

ผลของรูปแบบการดูแลโดยพยาบาลต่อการฟื้นฟูของ ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง โรงพยาบาลศูนย์

อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ¹ พย.ม.

จินตนา ยูนิพันธุ์² Ph.D., อพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

วิภาวี เผ่ากันทรกรร³ Ph.D., อพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

นรวิทย์ พุ่มจันทร์⁴ พ.บ.

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลัง เปรียบเทียบสองกลุ่ม เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการฟื้นฟูของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง ก่อนและหลังได้รูปแบบการดูแลโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คนเท่ากัน ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจับคู่ เพศ ช่วงวัย โรค และสภาวะกลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการดูแลโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเพื่อการฟื้นฟูสำหรับผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงประกอบด้วยสัมพันธภาพบำบัดรายบุคคลและจิตบำบัดระดับประคองรายกลุ่มทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเสริมความหวัง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวัดผลคือการฟื้นฟูคือ แบบประเมินการฟื้นฟูด้านสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย และแบบประเมินระดับอาการทางจิตโดยวัดผลหลังการทดลองทันที เครื่องมือดังกล่าวผ่านการทดสอบความตรงและเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ครอนบาค .96 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบค่าทีที่เป็นอิสระต่อกัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูหลังได้รูปแบบการดูแลโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนว่ารูปแบบการดูแลที่นำโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสามารถช่วยให้ผู้ที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรงเกิดกระบวนการฟื้นฟูได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2565; 9(2): 82-96

คำสำคัญ: ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง รูปแบบการดูแลโดยพยาบาล การฟื้นฟู
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

¹ผู้เข้าฝึกอบรม หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปริญญาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ผู้รับผิดชอบหลัก Email: yuni_jintana@hotmail.com

³อาจารย์พยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

⁴อาจารย์จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วันที่รับบทความ 18 มิถุนายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 22 ตุลาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 28 ตุลาคม 2565

The Effect of Nurse-Directed Care Model on Recovery among Persons with Severe Mental Illness, Regional Hospital

Udomlak Sripeng¹ MNS.

Jintana Yunibbhand² Ph.D.(Nursing)Dip.PMHN

Wipavee Pouwkantarakorn³ Ph.D.(Nursing)Dip.PMHN

Norawee Pumchun⁴ MD

Abstract: This quasi-experimental research, two groups pre-posttest design, aimed to compare recovery of patient with severe mental illness before and after receiving the nurse-directed care model by advance practice nurse and compare between the experimental and the control group. Sample were 40 patients with severe mental illness, recruited from the outpatient department of Regional Hospital and Medical Centers, were matched pairs by gender, age, disease and treatment sampling before randomly assigned to either experimental or control group equally (n=20). Experimental group received the nurse-directed care model for persons with severe mental illness consists of individual relationship therapy and group support psychotherapy to create hope for 4 weeks while the control group received a routine care. Research instruments for measuring the recovery was Thai-Mental Health Recovery Measure and The Brief Psychiatric Rating Scale which immediately assessed after the experiment. All instruments were examined for content and the reliability of the scale yielding of Cronbach's alpha Coefficient was .96 and .97 respectively. Data were analyzed by independent t-test. The result showed that the mental health recovery of the experimental group after receiving the nurse-directed care model was significantly higher than that of the control group ($p<.05$), and the mental health recovery of the experimental group was higher than before. It can be concluded that the nurse-directed care model led by advance practice nurse could be used for enhancing recovery among for persons with severe mental illness.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2022; 9(2): 82-96

Keywords: persons with severe mental illness, the nurse-directed care model, recovery, advance practice nurse

¹Diploma Candidate, Thai Board of Advance Practice in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing Chulalongkorn University.

²Associate Professor, Faculty of Nursing Chulalongkorn University; Corresponding author, Email:yuni_jintana@hotmail.com

³Nursing preceptor, Somdetchaopaya Institute of Psychiatry.

⁴Psychiatric preceptor, Somdetchaopaya Institute of Psychiatry.

Received June 18, 2022; Revised October 22, 2022; Accepted October 28, 2022

ความเป็นมาและความสำคัญ

การบริการด้านสุขภาพจิตปัจจุบันเน้นการกำหนดกลุ่มเป้าหมายการดูแล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง (Severe Mental Illness ; SMI) ที่เป็นการระบุประชากรด้านสุขภาพจิตที่มีความหมายคล้ายกับความพิการทางจิตเวช (psychiatric disabilities) ส่งผลให้เกิดการสูญเสียเกิดความพิการ (disability) มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม การทำงาน การเรียน ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และส่งผลกระทบต่อการเกิดการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดร่วมกับโรคทางจิตเวชด้วย¹ ใช้เป็นคำวินิจฉัยทางจิตเวชใน DSM-V อธิบายความเสื่อมของบทบาทหน้าที่ในหนึ่งมิติหรือมากกว่า เช่น ความสัมพันธ์ทางสังคม การพึ่งพาตนเอง และการจ้างงาน หรือระยะเวลาการรักษาที่มากกว่า² ความชุกของ SMI ในต่างประเทศ ประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปของประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2008-2019 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.7 หรือ 8.3 ล้านคน เป็นร้อยละ 5.2 หรือ 13.1 ล้านคน³ ในประเทศไทยอัตรา SMI ปี พ.ศ. 2555-2558 เท่ากับ 950.65, 893.29, 659.02 และ 757.03 ต่อประชากรแสนคน⁴ SMI ที่มารับบริการสถานพยาบาลกรมสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 23.20 และ 26.67 ปี พ.ศ. 2560 และ 2561⁵ การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชมารักษาในหน่วยงานกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2557-2559 ร้อยละ 33.4, 33.45 และ 32.96 ของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการกรมสุขภาพจิต⁶ โรงพยาบาลรักษาโรคทั่วไป เช่น โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ระดับโรงพยาบาลศูนย์ (Advance – level Hospital) มีผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอกปี พ.ศ. 2557-2561 เฉพาะ SMI จำนวน 327 คน, 681 คน, 1,009 คน, 2,473 คน

และ 2,664 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมที่ภายใน 7 วัน ระหว่างปี พ.ศ.2559-2561 เท่ากับร้อยละ 10.60, 8.97 และ 10.73 ของผู้ป่วย SMI ทั้งหมดปีนั้นๆ⁷

แม้ว่าสถิติ SMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่การบริการสุขภาพจิตมีจำนวนน้อย ไม่มีทีมสุขภาพจิตดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลรักษาโรคทั่วไปบางแห่งจัดบุคลากรที่ดูแลด้านสุขภาพจิตเป็นแบบ part time พบว่าปัญหาที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลรักษาโรคทั่วไป ได้แก่ ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ร่วมมือในการใช้ยา (drug adherence) หยัดยาเอง ไม่เข้าใจยอมรับการเจ็บป่วย ทศนคติทางลบกับการรักษา ผู้ดูแลขาดความเข้าใจ ทอดทิ้งผู้ป่วย แสดงออกทางอารมณ์มากเกินไป (high emotional expressed) แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป ห่วงกังวล กลัวความเสียหายผู้ป่วยไม่มีอิสระตัดสินใจ⁸

ปัญหาช่องว่างการรักษาเนื่องจากขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชอย่างเต็มรูปแบบ APN สาขาการพยาบาลจิตเวชได้รับการศึกษาฝึกอบรม สามารถจัดการบริการในสถานะที่ขาดแคลนผู้ให้บริการด้านจิตเวชได้ เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยบทบาทที่สำคัญคือการจัดระบบบริการที่เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชน จากการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ดีพิมพ์ระหว่างปี 1990 ถึง 2008 พบว่า APN ให้การดูแลผู้ป่วยได้ผลลัพธ์อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (length of stay) และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล (cost of care) เป็นต้น รวมถึงในสถานพยาบาลที่ขาดแคลนบุคลากรด้านจิตเวช APN ลดช่องว่างการดูแลผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ให้ผู้ป่วยคงอยู่ในการรักษาและเกิดการฟื้นหายได้⁹

แนวคิดการฟื้นฟูหายได้ถูกนำมาใช้ในการดูแล SMI เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตนเองของบุคคล โดยการพัฒนาการดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ให้ ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยวิธีการกำกับหรือควบคุมชีวิตของ ตนเองใช้ศักยภาพตนเองอย่างเต็มที่¹⁰ จากบริการ สุขภาพจิตที่มีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย SMI ให้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองและมีความสุขกับ ชีวิต แม้ว่าอาการหลงเหลืออยู่การฟื้นฟูที่กล่าวถึง นี้มี 5 มิติ คือ การฟื้นฟูทางอาการ (clinical recovery) อาการที่ต้องใช้ยารักษาจิตประสาท การฟื้นฟู ทางปัจเจกบุคคล (existential recovery) ความเชื่อ การรับรู้ความสามารถพลังอำนาจของบุคคล การฟื้นฟู ของการทำหน้าที่ (functional recovery) เป็นมิติ การทำหน้าที่การทำงานการเรียน การฟื้นฟูทาง ร่างกาย (physical recovery) ด้านร่างกายทั้ง โภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด และ การฟื้นฟูทางสังคม (social recovery) เป็นมิติการ ทำหน้าที่ทางสังคม¹¹ การฟื้นฟูประกอบด้วยปัจจัย ภายใน (Internal conditions) และปัจจัยภายนอก (external conditions) โดยความหวังเป็นปัจจัยภายใน ที่เป็นหลักของการฟื้นฟู เนื่องจากความหวังมีผล จากการลดการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเอง (internal stigma) มีผลต่ออาการของ SMI¹²

การเพิ่มความหวังส่งผลให้เกิดการเสริมสร้าง พลังในตนเอง รับรู้เข้าใจความเจ็บป่วยของตนเองมี ความหวังที่จะฟื้นฟูเกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง ในการจัดการอาการป่วย ด้านการได้รับยา การรักษา ต่อเนื่อง และดูแลตนเองให้เกิดการฟื้นฟู¹³ การ รับรู้ตราบาปภายในตนเองมีผลต่ออาการและความ รุนแรงของอาการทางจิตด้วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัย ภายนอกที่ส่งเสริมการฟื้นฟู ได้แก่ มีเพื่อนคู่คิด (peer support) ระบบบริการเพื่อการฟื้นฟู

สิทธิมนุษยชน วัฒนธรรมการรักษา (positive culture)¹⁴ การเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งเสริมการฟื้นฟู และปัจจัยอุปสรรค เป็นแนวทางในการบำบัดรักษา SMI ซึ่งต้องใช้ความรู้ความเข้าใจกระบวนการทางจิต และทักษะที่มีความชำนาญ สมรรถนะ APN สาขาการ พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จะช่วยทำให้ผู้ป่วย เข้าใจตนเอง รับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตน อาการของ ตนมี insight ที่ดีขึ้น ลด internal stigma เกิดผลลัพธ์ ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความ รู้อย่างเดียวยังได้ผลไม่ดีเท่าที่ควรร่วมกับวิธีการอื่น เช่น การปรับความคิดเชื่อที่ผิด ผิดทักษะทางสังคม การมุ่ง สู่เป้าหมาย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสื่อสาร การให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง^{15,16} นอกจากนี้ การบำบัดแบบกลุ่มช่วยลดตราบาป APN ที่เป็น ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical specialist) เป็น ผู้จัดการดูแล (client care managers) และให้การ พยาบาลโดยตรง (direct care) พัฒนาระบบการดูแล ประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ¹⁷

ปัจจุบันผู้ป่วย SMI จำนวนมากอยู่ในชุมชน ควรได้รับการดูแลบำบัดทางด้านจิตเวชต่อเนื่องเพื่อ ป้องกันการทำร้ายตนเองหรือการทำร้ายผู้อื่น การป่วย ข้ำ อาการกำเริบรุนแรง รวมถึงปัญหาเกิดการเจ็บป่วย ทางกาย และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูกลับสู่สังคมได้ การจัดบริการการพยาบาลตอบสนองความต้องการ ของบุคคลตามเป้าหมายชีวิต พัฒนาระบบการดูแล แบบบูรณาการ บทบาทของ APN ที่เป็นองค์ประกอบ สำคัญในการบริการสุขภาพจิตแบบบูรณาการที่ สามารถวัดผลได้ตามตัวชี้วัดคุณภาพ การจัดระบบ บริการสุขภาพอย่างเหมาะสมครอบคลุม ช่วยผู้ป่วย ให้รักษาต่อเนื่องในเขตสุขภาพนั้นๆ สอดคล้องกับ นโยบายสาธารณสุข ระบบบริการจิตเวชในโรงพยาบาล ศูนย์ยังมีปัญหาการดูแลต่อเนื่องคือไม่มีคลินิกจิตเวช

และทีมจิตเวชที่เพียงพอ เพื่อดูแล SMI ที่กลับมา รักษาต่อเนื่องตามเขตสุขภาพ และลดความแออัดใน โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลรักษาโรคทั่วไป จึงควร พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย SMI

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลโดย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต่อการฟื้นฟูของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง โรงพยาบาลศูนย์
2. เพื่อศึกษาระดับการฟื้นฟูของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงหลังได้รับรูปแบบการดูแลโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลัง เปรียบเทียบกับสองกลุ่ม (Quasi-experimental two groups pre-posttest design) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย ICD 10 รหัสโรคดังนี้ F20 Schizophrenia, F21 Schizotypal disorder, F22 Persistent delusional disorders, F24 Induced delusional disorder, F25 Schizoaffective disorders, F28 Other nonorganic psychotic disorders, F29 Unspecified nonorganic psychosis, F30 Manic episode, F31 Bipolar affective disorder, F32.3 Severe depressive episode with psychotic symptoms และ F33.3 Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic อายุ 18-65 ปี ได้รับการรักษาทางจิตเวช 1 ปีขึ้นไป Dysfunction วัดโดย Global Assessment of Function (GAF)<70 สื่อสารภาษาไทยเข้าใจมีผู้ดูแลหลัก 1 คนอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ระยะเวลาเจ็บป่วยทางจิตเวชไม่เกิน 10 ปี ไม่

เป็นโรคประสาทวิทยาหรือบุคลิกภาพแปรปรวน ไม่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรง ไม่ติดสารเสพติด ไม่เคยก่อคดีอาญารุนแรง ไม่มีอาการหลงผิด ไม่มีความคิดทำร้ายผู้อื่น ไม่มีอาการวิตกกังวลรุนแรง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน¹⁸ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ระหว่างการทดลองจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 22 คน ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ เพศ ช่วงวัย โรค ความแตกต่างของโรคมีผลต่อ ความรุนแรงของอาการ อัตราตายมีความแตกต่างกัน ในด้านเพศ อายุ ความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและ หลอดในผู้ป่วย SMI พบว่าอายุมีความแตกต่างกันใน การเกิดโรค¹⁹ จับคู่ (Matched pair) และสุ่มแยกกลุ่ม (Treatment sampling) ผู้วิจัยผ่านการฝึกอบรมใน หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิบัตร สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่มีการพัฒนา ศักยภาพให้มีทักษะและประสบการณ์ปฏิบัติการทำ กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองฝึกปฏิบัติที่โรงพยาบาล กลางวัน โดยจิตแพทย์ และ APN สาขาการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต ประยุกต์ใช้การทำกลุ่มจิตบำบัด แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ เช่น จิตวิเคราะห์ จิตพลวัตร พลวัตรภายในครอบครัว เป็นต้น เตรียมผู้ช่วยวิจัย (พยาบาลระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพ จิตและจิตเวช) 1 คน ผ่านประสบการณ์การทำกลุ่ม บำบัด ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลโดยพยาบาลสำหรับผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงตามแนวคิดการพยาบาล

เพื่อสุขภาพ²⁰ และสัมพันธภาพบำบัด²¹ ร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง²² ดำเนินงาน 4 ระยะ ระยะเริ่มต้น (Orientation Phase) การใช้สัมพันธภาพบำบัด และกิจกรรมสำหรับญาติด้วยสัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล 1 ครั้ง ระยะระบุปัญหา (Identification) ใช้สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล มุ่งสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วย พัฒนาความหวัง(hope) / และกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองลดความรู้สึกลดความภายใน (internal stigma) ระยะใช้ศักยภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Exploitation) ใช้สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล ตอบสนองความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) และกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง ตอบสนองความต้องการการทำหน้าที่ (Role function needs) มุ่งสู่เป้าหมายและความหวัง ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล (individual needs) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายชีวิตส่วนตัว(personal goals) และ ระยะสรุปผล (Resolution) ใช้สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคลมุ่งหวังการคืนสู่สภาวะอย่างยั่งยืน พัฒนาศักยภาพใหม่ของตน (new potential) และกลุ่มสำหรับผู้ดูแล การบำบัดผู้ป่วยทั้งหมด 8 ครั้ง สำหรับผู้ดูแล 2 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา CVI โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เท่ากับ .86

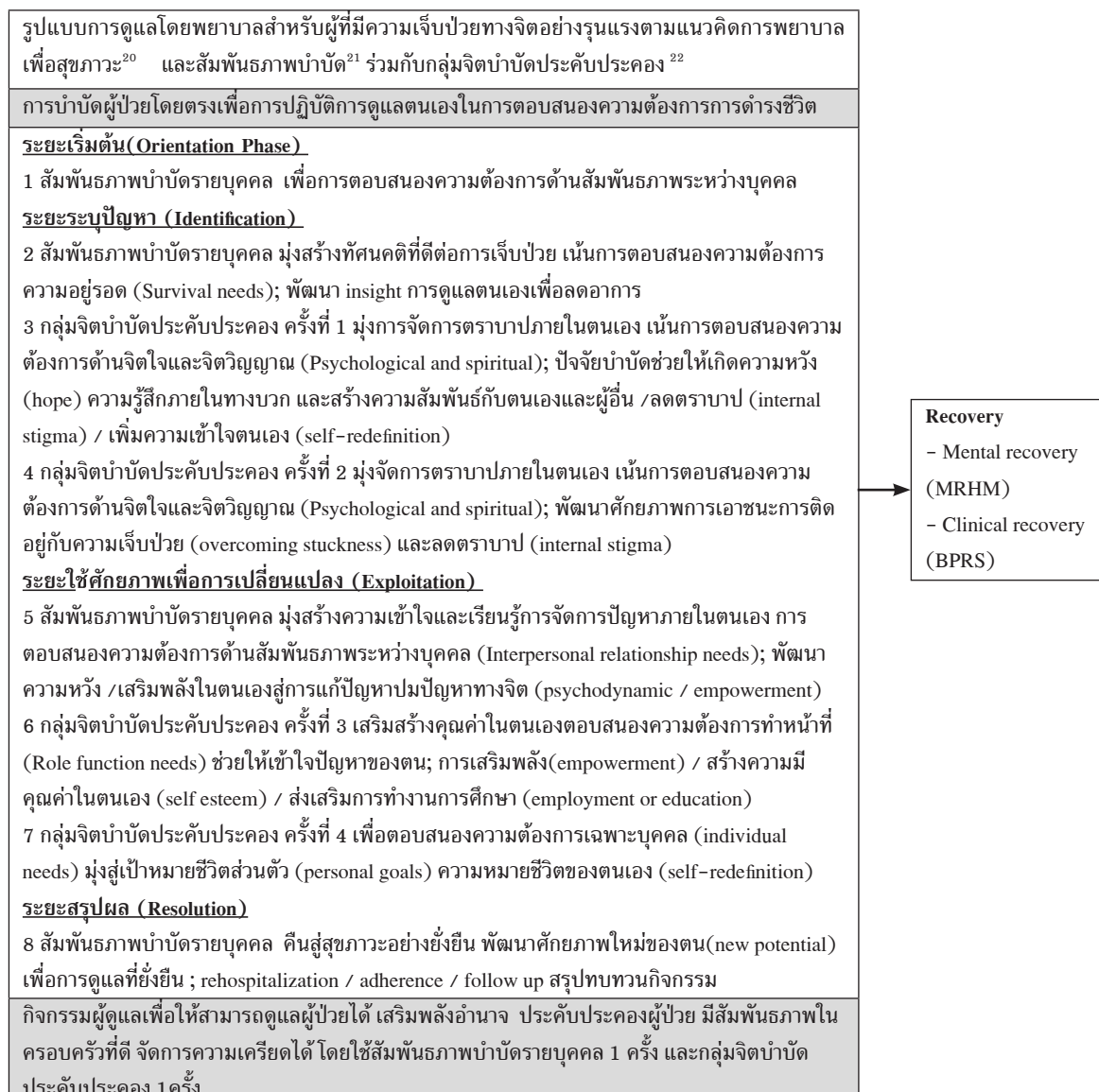
กลุ่มที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาและญาติ/ผู้ดูแลหลัก ส่วนที่ 2 แบบประเมินการฟื้นฟูด้านสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย (Thai-Mental Health Recovery Measure) เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Vorapatrorn²³ แปลมาจากแบบวัด

Mental Health Recovery Measure ของ Young & Ensing ความตรงของเนื้อหา CVI = 1.0 ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับอาการทางจิต The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ลักษณะเป็นแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาโดย Overall and Gorham²⁴ ความตรงของเนื้อหา CVI = 1.0 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือไปประเมินอาการทางจิตผู้ป่วย SMI จำนวน 30 ราย ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' alpha Coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 และ .97 ตามลำดับ

กลุ่มที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ดัชนีวัดความหวังของเฮิร์ท²⁵ ค่าคะแนนตั้งแต่ 12-48 คะแนน โดยเกณฑ์กำกับการทดลองผู้วิจัยกำหนดว่า กลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนความหวังเพิ่มขึ้นจากเดิม ผู้ป่วยที่จะฟื้นฟูได้จำเป็นต้องมีความหวัง ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของการการฟื้นฟู และส่งผลต่ออาการของ SMI ซึ่งเกิดจากความรู้สึกลดภายใน ความพร้อมทางบวก รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างตนและผู้อื่นด้วย¹² จึงใช้ความหวังเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้ป่วย SMI ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

กลุ่มที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบวัดการทำหน้าที่(Global Assessment Function: GAF Scale) ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน ใช้ประกอบการวินิจฉัยผู้ป่วยจิตเวช ประกาศใช้ในการประกอบการวินิจฉัยโรคใน DSM-V การวิจัยครั้งนี้กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คะแนนน้อยกว่า 70 คะแนน

กรอบแนวคิดการวิจัย

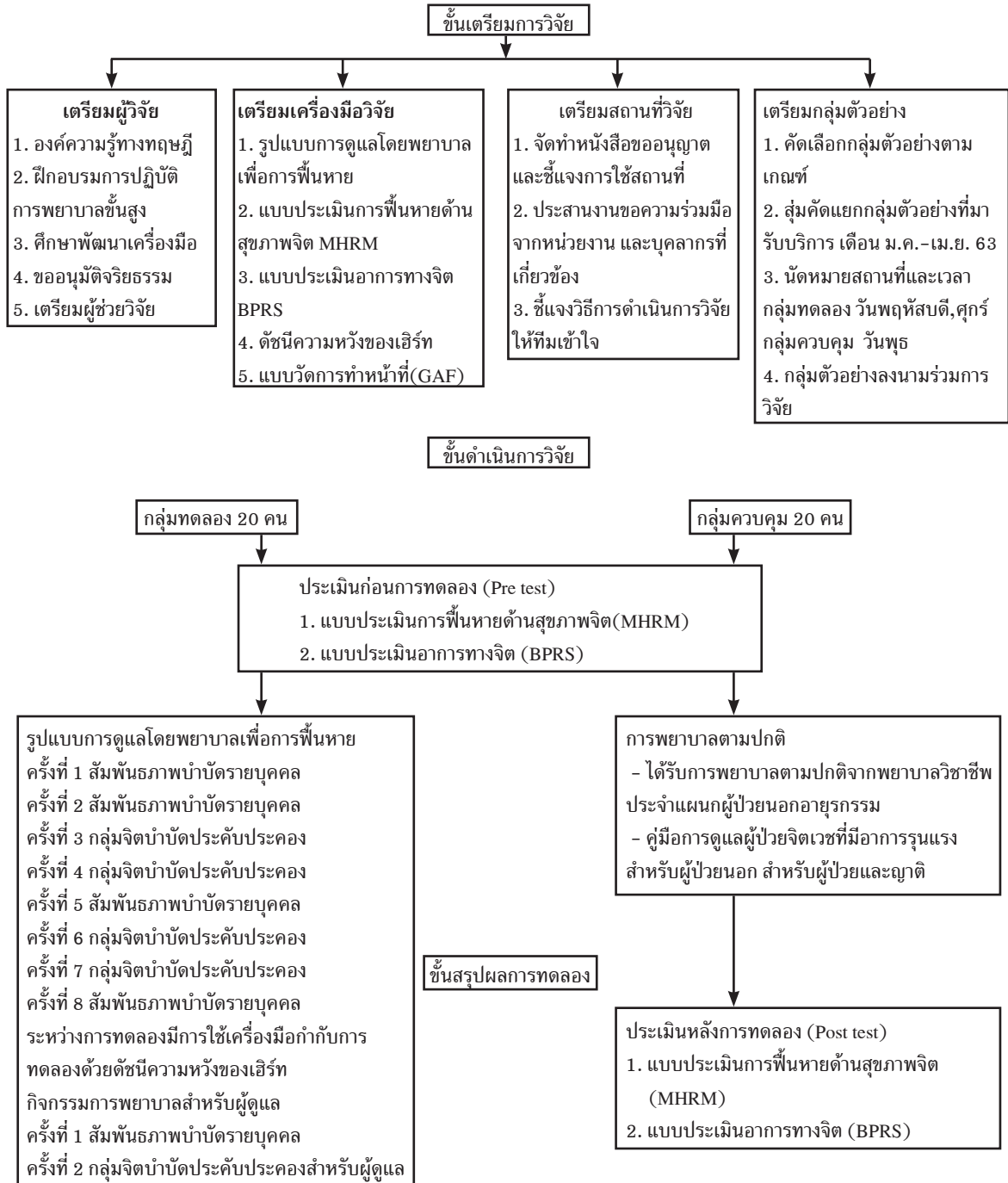


จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช IRB No. 103/62 ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ประโยชน์ที่ได้รับ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นระหว่างทดลอง สามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา รวมถึงการเก็บรักษาความลับของข้อมูลโดยผู้วิจัยไม่เผยแพร่สู่ภายนอก นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

การดำเนินการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูประดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติพรรณนาแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ และ โรค

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นหาย และคะแนนประเมินอาการทางจิตก่อนและหลังทดลอง ในแต่ละกลุ่ม ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบที่ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นหายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนการฟื้นหายเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติที่อิสระ Independent t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนอาการทางจิต ใช้การทดสอบด้วย

Mann Whitney Test เพราะมีค่าความแตกต่างก่อนการทดลองจึงไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียง (ตารางที่ 1) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 60 และ 65 อายุเฉลี่ยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เท่ากับ 39.75 และ 47.40 โรคที่พบในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือกลุ่มโรคจิตเภทมากที่สุด รองลงมาคือโรคไบโพลาร์ และกลุ่มโรคซึมเศร้าที่น้อยที่สุด โดยสัดส่วนร้อยละของโรคที่พบทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคล้ายคลึงกัน สถานภาพสมรส กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 50 และ 55 และอาชีพรับจ้างส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองร้อยละ 45 และ 35 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม(20)		กลุ่มทดลอง(20)		รวม(40)		X ²	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1.เพศ							2.5	.11
ชาย	8	40	7	35	15	37.5		
หญิง	12	60	13	65	25	62.5		
2.อายุเฉลี่ย ปี (SD)	39.75 (13.77)		47.40 (12.96)		43.58		21.25	.63
3.โรค							5.6	.06
กลุ่มโรคไบโพลาร์	6	30	5	25	11	27.5		
กลุ่มโรคซึมเศร้า	4	20	4	20	6	20		
กลุ่มโรคจิตเภท	10	50	11	55	23	52.5		
4.สถานภาพสมรส							25.40	.00
โสด	8	40	6	30	14	35		
สมรส	10	50	11	55	21	52.5		
หม้าย	0	0	1	5	1	2.5		
หย่า	2	10	2	10	4	10		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม(20)		กลุ่มทดลอง(20)		รวม(40)		X ²	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
5.อาชีพ							16.75	.00
ข้าราชการ	2	10	4	20	6	15		
รับจ้าง	9	45	7	35	16	40		
บ้านาน	0	0	3	15	3	7.5		
นักเรียน/นักศึกษา	2	10	1	5	3	7.5		
ว่างงาน	7	35	5	25	12	30		

2. เปรียบเทียบการฟื้นฟูและอาการทางจิตก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ผลการทดสอบด้วยสถิติที่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต

อย่างรุนแรงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง สำหรับในกลุ่มควบคุม พบว่าทั้งค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูและอาการทางจิตของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนการฟื้นฟูและอาการทางจิตของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง ก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การฟื้นฟู						
กลุ่มควบคุม	66.35	8.11	66.75	9.39	.57	.58
กลุ่มทดลอง	71.05	11.45	76.45	13.38	7.79	.00*
อาการทางจิต						
กลุ่มควบคุม	33.80	5.29	34.45	6.51	1.65	.12
กลุ่มทดลอง	39.50	7.42	37.05	6.71	7.12	.00*

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูและอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

จากการทดสอบเบื้องต้นของค่าเฉลี่ยการฟื้นฟูก่อนการทดลองของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย

คะแนนการฟื้นฟูระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟู หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	66.35	8.11	71.05	11.45	1.50	.14
หลังทดลอง	66.75	9.39	76.45	13.38	2.654	.01*

อย่างไรก็ตาม คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงใช้การทดสอบด้วยสถิติ Mann Whitney Test พบว่ามี

ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	Mean Rank	n	Mann Whitney U	p-value
กลุ่มควบคุม	18.50	20		
กลุ่มทดลอง	22.50	20	160.00	.28
รวม		40		

ในการศึกษานี้ได้มีการเก็บข้อมูลคะแนนความหวังในกลุ่มทดลองเพื่อกำกับติดตามการทดลองพบว่า คะแนนความหวังที่เป็นตัวกำกับการทดลองหลังการวิจัย กลุ่มทดลองมีคะแนนความหวังสูงขึ้นกว่าก่อนการวิจัยทุกราย โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น

ประมาณ 2-11 (คะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 5.15) จากค่าเฉลี่ย 35.30 เป็น 40.45 และกลุ่มทดลองมีความหวังระดับสูงกว่าที่กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองไว้คือ 36.60 คะแนน (คะแนนอยู่ในช่วง 12-48)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลลัพธ์การบริการสุขภาพในกลุ่ม SMI เกิดการฟื้นฟูโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจิตเวชและสุขภาพจิตในโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าการฟื้นฟูสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ คะแนนอาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และคะแนนความหวังกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น โดยรูปแบบการพยาบาลที่ใช้กระบวนการบำบัดทางจิต (Psychotherapy or therapeutic intervention) เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการทั้งผู้ป่วย หรือญาติ มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพของผู้ป่วย (client health) ในทุกขั้นตอนของรูปแบบการดูแลโดยพยาบาลสัมพันธ์ภาพบำบัดช่วยให้เข้าถึงจิตใจผู้ป่วยพร้อมที่รับรู้ข้อมูล หรือแสวงหาข้อมูลสำหรับการดูแลตนเอง รวมถึงญาติที่แสวงหาข้อมูลการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยในครอบครัว โดยรูปแบบการพยาบาลในการวิจัยตอบสนองความต้องการของบุคคล 4 ด้าน กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดีคือการฟื้นฟูทั้งทางด้านจิตใจและอาการ ใช้ความรู้ความเข้าใจจิตพลวัต psychodynamic และกระบวนการบำบัดทางจิต psychotherapy ให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นฟู สัมพันธ์ภาพบำบัดรายบุคคลจะช่วยให้ดูแลผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงได้ตรงจุดแบบเฉพาะราย การจัดการปัญหาสุขภาพ เป้าหมายชีวิตแต่ละคนแตกต่างกัน ดังนั้นสัมพันธ์ภาพบำบัดรายบุคคลจะช่วยให้เข้าถึงประเด็นปัญหาแต่ละรายโดยบำบัดผ่านการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง (relationship-based) พยาบาลที่ปรึกษา ในส่วนของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองทำให้เกิดปัจจัยบำบัดขณะดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้งเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย

SMI ที่เป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนและเรื้อรัง เกิดการฟื้นฟู ช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง อีกทั้งสนับสนุนครอบครัวให้เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีการทำกลุ่มในแต่ละครั้งได้ครอบคลุมถึงการลดความรู้สึกตราบาปภายในตนเอง เข้าใจและการยอมรับการเจ็บป่วยการเสริมสร้างพลังการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง การปรับความคิดในความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสร้างความหวังและการตั้งเป้าหมายและมุ่งสู่เป้าหมายนั้น เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกตราบาปภายในตนเองลดลงแล้วจะเกิดความหวัง

ความหวังที่เป็นปัจจัยหลักของการฟื้นฟูการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดเป็นตัวแปรกำกับการทดลองภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองความหวังเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 35.30 เป็น 40.45 และกลุ่มทดลองมีความหวังระดับสูงกว่าที่กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองไว้คือ 36.60 คะแนน (คะแนนอยู่ในช่วง 12-48) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยอุปสรรคส่งผลกระทบต่อการทำงาน การจัดการกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มให้กับผู้ดูแลช่วยให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วย โรค อาการวิธีการอยู่ร่วมกันในครอบครัว การจัดการอาการและแหล่งสนับสนุนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ทั้งสองกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลเป็นการส่งเสริมผู้ดูแลให้ลดปัจจัยอุปสรรคต่อการฟื้นฟู และช่วยให้ความหวัง ทำให้คะแนนการฟื้นฟูและคะแนนความหวังสูงขึ้นมากกว่าก่อนการวิจัย

การตอบสนองความต้องการเพื่อความอยู่รอดต้องการมีคนดูแล เช่น ความต้องการพื้นฐานด้านการดำรงชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่าง รับประทานอาหารได้เหมาะสมขึ้น การนอนหลับพักผ่อน กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่านอนหลับได้มากขึ้น สามารถปรับเวลาการ

รับประทานยาก่อนนอนได้เหมาะสมกับเวลาของการนอนหลับ เริ่มมีการออกกำลังกายได้มากขึ้น และสนใจดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ด้านการมีความเชื่อ ความหวัง ความรับรู้คุณค่าในตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้กลับไปเริ่มทำงานได้ ในผู้ที่ว่างงานสามารถทำกิจกรรมช่วยงานบ้านได้ ในนักเรียนนักศึกษาเริ่มสนใจการศึกษามากขึ้นโดยสนใจการอ่านหนังสือ หรือสื่อโซเชียลมากขึ้น มีความมั่นใจและพอใจในการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมาย

ส่วนเรื่องอาการทางจิตพบว่า อาการหลงผิด, หวาดระแวง, ย้ำคิดย้ำทำ, การทำร้ายตนเอง ลดลงถึงแม้ว่าอาการทางจิตของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่จากสัมพันธภาพบำบัดรายบุคคลพบมีการเปลี่ยนแปลงอาการทางจิตลดลงบางราย

จากผลการวิจัยเพื่อการปฏิบัติในครั้งนี้ระบบการดูแลโดยพยาบาลช่วยให้การฟื้นฟูของ SMI ได้ดีกว่าก่อนการทดลอง และในกลุ่มทดลองฟื้นฟูได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลโดยพยาบาลต่อการฟื้นฟูมีประสิทธิภาพสามารถนำไปจัดบริการสุขภาพจิตเวชเพื่อการฟื้นฟูช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชสู่โรงพยาบาลศูนย์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจะขับเคลื่อนระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้อยู่ในช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อยและมีข้อจำกัดการเฝ้าระวังสถานการณ์ระบาด ต้องใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

นาน การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ต้องปฏิบัติตามนโยบายการควบคุมการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างที่ได้อาจจะไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด การเก็บข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันเก็บข้อมูลอาจจะมีผลต่อการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

การพัฒนาารูปแบบการดูแลโดยพยาบาลเพื่อการดูแล SMI เพิ่มผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องนำไปใช้ในการสร้างระบบงานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่รักษาโรคทั่วไป ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้กับภาวะเจ็บป่วยของตนเองแม้ยังมีความเจ็บป่วยอยู่โดยจัดการอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของตนเอง ได้บรรเทา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย SMI ช่วยให้เกิดการฟื้นฟูมีการดูแลแบบไร้รอยต่อในระบบสุขภาพ เพื่อคุณภาพการพยาบาลโดยสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง อีกทั้งการสร้างเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาฝึกอบรมทีมการพยาบาลเพื่อให้นำไปปฏิบัติการจัดการดูแลตามรูปแบบการดูแลโดยพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูในผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงในโรงพยาบาลรักษาโรคทั่วไประดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นต้น การนำไปใช้สามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานที่และถ้ามีการศึกษาแบบติดตามผลในระยะยาวจะเพิ่มประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลในด้านความยั่งยืนและความต่อเนื่องในระบบต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Sagar R, Sarkar S. General Hospital Psychiatry: Past, present, and the future. *Journal of Mental Health and Human Behavior* 2017; 22(1):1-3.
2. Hasselt FM, Thier CSM, Rijswijk E, Loonen AJ M. Is somatic health screening in patients with severe mental illness of added value. *Perspectives in Psychiatric Care* 2014; 50(3):186-192.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Mental Health Annual Report 2017 Use of Mental Health Services: National Client-Level Data*. U.S.: SAMHSA; 2019.
4. Jaruponprasit R, Suthiart A, Sirirat B, Damrongchat M. *Statistical Thailand 2016*. Nonthaburi: Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health; 2016. (In Thai)
5. Center for providing services to psychiatric patients in Thailand. *Report of patients receiving psychiatric services* Department of Mental Health 2019. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/>. (In Thai)
6. Department of Mental Health Ministry of Public Health. *Department of Mental Health Annual Report 2016*. Bangkok: Bangkok Block Partnership; 2016. (In Thai)
7. Department of medical records and statistics. *Report of cases of diseases for the year 2018*. Bangkok: Bhumibol Adulyadej Hospital; 2018. (In Thai)
8. Aldersey H, Whitley R. Family influence in recovery from severe mental illness. *Community Ment Health J* 2014;51(4): 467-76.
9. Delaney KR. Psychiatric mental health nursing advanced practice workforce: Capacity to address shortages of mental health professionals. *Psychiatric Serv* 2017; 68(9): 952-4.
10. SAMHA. *Measuring recovery from substance use or mental disorder: workshop summary*. Washington: National Academies Press; 2016.
11. Rob W, Robert ED. Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Serv* 2010; 61(12): 1248-1250.
12. Panupisuth P, Puangladda S, Tachapisitpong A, Budsuwan P. The Effectiveness of recovery oriented programs on hope and Quality of life for person with serious mental illness: systematic review. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2016; 30(1): 34-51. (In Thai)
13. Hayes L, Herrman H, Castle D, Harvey C. Hope, recovery and symptoms: the importance of hope for people living with severe mental illness. *Australasian Psychiatry* 2017; 25(6): 583-587.
14. Panyayong B, Kerdpongboonchot C. Academic Revival Articles: Reducing the stigma of having a mental illness. *Journal of Mental Health of Thailand* 2015; 23(1): 49-60. (In Thai)
15. Boonserm K, Yunibbhan J, Daungta K, Poomchan N. Effects of rehabilitation promotion on recovery of patients with bipolar disorder. *Journal of Thai Nursing and Midwifery Practice* 2019; 6(2): 70-85. (In Thai)
16. Sutapa T, Yunibbhan J, Phaokantakorn W, Kwansanit P. Effects of a recovery promotion program in patients with depression. *Journal of Thai Nursing and Midwifery Practice* 2020; 7(1): 118-32. (In Thai)
17. McIntosh D, Startzman L, Perraud S. Mini review of integrated care and implications for advanced practice nurse role. *The Open Nursing Journal* 2016; 10: 78-89.

18. Pilot DF, Beck CT. Nursing Research: Principles and Methods. 7thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
19. Chang C-K, Hayes RD, Broadbent M, Fernandes AC, Lee W, Hotopf M, et al. All-cause mortality among people with serious mental illness (SMI), substance use disorders, and depressive disorders in southeast London: a cohort study. BMC Psychiatry 2010;10(1):77.
20. Yunibhand J. Health Nursing: Concepts and Case. Bangkok; 2008. (In Thai)
21. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: Springer Publishing Company; 1991.
22. Yalom ID, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. 5thed. New York: Basic Books; 2005.
23. Vorapatraton N. Predicting factors of recovery among person with major disorder. [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (In Thai)
24. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent developments in ascertainment and scaling. Psychopharmacology Bulletin 1988; 24: 97-9.
25. Wattanabengasopha S. The effect of palliative psychotherapy on the hope of cervical cancer patients receiving radiotherapy. [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2000. (In Thai)