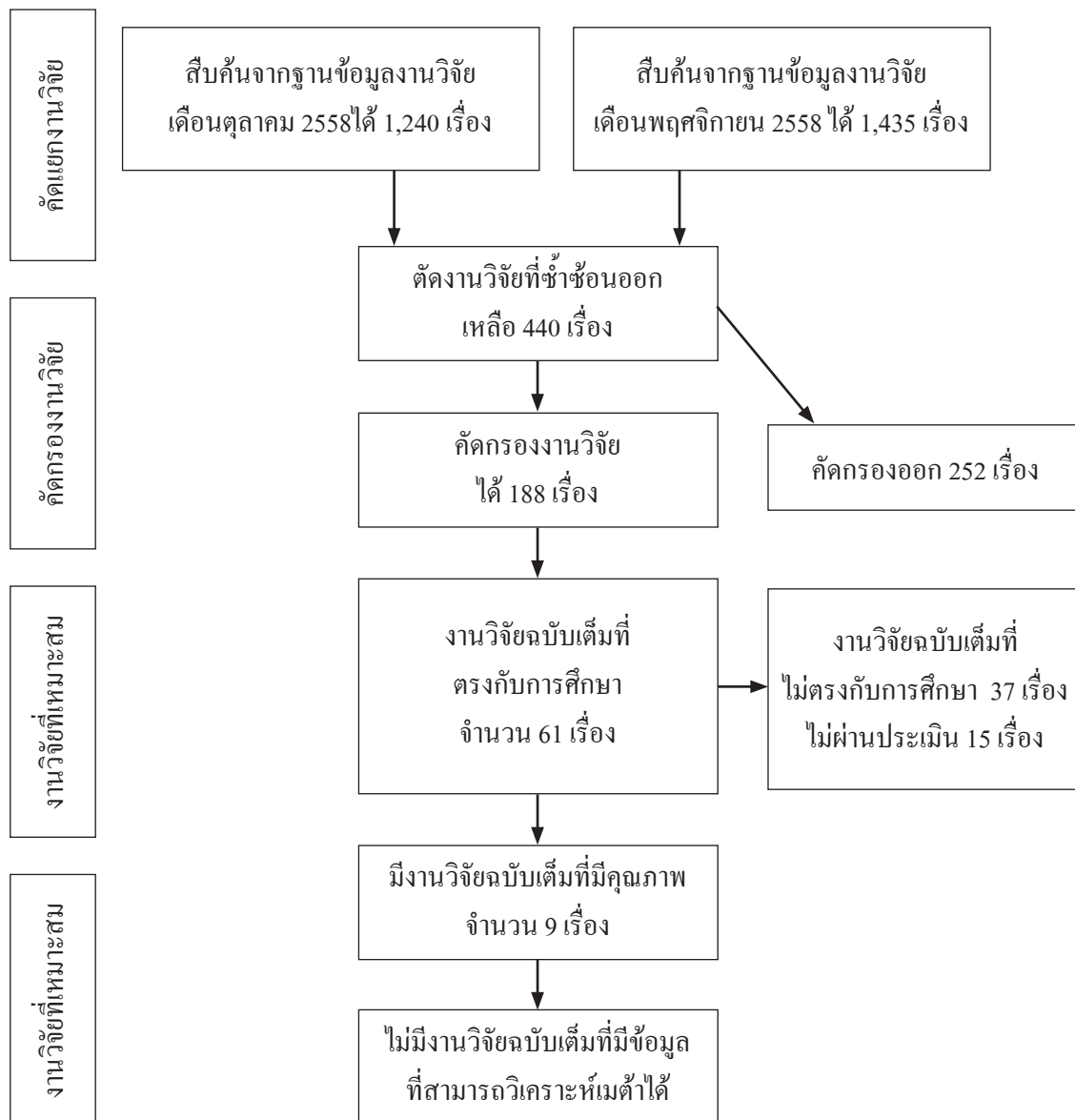
ผลการศึกษา

ผลการสืบค้นข้อมูล การคัดกรองงานวิจัย การประเมินคุณภาพงานวิจัยและจำนวนงานวิจัยทั้งหมดที่นำเข้าสู่การทบทวน รายละเอียดแสดงในรูปที่ 1 พบว่า มีงานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมด 9 การศึกษา และการศึกษาทั้งหมดไม่สามารถรวมกันได้ เนื่องจากลักษณะโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้วัดความหวังและคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน จึงนำเสนอในรูปแบบการสรุปความ

1. โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตและหรือความหวังของผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช มี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบโปรแกรมที่ดำเนินการโดยบุคลากรวิชาชีพ เช่น โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วย (IMR) และรูปแบบการดำเนินการโดยผู้อยู่กับโรคจิตเวช เช่น โปรแกรมแผนสู่การฟื้นคืนสู่สภาวะ (WRAP) โปรแกรมการเสริมสร้างความฝันและเป้าหมายส่วนบุคคลสู่การฟื้นคืนสู่สภาวะ (BRIDGS) โปรแกรมแบบฝึกหัดสู่การหายดี (Recovery Up to You)

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของบุคคลผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช นำเสนอได้เป็นลักษณะดังนี้

2.1 รูปแบบโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะที่ดำเนินการโดยบุคลากรวิชาชีพและดำเนินการโดยบุคคลผู้อยู่กับโรคจิตเวชสามารถเสริมสร้างความหวังได้พบงานวิจัยที่มีคุณภาพจำนวน 2 งานวิจัย ที่นำมาทบทวน พบว่า การเสริมสร้างความหวังยังมีผลการวิจัยไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีงานวิจัยหนึ่งเรื่องที่รายงานว่าความหวังได้รับการพัฒนาบางส่วนเท่านั้น ส่วนเครื่องมือที่ใช้วัดก็ไม่ใช่ชนิดเดียวกัน (แสดงในตารางที่ 1)



รูปที่ 1 แผนผัง PRISMA ของการสืบค้นข้อมูล

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพต่อความหวังของผู้ป่วยโรคทางจิตเวช

การศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบโปรแกรม	สรุปผลการวิจัย
โปรแกรมกลุ่มที่ดำเนินการโดยบุคลากรหรือ professional support			
1) Salyers et al., 2009 งานวิจัยกึ่งทดลอง	ผู้ป่วยจิตเวช รุนแรง (SMI)	- IMR เป็นโปรแกรมกลุ่ม จำนวน 40 ครั้ง และดำเนินการ 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ หัวข้อประกอบ ด้วยการฟื้นฟูสุขภาพ โรคทางจิตเวช สาเหตุการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมการรักษาด้วยการป้องกันกำเริบ การจัดการความเครียด การจัดการปัญหา หรืออาการ แหล่งช่วยเหลือ สารเสพติด กลุ่มทดลองได้รับการดูแล ตามปกติและ IMR จำนวน 119 คน	กลุ่มทดลองมีความหวัง (SHS) มากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อน เข้า IMR และติดตาม ในเดือนที่ 6,12
โปรแกรมกลุ่มที่ดำเนินการโดยผู้ป่วยโรคจิตเวชหรือ peer support			
2) Cook et al., 2012 งานวิจัยทดลอง	ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (SMI) คือ จิตเภท จิตเภทแปรปรวน อารมณ์สองขั้ว ชุมเศร้า	- BRIDGS เป็นโปรแกรมดำเนินการลักษณะกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ดำเนินการ 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ สมาชิกกลุ่มจำนวน 5-12 คนต่อกลุ่ม ระยะเวลา 2.5 ชั่วโมง/ครั้ง กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติ ร่วมกับ BRIDGS จำนวน 212 คน กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่รอเข้า BRIDGS และการดูแลตามปกติ จำนวน 216 คน	กลุ่มทดลองมีความหวัง (HS)ในด้าน agency มากกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคทางจิตเวช

การศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบโปรแกรม	สรุปผลการวิจัย
โปรแกรมกลุ่มที่ดำเนินการโดยบุคลากร หรือ professional support			
1) Levitt et al., 2009 งานวิจัยทดลอง	จิตเภท จิตเภทแปรปรวน ซึมเศร้า อารมณ์สองขั้ว	- IMRโปรแกรมกลุ่ม จำนวน 20-40 ครั้ง ดำเนินการ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ สมาชิก จำนวน 5-8 คน 1 ชั่วโมง/ ครั้ง เมื่อหา คือการฟื้นฟูสุขภาพจิตเวช สาเหตุการเจ็บป่วยและการรักษา การสนับสนุน ทางสังคม การใช้อย่างมีประสิทธิภาพ การลดใช้สารเสพติด การป้องกันการกำเริบ การจัดการความเครียด การจัดการปัญหา หรืออาการ และระบบบริการสุขภาพ กลุ่มทดลอง =52 คน กลุ่มควบคุม =50 คน	คุณภาพชีวิต (QLS-A) กลุ่มที่เข้าโปรแกรม IMR ดีกว่ากลุ่มที่รอเข้า โปรแกรม
2) Fujita et al., 2010 งานวิจัยกึ่งทดลอง	จิตเภท	- IMRโปรแกรมกลุ่ม 9 บท จำนวน 40 ครั้ง แปลเป็นภาษาญี่ปุ่น ดำเนินการทั้งแบบบุคคล และกลุ่ม ครั้งละ 60-90 นาที ดำเนินการ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้นำกลุ่ม ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมและนักสังคมสงเคราะห์ กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติและ IMR จำนวน 8 คน กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่รอเข้าร่วมโปรแกรม IMR และการดูแลตามปกติ 10 คน	หลังสิ้นสุดโปรแกรม คุณภาพชีวิต (SF-36) ด้าน Social Functioning ดีขึ้น
3) Färdig et al., 2011 งานวิจัยทดลอง	จิตเภท	- IMRโปรแกรมกลุ่ม จำนวน 40 ครั้ง ดำเนินการ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ สมาชิกจำนวน 3-4 คน ระยะเวลา 1 ชั่วโมง/ครั้ง กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติและ IMR=12 คน กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่ม ที่รอเข้าร่วมโปรแกรม IMR และการดูแลตามปกติ จำนวน 20 คน	คุณภาพชีวิต (MANSA) กลุ่มที่เข้าโปรแกรม IMR ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพโปรแกรมการฟื้นฟูคืนสู่สภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคทางจิตเวช

การศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบโปรแกรม	สรุปผลการวิจัย
โปรแกรมกลุ่มที่ดำเนินการโดยบุคลากร หรือ professional support			
1) Salyers et al., 2014 งานวิจัยทดลอง	จิตเภท จิตเภทแปรปรวน	- IMR โปรแกรมกลุ่ม จำนวน 40 ครั้ง ดำเนินการ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 9 เดือน กลุ่มทดลอง "ได้รับการดูแลตามปกติและ IMR จำนวน 60 คน กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม PS (Problem Solving) ลักษณะเป็นกลุ่มสนับสนุนให้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์และแก้ไขปัญหาในกลุ่ม ไม่มีโครงสร้างชัดเจน "ไม่มีการตั้งเป้าหมายและไม่มีการบ้าน จำนวน 58 คน	คุณภาพชีวิต (QLS) พัง กลุ่ม IMR กับ กลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันส่วน ความหวัง (SHS) กลุ่ม ทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม
โปรแกรมกลุ่มที่ดำเนินการโดยผู้ป่วยกับโรคจิตเวชหรือ peer support			
2) Gestel - Timmermans et al., 2012 งานวิจัยทดลอง	ผู้ป่วยจิตเวช รุนแรง (SMI)	- Recovery is up to you เป็นโปรแกรมลักษณะเป็นกลุ่ม ที่มีโครงสร้าง ประกอบด้วย สุขภาพจิตศึกษา การจัดการความเจ็บป่วย การเรียนรู้ ประสบการณ์จากบุคคลผู้อยู่กับโรคจิตเวช การสนับสนุนทางสังคม และการบ้าน จำนวน 12 ครั้ง ระยะเวลา 2 ชั่วโมง/ครั้ง ไม่ระบุจำนวน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติและโปรแกรม จำนวน 168 คน กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและการดูแลตามปกติ จำนวน 165 คน	กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันของ คุณภาพชีวิต (MANSA) กลุ่มทดลองมีความหวัง (HHI) มากกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพโปรแกรมการฟื้นฟูผู้เสียหายต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคทางจิตเวช (ต่อ)

การศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบโปรแกรม	สรุปผลการวิจัย
โปรแกรมกลุ่มที่ดำเนินการโดยผู้ป่วยโรคจิตเวชหรือ peer support			
3) Cook et al., 2012 งานวิจัยทดลอง	ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง SMI จิตเภท จิตเภทแปรปรวน อารมณ์สองขั้ว ซึมเศร้า	- WRAP เป็นโปรแกรมกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ดำเนินการ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ สมาชิกกลุ่มจำนวน 5-12 คน ระยะเวลา 2.5 ชั่วโมง/ครั้ง - กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับ WRAP จำนวน 276 คน - กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่รอเข้า WRAP และการดูแลตามปกติ จำนวน 279 คน	กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต (WHOQOL) ความหวัง (HS) ดีกว่ากลุ่มควบคุม
4) Jomikas et al., 2013 งานวิจัยทดลอง	ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง SMI จิตเภท จิตเภทแปรปรวน อารมณ์สองขั้ว ซึมเศร้า	- WRAP เป็นโปรแกรมกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ดำเนินการ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ สมาชิกกลุ่มจำนวน 5-12 คน ระยะเวลา 2.5 ชั่วโมง/ครั้ง - กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับ WRAP จำนวน 251 คน - กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่รอเข้า WRAP และการดูแลตามปกติ จำนวน 268 คน	- กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต (WHOQOL) และความหวัง (HS) ดีขึ้น กว่ากลุ่มควบคุม - หลังทดลองและติดตามในเดือนที่ 6

2.2 รูปแบบโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่พัฒนาคุณภาพชีวิต พบงานวิจัยที่มีคุณภาพจำนวน 3 งานวิจัย พบว่า ดำเนินการโดยบุคลากรวิชาชีพเท่านั้น ที่ผลการวิจัยเป็นไปในทิศทางเดียวกันว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีความแตกต่างกันในการใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต (แสดงในตารางที่ 2)

2.3 รูปแบบโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดำเนินการโดยบุคลากรวิชาชีพและดำเนินการโดยบุคคลผู้อยู่กับโรคจิตเวช ที่ประเมินความหวังและคุณภาพชีวิตของบุคคลที่อยู่กับโรคทางจิตเวช (แสดงในตารางที่ 3) พบงานวิจัยที่มีคุณภาพจำนวน 4 งานวิจัย รูปแบบที่ดำเนินการงานโดยบุคลากรวิชาชีพ 1 งานวิจัยคือ โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความหวังแตกต่างกัน ส่วนรูปแบบที่ดำเนินการงานโดยบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช มี 3 งานวิจัย ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการวางแผนเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพทั้ง 3 งานวิจัย ช่วยเสริมสร้างความหวัง แต่มีเพียง 2 งานวิจัย ที่พบว่าสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวชได้

การอภิปรายผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย งานวิจัยที่นำเข้ามาทบทวนในครั้งนี้ มีจำนวน 9 การศึกษา เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง 7 การศึกษา และเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง 2 การศึกษา ทั้งหมดเป็นงานวิจัยในต่างประเทศ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยที่สำรวจการรับรู้ของพยาบาลจิตเวช

ในประเทศไทย (Kaewprom, 2011) พบว่า พยาบาลจิตเวชในประเทศไทยให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นรูปแบบทางการแพทย์มากกว่ารูปแบบการฟื้นคืนสู่สุขภาพ จึงทำให้ไม่พบงานวิจัยที่เป็นโปรแกรมการพยาบาล หรือโปรแกรมการดูแลที่ใช้แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้อยู่กับโรคจิตเภท รองลงมาเป็นโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้ว สามารถอภิปรายผลการวิเคราะห์งานวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ช่วยเสริมสร้างความหวังและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้อยู่กับโรคทางจิตเวชรุนแรง มีสองรูปแบบคือ รูปแบบที่ดำเนินการโดยบุคลากรวิชาชีพและรูปแบบที่ดำเนินการโดยกลุ่มบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช สอดคล้องกับการทบทวนองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันที่สรุปลักษณะการบริการเพื่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพ มี 3 ลักษณะ (Jacobson & Greenley, 2001) คือ หนึ่ง การให้บริการโดยบุคลากรวิชาชีพ เช่น โปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วย สอง การให้บริการโดยผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช เช่น โปรแกรมการวางแผนสู่การคืนสู่สุขภาพ (Slade et al., 2014) โปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างความหวังที่ดำเนินการโดยบุคลากรวิชาชีพ งานแรกเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่วัดผลก่อนและหลังดำเนินการ (Salysers et al., 2009) พบว่า โปรแกรมสามารถเสริมสร้างความหวังได้เมื่อติดตามไปครบหนึ่งปี อีกห้าปีต่อมา นักวิจัยท่านเดิมและคณะได้ออกแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ใช้กลุ่มแก้ไขปัญห (Salysers et al., 2014) ผลการศึกษา พบว่า ความหวังของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน มีข้อสังเกตว่าแม้กลุ่มควบคุมจะไม่มี

การกำหนดโครงสร้างที่ชัดเจน แต่การรวมกลุ่มกันเป็นการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ระหว่างบุคลากรกับผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช เป็นเงื่อนไขสำคัญอีกประการหนึ่งของแนวคิดที่ว่า การฟื้นคืนสู่สภาวะ (Jacobson & Greenley, 2001)

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช พบว่า โปรแกรมทั้งสองลักษณะคือ รูปแบบที่ดำเนินการโดยบุคลากรวิชาชีพ และรูปแบบที่ดำเนินการโดยบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช ช่วยเสริมสร้างความหวังเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Cook et al., 2012 ; Gestel - Timmermans et al., 2012 ; Jonikas et al., 2013 ; Salyers et al., 2014) เนื่องจากความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Jacobson & Greenley, 2001) จึงเป็นเรื่องสำคัญที่พยาบาลต้องส่งเสริมให้บุคคลที่อยู่กับโรคทางจิตเวชมีความหวังของตนเองในการดำเนินชีวิต แม้จะป่วยด้วยโรคทางจิตเวชก็ตาม

ส่วนในเรื่องคุณภาพชีวิตนั้น ผลการวิจัยที่ผ่านมายังมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยที่เปรียบเทียบกับกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหา (Salyers et al., 2014) พบว่าคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนโปรแกรมที่ดำเนินการโดยบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวชนั้น พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (Gestel - Timmermans et al., 2012) แต่อีกสองงานวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนเพื่อฟื้นคืนสู่สภาวะ (WRAP) มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม (Cook et al., 2012; Jonikas et al.,

2013) ดังนั้น ยังมีช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช ที่ต้องการการศึกษาวิจัยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิภาพโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อความหวังและหรือคุณภาพชีวิตของบุคคลที่อยู่กับโรคทางจิตเวช มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช การเสริมสร้างความหวังเป็นหัวใจสำคัญในการช่วยให้บุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวชฟื้นคืนสู่สภาวะ ที่สำคัญเรื่องการฟื้นคืนสู่สภาวะไม่ใช่เรื่องใหม่ เพียงแต่นำมากล่าวถึงในแง่มุมใหม่ที่ทำให้ความสำคัญของการฟื้นคืนสู่สภาวะทางสังคมจิตใจมากกว่าการฟื้นคืนสู่สภาวะทางการแพทย์ ดังนั้น จึงเป็นงานท้าทายสำคัญของพยาบาลจิตเวชไทย ในการเรียนรู้ทำความเข้าใจ และนำแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช

2. ด้านการวิจัย ในประเทศไทยยังมีช่องว่างองค์ความรู้ในการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อการฟื้นคืนสู่สภาวะของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวชในประเทศไทย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทต่อไป

3. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรนำแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะมาบูรณาการในหลักสูตรการพยาบาลจิตเวชในระดับปริญญาตรีเพื่อให้เข้าใจพื้นฐานการฟื้นคืนสู่สภาวะ และหลักสูตรปริญญาโทเพื่อให้สามารถบูรณาการในการปฏิบัติการพยาบาลได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทรภรณ์ พุ่มปันคำ หัวหน้าศูนย์หลักฐานเชิงประจักษ์การพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่จัดการอบรมเรื่องการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ และกรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- เชษฐา แก้วพรม. (2555). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสำหรับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 23(2), 73-80.
- สมรัก ชูวานิชวงศ์. (2558). บทบรรณาธิการ. *วารสารเพื่อนรักสุขภาพจิต*. 15(58), 3.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2544). ศัพท์บัญญัติ. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2558 จาก <http://rirs3.royin.go.th/coinages/>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Cleary, M., Walter, G., & Hungerford, C. L. (2014). Recovery and the role of humility: Insights from a case study analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(2), 108-113.
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L. A., Grey et al., (2011). Results of a randomized

controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 881-891.

- Cook, J. A., Steigman, P., Pickett, S., Diehl, S., Fox, A., Shipley, P et al., (2012). Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). *Schizophrenia Research*, 136(1), 36-42.
- Färdig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., & Fredriksson, A. (2011). A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 62(6), 606-612.
- Fujita, E., Kato, D., Kuno, E., Suzuki, Y., Uchiyama, S., Watanabe, A et al., (2010). Implementing the illness management and recovery program in Japan. *Psychiatric Services*, 61(11), 1157-1161.
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric services*, 52(4), 482-485.
- Jonikas, J. A., Grey, D. D., Copeland, M. E., Razzano, L. A., Hamilton, M. M., Floyd, C. B., et al., (2013). Improving propensity for patient self-advocacy through wellness recovery action planning: results of a

- randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 260-269.
- Kaewprom, C. (2011). *Perceptions and practices regarding recovery from schizophrenia among Thai mental health nurses*. Unpublished Doctor of Philosophy Thesis, School of Nursing Midwifery and Indigenous Health, Faculty of Health and Behavior Sciences, University of Wollongong.
- Kidd, S., Kenny, A., & McKinstry, C. (2015). The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 181-192.
- Levitt, A. J., Mueser, K. T., DeGenova, J., Lorenzo, J., Dawn Bradford-Watt, M. S. W., Barbosa, A., et al., (2009). Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatric Services*, 60(12), 1629-1636.
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Park, M., & Connally, F. (2014). Recovery-oriented care in a secure mental health setting : "Striving for a Good Life". *Journal of Forensic Nursing*, 10(2), 63-69.
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Ennis, G., Houghton, J., Lupson, C., et al., (2014). Recovery-oriented care in acute inpatient mental health settings: An exploratory study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(7), 526-532.
- McLoughlin, K. A., Du Wick, A., Collazzi, C. M., & Puntill, C. (2013). Recovery-oriented practices of psychiatric-mental health nursing staff in an acute hospital setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(3), 152-159.
- Migdole, S., Tondora, J., Silva, M. A., Barry, A. D., Milligan, J. C., Mattison, E., et al., (2011). Exploring new frontiers: recovery-oriented peer support programming in a psychiatric ED. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(1), 1-12.
- Roe, D., & Swarbrick, M. (2007). A recovery-oriented approach to psychiatric medication: Guidelines for nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(2), 35-40.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., et al., (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.
- 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.
- Salyers, M. P., McGuire, A. B., Kukla, M., Fukui, S., Lysaker, P. H., & Mueser, K. T. (2014). A randomized controlled trial of illness

management and recovery with an active control group. *Psychiatric Services*, 65(8), 1005-1011.

Stotland, N. L., Mattson, M. G., & Bergeson, S. (2008). The recovery concept: clinician and consumer perspectives. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(Suppl 2), 45-54.

Joanna Briggs Institute. (2014). *Reviewers' Manual*. Adelaide : The Joanna Briggs Institute.

Gestel-Timmermans, H., Brouwers, E. P., Assen, M. A., & Nieuwenhuizen, C. (2012). Effects of a peer-run course on recovery from serious mental illness : a randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 63(1), 54-60.